



# PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

**UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



**2018**



SAAVEDRA M.

**M.C. ALDO HUGO CALERO HIJAR**

*Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Lurigancho*

**LIC. GLORIA FORTUNATA ESPINOZA DEL RIO**

*Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad*



**LIC. GIOVANNA LOURDES ROMERO INCHE**

*Área de Mejora Continua de la Calidad*



G. ESPINOZA

**ÍNDICE**

	Pág.
Introducción	4
I. Finalidad	5
II. Objetivo General y Específico	5
III. Base Legal	5
IV. Ámbito de Aplicación	6
V. Situación Actual	6
VI. Definiciones Operativas	7
VII. Consideraciones Específicas	9
7.1. Metodología para la elaboración de proyectos de mejora	9
7.2. Aplicación de las Técnicas Básicas y Herramientas para la Mejora Continua de la Calidad	15
VIII. Actividades	22
IX. Monitoreo y Evaluación	22
X. Cronograma de Actividades	23
XI. Anexo	24
• Anexo N° 01: Criterios para la Gestión de Proyectos de Mejora	24
• Anexo N° 02: Guía de Puntuación	33
• Anexo N° 03: Tipos de problemas u oportunidades de mejora	34
• Anexo N° 04: Ficha de Acción de mejora	35
• Anexo N° 05: Ficha individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.	36





## INTRODUCCIÓN

La mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud, pero no el único. En realidad el objetivo de mejorar los servicios de salud tiene dos vertientes: por un lado, se debe alcanzar el mejor nivel posible (el sistema debe ser bueno); por otro lado se debe procurar que existan las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (es decir el sistema debe ser equitativo). En este sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él; y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

El Plan de Mejora Continua se conceptualiza como un conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento de salud, cuyo objetivo es mejorar los procesos técnico-administrativos, de los establecimientos de salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población.

Los Proyectos de mejora continua son un conjunto de actividades que se proponen realizar de una manera articulada entre sí, con el fin de producir en determinados servicios la capacidad de satisfacer necesidades o resolver problemas específicos, dentro de los límites de un presupuesto y de un periodo de tiempo dados y los cuales forman parte del Plan de Mejora Continua.

Se requiere fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para su implementación en las entidades prestadoras de salud que permita mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención y que estas sean percibidas con satisfacción por la población, y las propias instituciones.



SAAVEDRA M



ALDO CALERO



G. ESPINOZA



S. ALIAGA



**I. FINALIDAD**

Mejorar continuamente la calidad de los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

**II. OBJETIVOS****OBJETIVO GENERAL**

Contribuir, fortalecer y estandarizar la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos que brinda el Hospital San Juan de Lurigancho.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital San Juan de Lurigancho.
2. Promover una cultura por la Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.
3. Optimizar y Mejorar Procesos Críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.

**III. BASE LEGAL**

1. Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
4. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
5. Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad”.
6. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
8. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la “La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad”.



**IV. AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Plan es de aplicación obligatoria de parte del equipo de Mejora Continua en todas las unidades orgánicas y funcionales, así como todo el personal que formule proyectos de mejora en los servicios de salud del Hospital San Juan de Lurigancho.

**V. SITUACIÓN ACTUAL**

• **Análisis de la Demanda**

Para la elaboración de Proyectos de Mejora o la implementación de Acciones de Mejora se requiere de "oportunidades de mejora" que se pueden identificar en los resultados de informes o reportes de evaluación como se muestra en la tabla 01.

**Tabla 01. Demanda para Mejora Continua**

RESULTADOS DE:	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
AUDITORIA DE CALIDAD			3			3			3			3
SERVQUAL												1
EVENTOS ADVERSOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LIBRO DE RECLAMOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BUZÓN DE SUGERENCIAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AUTOEVALUACIÓN												1
IIH	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
RONDAS DE SEGURIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ADHERENCIA LVSC			3			3			3			3
BIOSEGURIDAD						1						1
INDICADORES HOSPITALARIOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AUDITORIAS DE CASO		1		1		1		1		1		1
	6	7	12	7	6	14	6	7	12	7	6	16

Fuente: Consolidado de número de informes anuales 2017.

Los informes emitidos presentan la situación problemática del área, servicio o resultados evaluados, cada informe cuenta con recomendaciones que tienen que ser tomados como oportunidades de mejora (insumos), y realizar la implementación oportuna de acciones de mejora y/o acciones correctivas con el objeto de reducir los reprocesos que afecten al Hospital San Juan de Lurigancho.

