



## Resolución Directoral

Santa Anita, 22 de Febrero del 2022

### VISTO:

El Expediente 22MP-00561-00, conteniendo el Informe N° 012-OGC/HHV/2022 el mismo que solicita la aprobación del "Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán 2022";

### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento Técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del Sistema de gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios" y "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud", entre otros;

Que, el referido "Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán 2022", tiene como objetivo general: "Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán"; y como objetivos específicos: "Lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán mediante el cumplimiento de los estándares de acreditación de los 22 macroprocesos evaluados en el proceso de evaluación interna y externa; implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua" y "Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud mediante las auditorías de caso, auditorías programadas y auditorías de la calidad de los registros de atención", entre otros;

Que, mediante Informe N° 010-UPGI-OEPE-HHV-2022, del 17 de febrero del 2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al citado Plan, por cumplir con la



estructura de los planes específicos según el numeral 6.6 de la Directiva Administrativa N° 280-MINSA /2019/OGPPM: Directiva Administrativa para la "Formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Órgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA", por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con al visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** el PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN PARA EL PERIODO 2022, el mismo que consta de diez (10) páginas y dos (02) anexos; formando parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.- DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el Plan, así mismo informará semestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

**Artículo 3°.- ENCARGAR** a la Oficina de Estadística e Informática, efectúe la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

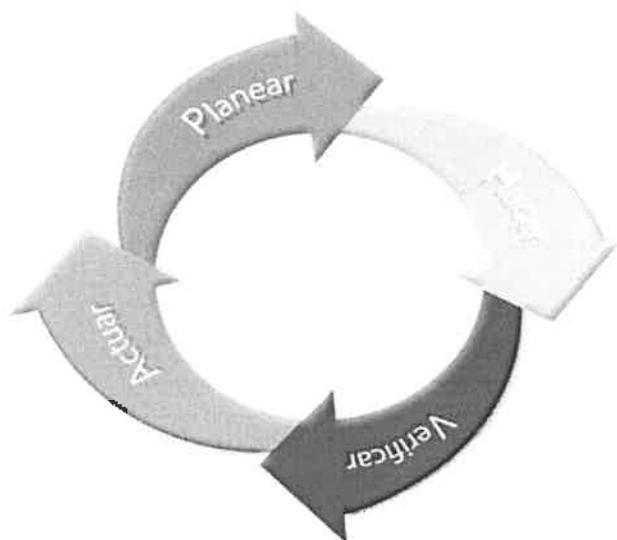
Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Hospital Hermilio Valdizán**

.....  
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (e)  
C.M.P N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV.  
DISTRIBUCIÓN  
OGC  
OEI  
OAJ

**HOSPITAL  
HERMILIO VALDIZAN  
Oficina de Gestión de la Calidad**



**PLAN DE MEJORA CONTINUA  
DE LA CALIDAD EN SALUD**

**2022**



**LIMA - PERU**

## INDICE

	PAG.
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>II. FINALIDAD.....</b>	<b>4</b>
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivo Específicos.....	4
<b>IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>V. BASE LEGAL.....</b>	<b>4</b>
<b>VI. CONTENIDO .....</b>	<b>5</b>
6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	5
6.2. Descripción del problema.....	6
6.3. Articulación Estratégica al POI.....	7
6.4. Actividades.....	7
6.5. Presupuesto y Fuentes de Financiamiento .....	8
6.6. Organización para la ejecución del plan.....	9
6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del plan.....	10
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>10</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>10</b>



## I. INTRODUCCIÓN

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, para ello mediante las actividades realizadas en los diferentes ejes estratégicos que lidera esta oficina, se determinan los puntos susceptibles de mejoramiento o nudos críticos, los cuales sirven para elaborar proyectos de mejora continua de la calidad o ejecutar acciones de mejora continua, todo con una sola visión, mejorar nuestra calidad de atención con mejores resultados, con mejores procesos y con mayor satisfacción de los usuarios externos.

La mejora continua debe ser uno de los pilares de nuestra institución, ser parte de nuestra cultura organizacional, teniendo en consideración que en la vida nada es estático, todo está en un proceso de cambio con muchas posibilidades de mejorar.

