



Resolución Directoral

Santa Anita, 19 de Febrero de 2019

VISTO:

El Expediente 19MP-01677-00, conteniendo el Informe N° 008/OGC-HHV/2019, de fecha 28 de enero del 2019, el mismo que solicita la "Aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán 2019";

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, mediante Resolución Ministerial N° 095-2006/MINSA, se aprobó la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es 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 las técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud" que permite estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa del Ministerio de Salud, así como brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, a través del documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Hermilio Valdizán - 2019 por lo que resulta pertinente expedir el respectivo acto resolutivo;

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 encargada de implementar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario;

Que, el "Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud" del Hospital Hermilio Valdizán, tiene como objetivo general, mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital; y objetivos específicos, alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso, evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa, fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo, gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente y ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud;



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; y, contando con al visación de la Dirección Ajunta de la Dirección General, 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 2019, el mismo que consta de nueve (09) páginas, 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 periódicamente a la Dirección General sobre su desarrollo.

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

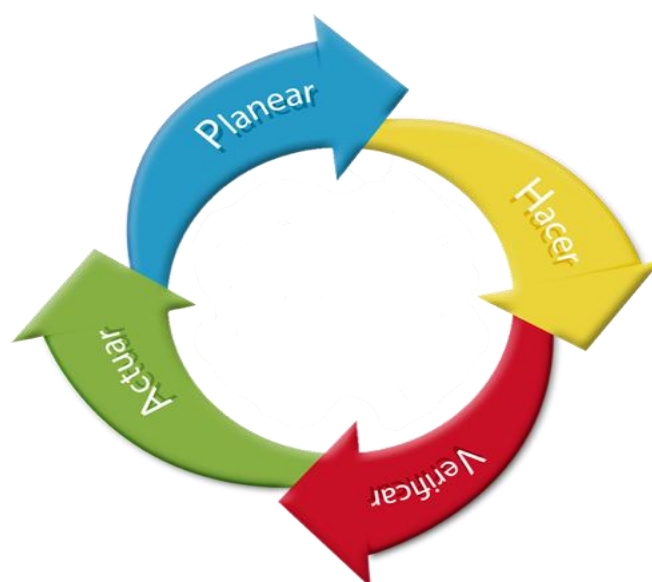
Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (a)
C.M.P. N° 24499 R.N.E. 12799

GLCV.
DISTRIBUCIÓN
SDG
OGC
OEI
OCI
OAJ

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



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

2019

LIMA - PERU

INDICE

	<i>Pág</i>
I. INTRODUCCIÓN.	3
II. FINALIDAD	.4
III. BASE LEGAL	4
IV. ALCANCE	4
V. METODOLOGIA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD	4
VI. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DEL PROBLEMA	6
VII. OBJETIVOS	6
VIII. ACTIVIDADES Y SU CORRELACIÓN CON LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
IX. CRONOGRAMA.....	8

I. INTRODUCCIÓN

La mejora continua de la calidad de atención en salud constituye uno de los objetivos principales de la Oficina de Gestión de la Calidad, el mismo que se desarrolla a partir de las oportunidades de mejora provenientes de los procesos de auditoría, autoevaluación, seguridad del paciente, así como de la percepción de los usuarios externos expresadas en el buzón de sugerencias y en el libro de reclamaciones del hospital

El 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

El Plan de Mejora Continua de la Calidad sigue la metodología del círculo de Deming basada en 4 pasos como son el de planear, hacer, verificar y actuar, metodología aplicable en los diversos procesos estratégicos, misionales y de apoyo en el que la oficina de calidad interviene identificando y analizando el problema, proponiendo acciones de mejora, haciendo seguimiento a las acciones y replicando las experiencias exitosas en otras áreas

Un rol importante en la formulación del plan y su ejecución desempeña el Comité de Mejora Continua de los Servicios de Salud, conformado por personal comprometido con la institución y encargado de promover las condiciones que garanticen la formulación, ejecución, evaluación y retroalimentación de las propuestas de mejora en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

II. FINALIDAD

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

III. 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° 640-2006/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.