• **Análisis de la Oferta**

Para la elaboración de Proyectos de Mejora se cuenta con 1 personal responsable de la elaboración e implementación y un Equipo conductor de Proyectos de Mejora constituido por representantes de diversas unidades orgánicas, sin embargo el equipo no cuenta con un plan de trabajo y por ende presenta reuniones periódicas ni cumplimiento de actividades. (Tabla 02)

**Tabla 02. Oferta en Mejora Continua**

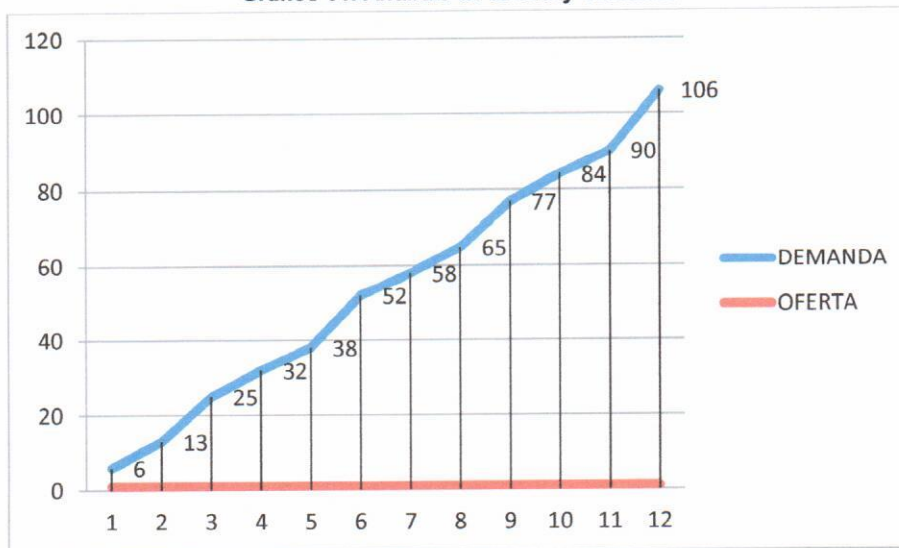
PERSONAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ENFERMERA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Documentos de Gestión - UGC 2017





Gráfico 01. Análisis de Oferta y demanda



Fuente: Datos de Oferta y Demanda.

Se observa en el gráfico la relación existente entre el número de informes con oportunidad de mejora (sumatoria acumulativa durante el año) y el número de profesionales a cargo del análisis y gestión oportuna de acciones de mejora y/o acciones correctivas.

• Brecha de Recursos Humanos: Tabla 03

ORGANO	UNIDAD FUNCIONAL	CARGO	PERSONAL ACTUAL		NECESIDAD DE PERSONAL	BRECHA	OBSERVACIONES
			N	CAS			
Unidad de Gestión de la Calidad	Área de Mejora Continua	Coordinadora de Mejora Continua de la Calidad	-	1	-	0	
		Responsable del monitoreo de acciones de Mejora Continua	-	-	1	1	Monitoreo de la implementación de acciones de mejora y/o acciones correctivas propuestas en los Proyectos de Mejora Continua.

• Brecha de Equipamiento: Tabla 04

ORGANO	UNIDAD FUNCIONAL	EQUIPO ACTUAL	NECESIDAD DE EQUIPO	BRECHA	OBSERVACIONES
Unidad de Gestión de la Calidad	Área de Mejora Continua	Equipo de cómputo con Windows XP versión 2002, 1.86 RAM	Equipo de cómputo de última generación.	1	Sistema Informático con procesamiento lento y riesgo de colapso por antigüedad.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos. (Ver Anexo 04, "Ficha de Acciones de Mejora").





- **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- **Acciones de Innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- **Equipo de mejora:** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- **Gestión de la 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.
- **Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.
- **Institucionalización:** Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programada de una organización.
- **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.
- **Proceso:** Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto Colaborativo de mejoramiento:** Un proyecto colaborativo de mejoramiento es una forma de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.
- **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. (Ver Anexo 05, Ficha Individual de Proyecto de Mejora).



- **Plan de acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidas, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.
- **Técnicas de calidad:** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

## VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 7.1. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

#### 7.1.1. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO P-E-V-A

Metodología ampliamente difundida que consiste en aplicar cuatro pasos perfectamente definidos, para el análisis y mejora de los procesos. Los pasos para la mejora continua de la calidad son los siguientes:

#### PASO 1

##### **PLANIFICAR:**

Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo que cambios pueden mejorarlo y en qué forma se llevará a cabo.

#### PASO 2

##### **EJECUTAR (HACER):**

A continuación se debe efectuar el cambio y/o las pruebas proyectadas según la planificación que se haya realizado.

#### PASO 3

##### **VERIFICAR:**

Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos.

#### PASO 4

##### **ACTUAR:**

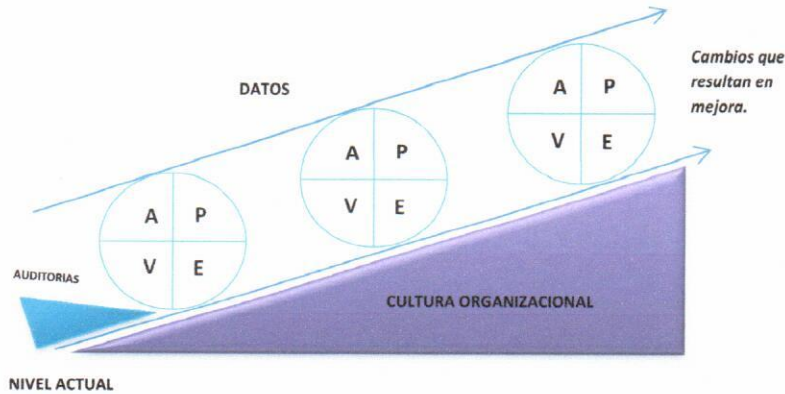
Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados, corregir las desviaciones observada en la verificación y preguntarnos: ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otras áreas?