La mejora continua es un ciclo ininterrumpido que empieza con la identificación de un área a mejorar, luego se realiza un plan para mejorarla, la implementamos, posteriormente verificamos los resultados y corregimos lo que no está bien o nos planteamos metas más elevadas.

Gracias a este ciclo de mejora continua el hospital se renueva, progresa y responde a las necesidades cambiantes de nuestro entorno para mejorar cada vez y lograr así nuestras metas institucionales dirigidas todas a brindar una atención de calidad a nuestros usuarios.

Ponemos a consideración el presente Plan de Mejora Continua de la Calidad para el año 2022 el cual sintetiza los principales problemas relacionados a la calidad de atención en salud tanto en el área asistencial como administrativa, problemas que luego de un análisis causal deben desencadenar una serie de acciones de mejora que para su cumplimiento requerirán del compromiso y participación del personal de la institución pues son ellos los actores principales en el proceso de producción de servicios y de la mejora de los mismos.



## II. FINALIDAD

Identificar oportunidades de mejora y proponer acciones y/o planes de mejora continua de procesos estratégicos, misionales y de apoyo

## III. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán mediante el cumplimiento de los estándares de acreditación de 22 macroprocesos evaluados en el proceso de evaluación interna y externa.
- Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua
- Lograr la satisfacción del usuario externo en cuanto a la atención recibida en emergencia, hospitalización y consulta externa.
- Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo
- Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del hospital.
- Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud mediante las auditorías de caso, auditorías programadas y auditorías de la calidad de los registros de atención.

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Dirigido a todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas que constituyen el Hospital Hermilio Valdizán, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad de servicios.

## V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.

## VI. CONTENIDO

### 6.1 Aspectos técnico conceptuales

**Gestión de Calidad.-** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

**Mejoramiento continuo de la calidad.-** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

**Acciones de mejora.-** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

**Equipo de mejora.-** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un período de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

**Proyecto de mejora.-** Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

**El círculo de Deming o ciclo PDCA.-** constituye una estrategia de intervención para la mejora continua de la calidad en 4 pasos: planear, hacer, verificar, y actuar constituyendo el cumplimiento de dichos pasos en una acción de mejora continua de la calidad. De acuerdo a ello deben seguirse los siguientes pasos:



### **Planear**

- Identificar problemas en el proceso a mejorar a partir del levantamiento de información
- Analizar la información hacer un mapeo y evaluación del proceso vigente identificando las causas del problema
- Revisar marco normativo relacionado al problema identificado
- Definir objetivo viable posible de alcanzarse

### **Hacer**

- Proponer, recomendar y gestionar las acciones, planes o proyectos correspondientes a partir del problema identificado tendiente a mejorar el proceso

### **Verificar**

- Hacer seguimiento a la gestión realizada para la mejora de los procesos
- Comprobar que la recomendación o propuesta se ha implementado

### **Actuar**

- Replicar en otras áreas o unidades orgánicas la acción de mejora implementada
- Involucrar a los usuarios internos preferentemente de aquellos servicios que presentan nudos críticos en su proceso coadyuven en la implementación de la mejora.

## **6.2 Descripción del problema**

Insuficientes conocimientos en cuanto a la elaboración de proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital por lo tanto el año 2021 se ha realizado solo un proyecto de mejora continua.

Según el informe de la PAUS del año 2021, 14 pacientes reclamaron por falta de fotocopiadora en la institución. El 2021 quedó pendiente la compra de una fotocopiadora para evitar que los pacientes tengan que salir fuera de la institución por una copia de algún documento para sus trámites.

Como institución de tercer nivel falta implementar nuestro servicio de laboratorio. También quedó pendiente la compra de la Incubadora y la Autoclave para el Servicio de laboratorio.