IV. ALCANCE

Intervienen 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. METODOLOGÍA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

A partir de la identificación del problema deben establecerse procedimientos y estrategias de solución que contribuirán a la mejora continua del proceso, los problemas deben seleccionarse para que su solución signifique un avance y genere satisfacción y motivación en los actores que en ella intervienen.

El estudio del problema, el conocimiento y mapeo del proceso constituyen el punto de partida para intervenir y ejecutar acciones para la mejora continua, verificar o hacer seguimiento a las acciones de mejora y así estandarizar la solución y retroalimentar el proceso.

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.

Se priorizará el desarrollo e implementación de acciones, planes o proyectos de mejora en los servicios asistenciales del hospital.

VI. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

LISTADO DE PROBLEMAS
Ausencia o falta de actualización de Manuales de procedimientos en los diferentes órganos y/o Unidades Orgánicas.
Guías de la Práctica Clínica falta actualizar
Unidad de admisión aún en fase de implementación
Tiempo de espera prolongado para la atención en consulta externa
Sistema de referencias y contrareferencias parcialmente implementado
Deficiente orientación e información al usuario externo
Falta de programas especializados en hospitalización
Nivel de satisfacción del usuario externo aún en niveles no adecuados en consulta externa
Personal de salud no asiste a capacitaciones dadas en la institución

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos
- Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa
- Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo
- Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente
- Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud

**VIII. ACTIVIDADES Y SU CORRELACION CON LOS OBJETIVOS GENERALES
Y ESPECÍFICOS**

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos	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
	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
		Continuar con la fase de implementación del Plan Cola Cero del 2018.
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa	Ejecutar encuesta SERVQUAL
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
	Implementar y gestionar la plataforma de atención al usuario externo	Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario Externo
		Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
		Instalar y gestionar buzones de sugerencias
		Gestionar libro de reclamaciones
	Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
		Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente
		Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente
	Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud	Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua
		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

IX. CRONOGRAMA

Cronograma de Actividades del Comité de Mejora Continua 2019

Objetivo General	Objetivos Específicos	Actividades	Unidad de Medida	Meta	Cronograma de Ejecución				Responsable
					IT	II T	III T	IV T	
Mejorar la calidad de atención en salud en nuestro hospital	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos	Proponer y oficializar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos	R.D.	2	X				Responsable del Eje de autoevaluación
		Formular y ejecutar Plan de Autoevaluación	Plan	1	x				
		Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua	Informe	2		x		x	
	Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua	Proponer y oficializar Comité de Mejora continua de la calidad	R.D.	1	x				Equipo de Gestión de la Calidad
		Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad	Plan	1	x				
		Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad	Informe	1	x				
		Continuar la implementación del Plan Cero Colas del 2018	Informe	2		x		x	
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa	Ejecutar encuesta SERVQUAL	Informe	1		x			Responsable del Eje de Gestión de Relaciones con el Usuario Externo
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua	Informe	1			x		
	Implementar y	Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario Externo	Plan	1	x				Responsable

	gestionar la plataforma de atención al usuario externo	Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo	R.D.	1	x				del Eje de Gestión de Relaciones con el Usuario Externo
		Instalar y gestionar buzones de sugerencias	Acción	12	x	x	x	x	
		Gestionar libro de reclamaciones	Informe	4	x	x	x	x	
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua	Informe	2		x		x	
	Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente	R.D.	1	x				Responsable del Eje de Gestión de Seguridad del Paciente
		Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente	Plan	1	x				
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua	Informe	2		x		x	
	Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud	Proponer y oficializar Comité de Auditoría	R.D.	1	x				Responsable del Eje de Auditoría de la Calidad
		Formular y ejecutar Plan de Auditoría de la calidad en salud	Plan	1	x				
		Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua	Informe	4	x	x	x	x	