A continuación empieza un nuevo ciclo y así sucesivamente en forma continua.



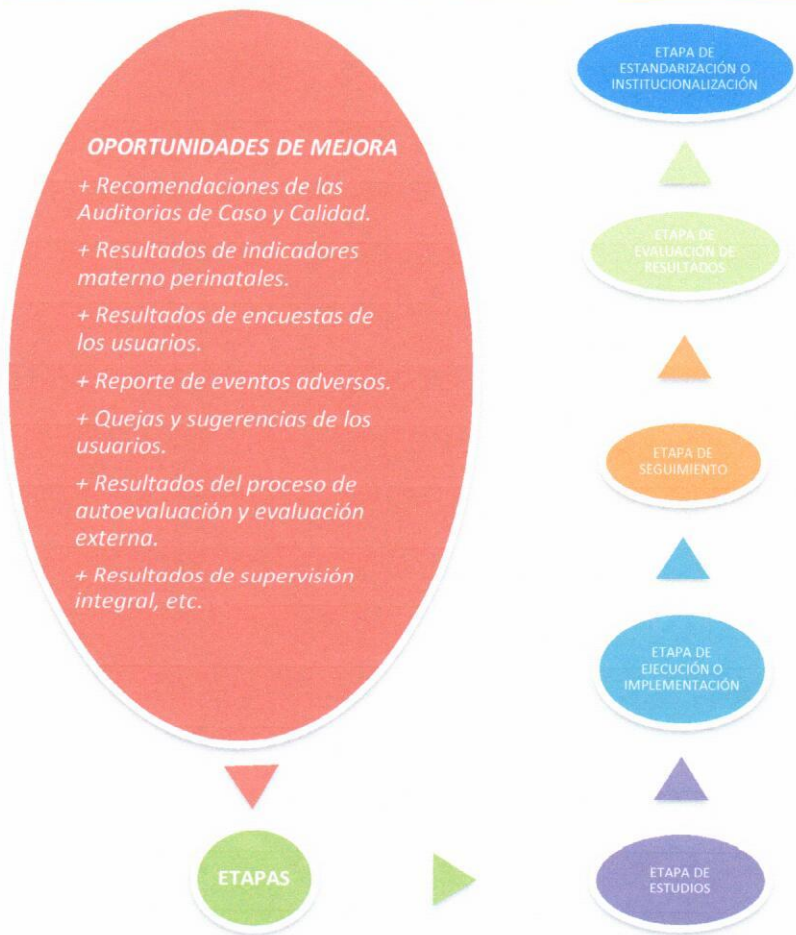


**Gráfico N° 02:**  
**CICLOS DE MEJORA CONTINUA**



**7.1.2. ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD**

**Gráfico N° 03**  
**DIAGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD**





**DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD**

**1. ETAPA DE ESTUDIOS**

*Documentación de base que describe y justifica el proyecto*

- a. *Identificación de la oportunidad de mejora.*
- b. *Planteamiento del problema.*
- c. *Determinación de las causas.*
- d. *Determinación de indicadores para medir los logros.*
- e. *Recopilación de datos básicos.*
- f. *Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones.*
- g. *Priorizar las causas raíz a intervenir*
- h. *Formular el plan de acción.*

**a. Identificación de la oportunidad de mejora**

Objetivo: *Determinar qué vamos a mejorar, podría implicar un problema que necesita solución, un proceso que requiere redefinición o un sistema que necesite mejorar.*

*Las oportunidades de mejora se pueden identificar de muchas formas. Un evento adverso o la queja de un usuario puede ser la consecuencia de la discrepancia entre las expectativas de los usuarios y el servicio prestado.*

**b. Planteamiento del problema**

*Una vez identificada la oportunidad de mejora, se debe definir claramente el asunto que se va a abordar. Al definir el problema (redactando un planteamiento del problema) no se busca sus causas o las soluciones sino se trata de describir la situación.*

*El planteamiento del problema es una descripción concreta de un proceso que necesita mejorar, el área general de atención donde debe partir el mejoramiento de la calidad y el por qué priorizar el trabajo en ese proceso. Al plantear el problema es importante evitar la enumeración de posibles causas o soluciones y centrar las energías en describir el problema. También es importante destacar que la forma de plantear los problemas debe tener una creación cuidadosa, para no dejar caer culpas sobre una persona o un servicio específico.*

*Ejemplo:*

*En la práctica diaria de la atención del parto en el Centro de Salud Materno "El Bosque", se observó una diversidad cultural entre las usuarias que acudían para la atención de su parto, registrándose un 21% de usuarias procedentes de otras regiones las cuales solicitaban la presencia de un familiar o pareja durante la atención, así como el consumo de algunas bebidas para apoyar su labor de parto, etc., lo que mostró un tímido reclamo de la sociedad por una asistencia más humana y con mayor adecuación cultural. Asimismo durante la evaluación de los Estándares de Calidad de la Atención Materna se detectó en el Indicador N°15 del FONB, una cobertura nula (0%) de usuarias que alcanzan un 90% de satisfacción con la atención del parto. De la misma manera, durante otras evaluaciones de la Información de salud se detectó un 7.1% de complicaciones post parto que incluía dehiscencias de*



episiografía e infección puerperal, las cuales podían estar relacionando con el desarrollo de prácticas sanitarias inadecuadas en la atención del parto, falencias que fueron identificadas durante las capacitaciones que el personal de salud recibió.