En el siguiente cuadro se muestra un listado de problemas priorizados:



<b>LISTADO DE PROBLEMAS</b>
Deficiente sistema informático del HHV y no se centraliza toda la información estadística del hospital.
Guías de la Práctica Clínica no actualizados
Ausencia o falta de actualización de Manuales de procedimientos en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas y cumplimiento de los mismos.
Nivel de satisfacción del usuario externo aún en niveles no adecuados en consulta externa según la encuesta SERVQUAL.
Deficiente orientación e información al usuario externo
Nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación es del 83% No Aprobado.
Nivel de cumplimiento de los criterios de las rondas de seguridad del paciente en algunos servicios asistenciales del hospital por debajo de un nivel satisfactorio.
Nivel de cumplimiento de los criterios de auditoria de los registros de atención en nivel por mejorar.

### 6.3. Articulación Estratégica al POI: (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.



### 6.4. Matriz de Actividades: (anexo 2)

En la siguiente tabla se muestra las actividades a realizar y su correlación con el objetivo general y los objetivos específicos que serán más detallados en la matriz de actividades.

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital	Lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán mediante el cumplimiento de los estándares de acreditación de los 22 macroprocesos evaluados en el procesos de	Proponer y oficializar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos
		Formular y ejecutar Plan de Autoevaluación
		Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua. Seguimiento constante del levantamiento de observaciones de la autoevaluación del 2021.

externa.	
Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua	Proponer y oficializar Comité de Mejora continua de la calidad
	Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad
	Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad
Lograr la satisfacción del usuario externo en cuanto a la atención recibida en emergencia, hospitalización y consulta externa.	Ejecutar la encuesta SERVQUAL
	Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad cuya finalidad sea lograr la satisfacción del usuario externo.
Implementar y gestionar la plataforma de atención al usuario externo	Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario en Salud
	Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	Instalar y gestionar buzones de sugerencias
	Gestionar libro de reclamaciones
	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente
	Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente
	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud	Proponer y oficializar Comité de Auditoría
	Formular y ejecutar Plan de Auditoría de la calidad en salud
	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua



## 6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento

### 6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos

Recursos ordinarios

### 6.5.2 Requerimiento de Bienes y Servicios

Recursos Humanos

Se requiere un personal profesional que realice la capacitación a todo el personal en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad.

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	Servicios profesionales de capacitación	TOTAL
Personal profesional			01	01

#### Recursos informáticos y equipo inmobiliario (con el que se cuenta)

ITE	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
01	740880370036	Monitor a color	SAMSUNG	SyncMaster SA 300	Malo	Es la computadora usada por jefatura Fue reparado en el mes de enero del 2021 NO cuenta con audio ni cámara para realizar reuniones zoom

#### Recursos por Adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Impresora laser	2.6. 3 2. 3 1			01	3000 soles
02	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			01	6000 soles



#### 6.6 Organización para la ejecución del plan

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Mejora Continua 2022 Aprobar el Comité de Mejora Continua
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros

<b>Oficina Ejecutiva de Administración</b>	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de Mejora Continua 2022
<b>Oficina de Logística</b>	Cumplir en los tiempos establecidos para la contratación del personal profesional capacitador en elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad para el año 2022
<b>Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación</b>	Ejecutará todo el Plan de Mejora Continua.

### **6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:**

**6.7.1** El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

**6.7.2** Se emitirá dos informes al año en forma semestral sobre el eje de Mejora Continua a la Dirección General.

### **VII. ANEXOS:**

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

### **VIII. BIBLIOGRAFÍA**

Detallada en la base legal.



# Anexo 1

**Formato 1 : MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO**

Unidad Organica		estructura programatica y operativa					
Objetivo Estratégico Institucional del POI	Accion Estratégica	Actividad Operativa POI	categoria Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Especifico del Plan
<p><b>OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e integro en el marco de la modernización de la gestión pública</b></p>	<p><b>AEI 04.02</b> Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados</p>	<p>Acciones del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Acciones centrales</p>	<p>Sin producto</p>	<p>Gestión administrativa</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán</p>	<p>Lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán mediante el cumplimiento de los estándares de acreditación de 22 macroprocesos evaluados en el proceso de evaluación interna y externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua</li> <li>Lograr la satisfacción del usuario externo en cuanto a la atención recibida en emergencia, hospitalización y consulta externa.</li> <li>Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo</li> <li>Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del hospital.</li> <li>Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud mediante las auditorías de caso, auditorías programadas y auditorías de la calidad de los registros de atención.</li> </ul>





