



## **Resolución Directoral**

Santa Anita, **23** de marzo del 2023

Visto el Expediente N° 23MP-01954-00, conteniendo el Informe N° 017-OGC/HHV/2023, mediante el cual la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2023 del Hospital Hermilio Valdizán;

### **CONSIDERANDO:**

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea, y, responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el que en su Séptima Política establece que las organizaciones proveedoras de atención en salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención;

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, con documento de Visto, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2023 del Hospital Hermilio Valdizán, teniendo como objetivo general: "Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán"; y como objetivos específico: " Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital" y " Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad", entre otros;

Que, mediante Informe N° 025-UO-OEPE-HHV-2023 y Nota Informativa N° 041-OEPE-HHV-2023, del 8 de marzo de 2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al Plan propuesto, el cual cumple con la normativa contenida en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud; por lo que, se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 101-OAJ-HHV-2023;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2023 del Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que consta de once (11) páginas y dos (02) anexos, y que forma 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.

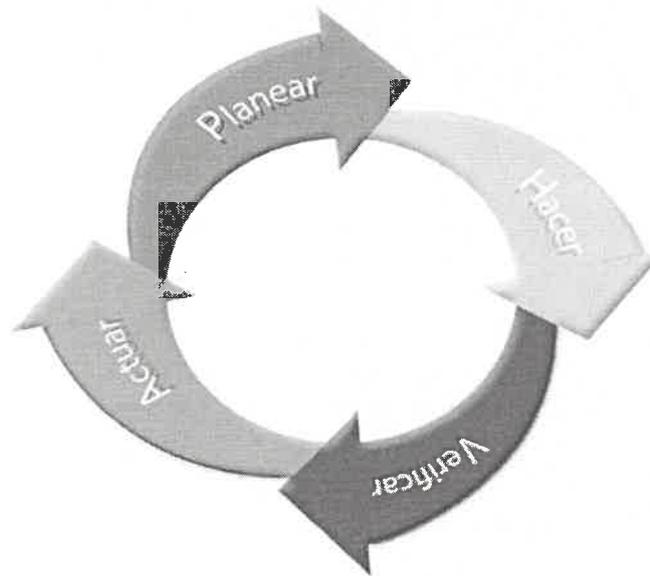
**Artículo 3°.-** Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, efectúe la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital "Hermilio Valdizán"

.....  
Dra. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (e)  
C.M.P. N° 21,499 R.N.E. 12799

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



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

**2023**

**LIMA - PERU**



## ÍNDICE

	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.....	8
6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento .....	8
6.6. Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del plan .....	9
<b>VII. RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>9</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>9</b>
1. Articulación al POI .....	10
2. Matriz de actividades .....	11





## 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 la 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.

El presente Plan de Mejora Continua de la Calidad 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 ESPECÍFICOS:

- Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del Hospital.
- Generar una cultura de la mejora continua en el personal de la Institución.
- Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

## IV. ÁMBITO 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.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".





- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, que aprueba la Guía Técnica “Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”

## 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 Deming o ciclo PDCA.-** 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, 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:

Identificar el proceso a mejorar:

#### 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**

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

### **1. Deficiente gestión de la información**

Hay una falta de flexibilidad de parte de la Unidad Funcional de Informática para responder a los cambios, tardan meses o años para implantar los cambios que pueden solucionarse en días o semanas.

Aún no se informatizan ni se pueden visualizar en la intranet médica las historias clínicas de emergencia y hospitalización dificultando la atención del paciente en consulta externa.

Epidemiología no cuenta con datos estadísticos para realizar el ASIS y la vigilancia epidemiológica.

Ninguna jefatura cuenta con los datos estadísticos de sus servicios para analizar los datos en tiempo real y tomar las decisiones de manera oportuna.

Las fichas de violencia familiar, psicosis, depresión que son llenadas en triaje no cuenta con una base de datos por lo que aún se tiene que entregar esa información en forma manual.

La jefatura del Departamento de Familia tiene su propio sistema creado por ellos y esta información no se tiene en estadística.