**¿Cuál es el problema?**

Insatisfacción de las usuarias con la atención del parto, e Incremento de complicaciones post parto (dehiscencias e infección puerperal).

**¿Cómo se sabe que esto es un problema?**

Debido al incremento de las quejas de los usuarios, cobertura nula del indicador 15 de los estándares de calidad FONS y a que se detectó un 7.1% de complicaciones post parto, que incluía dehiscencias de episiografía e infección puerperal.

**¿Con qué frecuencia ocurre esto?**

Este resultado se muestra durante todos los meses en los últimos nueve meses.

**¿Cuáles son los efectos de este problema?**

Insatisfacción de las usuarias con la atención del parto y el Incremento de complicaciones post parto (dehiscencias e infección puerperal).

**¿Cómo se sabrá cuándo esté solucionado?**

Con el incremento de la satisfacción de las usuarias y el número de partos eutócicos en el establecimiento de salud.

**c. Determinación de las causas**

Objetivo: Identificar las principales causas o causas raíz del problema, para así poder escoger una solución sistémica. En esta sub-etapa el equipo tratará de conocer más acerca del problema o deficiencia de la calidad: la pregunta que puede plantearse es ¿por qué sucede este problema? Es frecuente que las personas identifiquen un problema, decidan que ya conocen todo acerca de él (incluida su causa) y salten a una solución que ya tienen preparada. Cuando lo hacen así, a menudo sucede que el problema no desaparece después de implementar la respectiva solución. ¿Por qué?, porque dieron un salto lógico y no ampliaron sus conocimientos ni verificaron todos sus supuestos con datos. Las causas que generan un problema no siempre son evidentes e identificables fácilmente. Solucionar bien los problemas implica que hay que resistir la tentación de saltar a las conclusiones.

**d. Determinación de Indicadores para medir los logros**

Los indicadores son las medidas que muestran el comportamiento de un proceso y son variables o características factibles de medir para probar el logro de las metas de mejoramiento de la calidad. Ellos son esenciales para comprender el resultado de una intervención o solución y para determinar si se debe seguir adelante con la implementación.

**e. Recopilación de datos basales.**

La recopilación de datos es una parte importante (y a menudo necesaria) del mejoramiento de la calidad. Se hace necesaria cuando los datos existentes no son suficientes para identificar o analizar los problemas o para desarrollar, probar o implementar las soluciones a





esos problemas. También permite maximizar la utilidad de las herramientas de mejoramiento de la calidad.

Tanto los datos cualitativos como los cuantitativos nos permiten comprender la situación en que existe un problema, probar hipótesis de sus causas y demostrar la eficacia de las intervenciones.

Los datos cualitativos emplean palabras para describir una situación y pueden proporcionar información acabada acerca del motivo por el cual puede ocurrir un problema. Este tipo de datos se recopila mediante diversas técnicas, como conversaciones con grupos representativos, entrevistas sin estructura, observación y juego de roles.

Los datos cuantitativos describen el problema mediante cifras que proporcionan información como promedios y variabilidad. Para los datos cuantitativos se emplean una amplia variedad de métodos, entre los que se incluyen el muestreo para encuestas formales y el análisis de los datos existentes.

**f. Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o Intervenciones.**

Objetivo: Proponer una solución que resuelva el problema al eliminar sus causas.

Elaborar una solución no siempre es una tarea directa y muchas soluciones fallan porque no fueron meditadas cuidadosamente antes de su implementación.

El mejor criterio es estar abierto a todas las posibilidades y pensar creativamente, primero para preparar una lista de las potenciales soluciones y luego para revisar cada una cuidadosamente antes de seleccionar una de ellas.

Estas soluciones deben enfrentar las causas de fondo o causas raíz que se identificaron previamente.

Para poder escoger las soluciones adecuadas, es necesario contar con una buena lista de opciones. Es aquí donde la creatividad del equipo de mejora cobra importancia.

**g. Priorizar las causas raíz a intervenir**

Los equipos utilizan su criterio para seleccionar y fijar prioridades, para luego pasar a la siguiente etapa de probarlas e implementarlas.

Los criterios siguientes enunciados claramente pueden ayudar a los equipos a escoger una solución a partir de una lista.

- Necesidad
- Económicamente accesibles
- Sin efectos negativos en otros procesos o actividades
- Factibles de implementar
- Tienen respaldo de la administración
- Tienen respaldo de la comunidad
- Son eficientes
- Son oportunos



SAAVEDRA M



G. ESPINOZA





Dentro de lo posible, los criterios se deben limitar a tres o cuatro, dado que un número excesivo haría que este paso fuera difícil de manejar.

**h. Formular el plan de acción o plan de cambios.**

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados. Por medio de ellos se busca "materializar" los objetivos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto, para contribuir a alcanzar los objetivos superiores.

El plan de acción compromete el trabajo de una gran parte del personal, estableciendo plazos, responsables y un sistema de seguimiento y monitoreo de todas las acciones diseñadas.

Un plan de acción efectivo debe contar con:

- ✓ Objetivo claro, conciso y medible
- ✓ Estrategias que reflejen el camino a seguir para lograr el objetivo
- ✓ Actividades precisas
- ✓ Tareas que describan los pasos exactos para el cumplimiento de las estrategias
- ✓ Resultados/Productos
- ✓ Tiempos reales de cumplimiento en inicio y fin de cada tarea
- ✓ Responsables directos de cada tarea
- ✓ Seguimiento constante y evaluación de cumplimiento. Implica tomar decisiones acerca de quién, qué, dónde, cuándo, cómo.

**2. ETAPA DE EJECUCIÓN O IMPLEMENTACIÓN**

Etapa en que el proyecto se convierte progresivamente en realidad a través del uso de recursos y actividades previstas, también es denominada fase operativa del proyecto.

**3. ETAPA DE SEGUIMIENTO**

Etapa de seguimiento del proyecto a lo largo del tiempo para que, en caso de que haya desviaciones negativas, se introduzcan medidas correctivas.

**Recopilación y comparación de los datos**

En esta etapa de seguimiento, los procesos que han implementado las soluciones efectivas emiten datos a través de sus indicadores, estos datos recopilados, procesados y convertidos en información nos indican qué tan bien funcionan los cambios realizados. El equipo debe controlar periódicamente los indicadores para asegurar que las pruebas se están realizando de acuerdo al plan y comunicar el avance a todos los involucrados.

Documentar los éxitos y obstáculos que se presentan mientras se lleva a cabo la prueba ayudan a evaluar la solución. Cada problema o error es una oportunidad para mejorar y esto aplica tanto a las pruebas e implementación de las soluciones como a la identificación de los problemas.



#### 4. ETAPA DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Verificación de cumplimiento del objetivo planificado al inicio de la intervención, en base a los resultados alcanzados.

Se debe verificar si los resultados guardan relación con los objetivos planteados. Con la ayuda de los datos recopilados y otra información (formal o informal) obtenida durante la sub-etapa anterior, el equipo debe responderse a las siguientes preguntas:

- ¿Cumplimos con nuestros criterios de éxito? ¿La solución tuvo los resultados deseados?  
¿Qué opinaron los usuarios acerca del cambio?
- ¿Qué aspectos de la prueba resultaron bien? ¿Qué aspectos fueron difíciles?
- ¿La solución generó problemas imprevistos para terceros o para otros procesos?
- ¿Con qué tipo de oposición nos encontramos?

Refiriéndose a los resultados obtenidos en el seguimiento, ahora hay que determinar la solución fue exitosa, si amerita ser modificada o si debería abandonarse del todo ensayar otra.

#### 5. ETAPA DE ESTANDARIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN

Es la oficialización del proceso mejorado en la organización, que permita a través de indicadores y metas evaluar el desempeño futuro de los procesos mejorados y también la implantación de un programa de actividades para asegurar la continuidad, sostenibilidad y mejora de los resultados.

Para asegurar que las mejoras sean sostenibles, el equipo de mejora tendrá que buscar oportunidades para normar el mejoramiento y transformarlo en permanente a través de procedimientos o actividades como la preparación o revisión de manuales e inserción del nuevo material en capacitaciones.

#### 7.2. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS BÁSICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Para llevar a cabo la mejora continua de la calidad, es necesario contar con el apoyo de algunas técnicas y herramientas que ayudarán a su desarrollo.

Algunas de estas herramientas y técnicas sirven para detectar problemas con la participación del personal, mientras que otras parten de mediciones o datos obtenidos del proceso a controlar y a partir del análisis de estos datos, se obtienen los resultados buscados. (Ver anexo 01: Criterios para la Gestión de Proyectos de Mejora, anexo 02: Guía de Puntuación).

##### 7.2.1. TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO

El trabajo en grupo se basa en el principio de que nadie puede conocer mejor el trabajo que aquel que lo realiza diariamente. Además, con estas técnicas se consigue aumentar el grado de participación de todas las personas que integran la organización.



SAAVEDRA M



G. ESPINOZA



S. ALIAGA



• **Lluvia de Ideas**

**Definición**

La lluvia de ideas es una técnica básica de trabajo en grupo que se utiliza con el fin de generar ideas en un periodo de tiempo.

Para ello se forma un grupo reducido de personas (3 a 8) que conozcan perfectamente la oportunidad de mejora a tratar y se estimula a los integrantes a que participen en la aportación de ideas que sirvan para resolver una determinada situación.