Para obtener alguna información sobre las estadísticas del Hospital hay que solicitar con memorándum a la OEI lo que demora la toma de decisiones.

Página web desactualizada.

## **2. Aún no se logra la acreditación del Hospital**

El nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación del Hospital es del 81% No aprobado.

Existe ausencia y falta de actualización de los manuales de procedimientos de los diferentes órganos y/o unidades orgánicas del Hospital.

Falta de apoyo técnico de parte de la Oficina de Planeamiento en la elaboración de los MAPROS.

La Oficina de Personal es el que durante la autoevaluación del año 2022 ha obtenido el puntaje más bajo en el cumplimiento de los estándares de acreditación.

El PDP no ha considerado ni asignado el presupuesto para la capacitación que deben de tener los diferentes servicios del Hospital. El PDP no ha considerado ninguna capacitación en Atención al Cliente que es muy necesario en la institución.

3.-Guías de la Práctica Clínica no actualizados

4.-Deficiente orientación e información al usuario

5.-Nivel de cumplimiento de la evaluación de la calidad de los registros de atención por debajo de lo óptimo principalmente en las historias clínicas de consulta externa.

6.-Nivel de cumplimiento de los criterios de las Rondas de Seguridad del paciente en algunos servicios asistenciales del Hospital se encuentran por debajo de un nivel satisfactorio.

7.-Poco interés del personal en presentar proyectos de mejora continua de sus servicios, hace dos años se viene realizando capacitaciones para elaborar proyectos de mejora continua y sensibilizar al personal sobre el tema.

### **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)

Es una herramienta en la cual se verá plasmada todas las actividades a realizarse, los responsables y tiempo para su cumplimiento.

#### 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 la contratación de un personal profesional con experiencia en realizar proyectos de mejora continua para optimizar el trabajo en dicho eje estratégico.

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	TERCEROS	TOTAL
Personal profesional			01	01
Personal profesional capacitador			01	01

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

Hasta la fecha la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad se ha hecho cargo de este eje estratégico

ITE M	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
01	Sin código	Monitor a color	Lenovo			Alquilado y prestado por la OEI de uso por la jefatura de la OGC



###### Recursos por Adquirir

Nr o	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Monitor con procesador	2.6.3.2.3.1			01	6000 soles
02	Impresora laser	2.6.3.2.3.1			01	3000 soles
03	Proyector Multimedia				01	5000 soles



**6.6 Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan**

- 6.6.1 El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.6.2 Se emitirá dos informes al año en forma semestral sobre el eje de Mejora Continua a la Dirección General.

**VII. RESPONSABILIDADES**

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el plan de mejora continua.
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros.
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de mejora continua 2023 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de mejora continua 2023.
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el plan de mejora continua 2023.

**VIII. ANEXOS**

- Anexo 1: Articulación estratégica con el POI
- Anexo 2: Matriz de actividades

*R Zapata*  
 Giovanna Zapata Coacalla  
 Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta  
 C.M.P. 36635 R.N.E. 23990

**ANEXO 1  
ARTICULACIÓN AL POI**

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO						
ANEXO 1						
Unidad Orgánica						
Marco Estratégico						
Objetivo Estratégico institucional del POI	Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	Mejorar la calidad de atención en salud en el HHV
						Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital.
						Generar una cultura de la mejora continua en el personal de la institución
						Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad





Anexo 2: Matriz de Actividades

CAT. PRE S	PROD	ACTIVIDADES	U.M.	META ANUA L 2023	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLE
		Proponer y oficializar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad	R.D	01	x												
		Formular el Plan de Mejora Continua de la Calidad	PLAN	01	x												
	Acciones centrales	Implementación de proyecto y/o acciones de mejora en relación a las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad	INFORME	02						X						X	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación a personal del hospital en proyectos de mejora continua	INFORME	01								x					
		Proponer y gestionar acciones, planes y proyectos de mejora continua	PLAN				x						x				