Uso

- Abordar un problema
- Encontrar soluciones alternas de un problema
- Enunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos
- Generar planteamientos de un problema antes de dirigirse a uno solo

Para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas es necesario que exista un líder o moderador que coordine las fases que se indican en la tabla:

**Tabla N° 05**  
**FASES DE LA LLUVIA DE IDEAS**

<b>1. Definición del tema</b>	El moderador iniciará la sesión explicando los objetivos, las preguntas o los problemas que se van a discutir. Aquí es importante que el ambiente sea agradable y que todos los participantes estén seguros de haber entendido el tema.
<b>2. Reflexión</b>	Los participantes se toman unos minutos para pensar sobre el tema planteado.
<b>3. Emisión de ideas</b>	El moderador solicita una idea a cada participante y las apunta en una pizarra. En el caso de que alguno de los participantes no tenga en ese momento nada que aportar se continua con el siguiente, haciendo varios turnos para que todos puedan participar.
<b>4. Organización de ideas</b>	El moderador inicia un debate con el fin de seleccionar las ideas que mejor resuelvan el problema planteado. Aquí es importante intentar buscar el acuerdo. En el caso de que no se llegue a un acuerdo, sobre el resultado se puede proceder a votación: Se anulan las ideas repetidas y se consolidan las similares (Grupos de afinidades).

Consideremos que dentro de la lluvia de ideas podemos aplicar técnicas como la de los 5 ¿Por qué? y los 5 ¿Cómo?, para realizar preguntas y explorar las relaciones de causa-efecto como las posibles soluciones de un problema planteado.



SAAVEDRA M.

**7.2.2. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD**

Una de las principales características de la Gestión de la Calidad es que es susceptible de medirse en cualquier circunstancia y momento. Esta capacidad de medición es un punto importante para su mejora. Las herramientas son:

- ✓ Matriz de priorización
- ✓ Diagramas de causa – efecto
- ✓ Diagrama del árbol
- ✓ Diagrama de flujo
- ✓ Diagrama de Gantt



G ESPINOZA





• **Matriz de priorización**

**Definición**

Es una herramienta cualitativa que permite seleccionar una opción a partir de una lista de opciones en base a variables o criterios elegidos. Un criterio es una pauta o parámetro que permite evaluar y tomar una decisión colectiva por consenso. Por ejemplo: la frecuencia de presentación, la importancia, los costos, etc. (Ver Anexo 03: Tipos de problemas u oportunidades de mejora).

**Uso**

- Brinda prioridad a los elementos enunciados y los describe en criterios ponderados.

**¿Cómo se construye?**

- Identificar los problemas a evaluar.
- Definir los criterios de ponderación.
- Construir la matriz, asignando una columna para el listado de problemas o posibles soluciones, una para cada criterio y finalmente una para el total.
- Para cada criterio se asigna un puntaje para su priorización (valor alto, medio y bajo).
- Se suman los puntajes por criterio y se totalizan.
- La alternativa con mayor puntaje es la seleccionada.

**Criterios para la priorización**

- **Frecuencia:**  
Qué tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas.
- **Importancia:**  
Elegir cuáles opciones son de mayor envergadura desde el punto de vista del usuario o equipo.
- **Factibilidad:**  
Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados para cada alternativa.

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo:

Alto =5 Medio =3 Bajo =1

Cada uno de los participantes de manera individual, para cada problema o alternativa asigna un puntaje a cada criterio. El puntaje individual se totaliza para cada problema. El problema o alternativa seleccionada será el que obtenga el mayor puntaje de todos los problemas evaluados.

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se suman y se escogerá el puntaje más alto obtenido.



**Tabla N° 06**

**Matriz de selección respecto al entorno laboral del usuario Interno**

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
Bajo nivel de Motivación	4 (1+1+1+1)	11 (3+1+5+2)	10 (3+5+1+1)	25
Escasa capacitación	8 (1+1+3+3)	15 (2+5+3+5)	10 (3+3+3+1)	33
No hay definición de las responsabilidades en las diferentes áreas.	14 (3+3+3+5)	6 (1+1+1+3)	16 (5+3+5+3)	36
Desconocimiento del nivel de satisfacción del usuario interno.	16 (5+3+5+3)	16 (5+5+5+1)	16 (1+5+5+5)	48
Bajo nivel de comunicación	8 (1+1+3+3)	8 (3+1+1+3)	10 (5+1+3+1)	26

• **Diagrama causa efecto**

**Definición**

Es una herramienta que representa la relación entre un efecto (problema) y todas las posibles causas que lo ocasionan. Es denominado Diagrama de Ishikawa o Diagrama de Espina de Pescado por ser parecido con el esqueleto de un pescado. Complementa la lluvia de ideas ayudando a investigar los factores contribuyentes.

**Uso**

Se utiliza para clarificar las causas de un problema. Clasifica las diversas causas que se piensa que afectan los resultados del trabajo; señalando con flechas la relación causa - efecto entre ellas.

**¿Cómo se construye?**

1. Elabore un enunciado claro de problemas
2. Empiece con dibujar el diagrama de esqueleto de pescado colocando el problema en el cuadro de la derecha.
3. Identifique las categorías, factores contribuyentes o causas principales (las más comunes utilizadas son: equipo, método, personal, usuario, aunque puede colocar otras categorías de acuerdo al problema que se está trabajando como: gestión y medio ambiente entre otras) y grafique las espinas grandes oblicuas a la flecha central o esqueleto.
4. Grafique las causas principales en oblicuas a la flecha central.
5. Cuando sea posible determinar las causas de 2er y 3er nivel de acuerdo a cada elemento analizado, se grafican como oblicuas a las categorías.

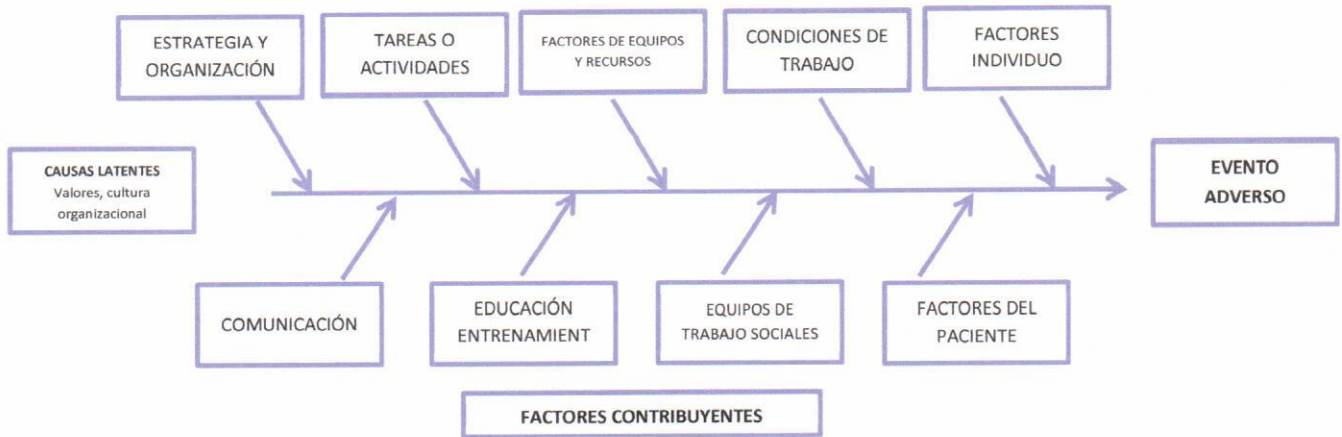


G. ESPINOZA





**Gráfico N° 05**  
**DIAGRAMA DE CAUSA – EFECTO ESPECIFICO PARA DESCUBRIR CAUSAS RAIZ DE UN EVENTO ADVERSO**



• **Diagrama del árbol**

**Definición**

Técnica cualitativa que representa una cadena de soluciones resultantes de las preguntas: ¿Cómo hacerlo? ¿Qué decido? Se le conoce también como el árbol de decisiones soluciones.

**Uso**

Permite tomar secuencialmente decisiones ante dos o más posibilidades considerar secuencialmente varias soluciones alternativas en vez de solo identificar la solución aparentemente obvia, determinando pasos específicos que se deben seguir para implantar soluciones finales.

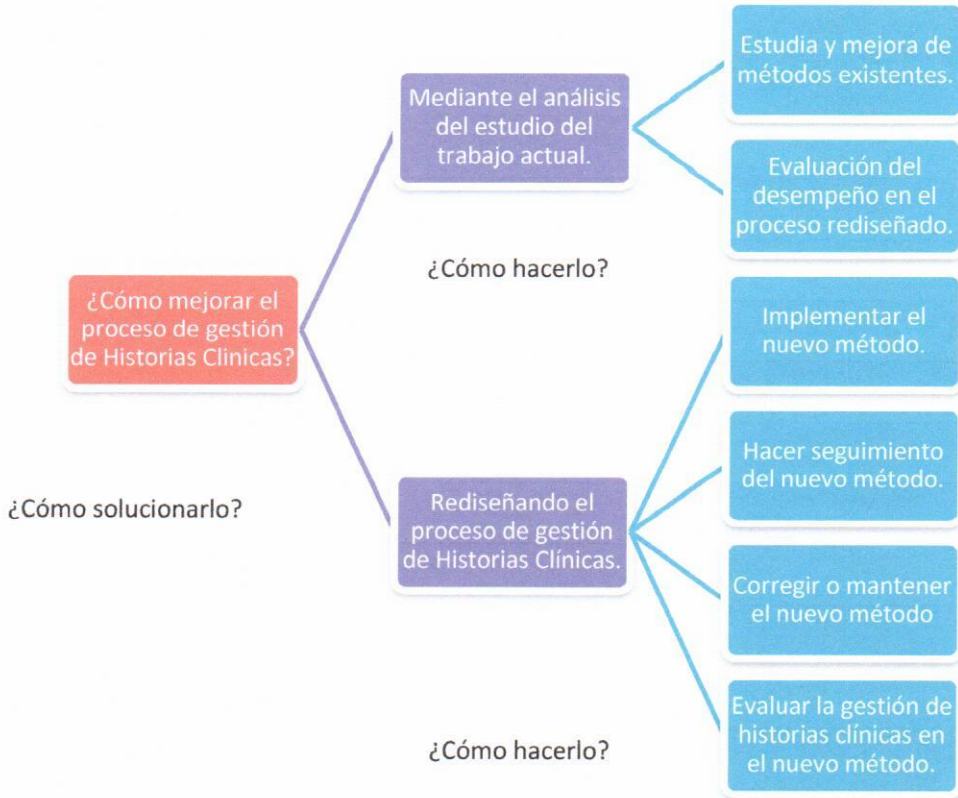
**¿Cómo se construye?**

- Definir el problema.
- Empezar por preguntarse ¿Cómo resolver el problema?
- Graficar un rectángulo y colocar la solución que respondió al punto número uno.
- Abrir ramificaciones de acuerdo a las posibles acciones que se vayan explorando al preguntarse ¿Cómo hacerlo?
- Repetir en cada una de las ramificaciones la pregunta ¿Cómo hacerlo?
- Para obtener alternativas de solución en cada una.
- Repetir el mismo procedimiento las veces que sea necesario



**Gráfico N° 04**

**Árbol Causa Raíz: Mejora de la Gestión de Historias Clínicas**



• **Diagrama de flujo**

**Definición**

El diagrama de flujo, flujograma, fluxograma, cursograma o flow chart, es la representación. Gráfica de un proceso, procedimiento o rutina.


**Uso**

- Ayuda a determinar en forma global cómo se relacionan las fases de un proceso.
- Se usa para aclarar cómo funciona un proceso
- Ayuda a rediseñar un proceso
- Determina la existencia de actividades limitantes (cuellos de botella), faltantes, repetitivas o innecesarias demoras, etc.





**Tabla N°07**  
**SIMBOLOS DEL FLUJOGRAMA**

SIMBOLO		SIGNIFICADO
INICIO/FIN		Se utiliza al inicio y al fin de un proceso.
OPERACIÓN		Utilice este símbolo para representar una actividad o conjunto de actividades.
DECISIÓN		Se utiliza este símbolo en situaciones disyuntivas.
TRASLADO		Este símbolo tiene dos funciones: 1) unir símbolos entre sí, 2) Indicar el sentido del flujo o traslado de información.
CONECTOR DE PÁGINA		Se utiliza cuando el flujo continúa en otra página.
CONECTOR		Este símbolo enlaza entre si partes distantes del flujo.
DOCUMENTO		Utilizar este símbolo para representar todo elemento portador de información.
ARCHIVO		Se utiliza para el almacenamiento de información.
ESPERA		Representa tiempo de espera.

• **Diagrama de Gantt**

**Definición**

Matriz donde se ubican actividades, tiempo programado para realizarlas y responsables del cumplimiento de las mismas.

**Uso**

- Programar actividades
- Vigilar el cumplimiento de un proyecto en el tiempo.
- Determinar el avance en un momento dado
- Asignar responsabilidades de cada ejecución.
- Se utiliza en la representación de los proyectos como cronograma de actividades.

**¿Cómo se construye?**

Identificar y listar todas las acciones que se deben realizar para cumplir con un proyecto.

- Determinar la secuencia de ejecución de las acciones.
- Definir los responsables de ejecutar cada acción.
- Escoger la unidad de tiempo adecuada para establecer el diagrama.
- Estimar el tiempo de inicio y término que se requiere para ejecutar cada acción.
- Se puede agregar y graficar una columna más al final incluyendo indicadores o puntos de control.



SAAVEDRA M.



G. ESPINOZA



S. ALIAGA

Ejemplo:

Proceso: .....

Responsable: ..... Fecha: .....

**Tabla N° 05**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MESES												COSTO
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Planificación del proyecto.	Luis Ramos													
Conformación de los Equipos de mejora.	Antonio Pérez													
Reuniones de análisis causa raíz.	Marco Sánchez													
Elaboración y aprobación del plan de acción.	Rosa Palacios													
Implementación del Plan de acción.	Eliana Ríos													
Análisis y retroalimentación de resultados.	Rosaura Paz													
Informe final.	Beatriz Velarde													

**VIII. ACTIVIDADES**

**Objetivo Específico 1: Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital San Juan de Lurigancho.**

- Conformación de los equipos de mejoramiento continuo con documento oficial.
- Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.
- Equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos en el HSJL cumplen con las actividades según planificación y se registra en actas.

**Objetivo Específico 2: Promover una cultura por la Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.**

- Informes periódicos de los resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada. referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias locales identificadas.

**Objetivo Específico 3: Optimizar y Mejorar Procesos Críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.**

- Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los reprocesos que afecten al Hospital San Juan de Lurigancho.
- Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado para su mejora en relación a resultados exitosos de proyectos de mejora continua.

**IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo y evaluación del Plan de Mejora Continua de la Calidad, se realizará en base al cuadro denominado Cronograma de actividades y metas de Mejora Continua de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho 2018.





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y METAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	PERIODO	U.M.	META ANUAL	ENE	FE B	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital San Juan de Lurigancho.	1 Conformación de los equipos de mejoramiento continuo con documento oficial.	ANUAL	RD	1	X												ÁREA DE MEJORA CONTINUA
	2 Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.	SEMESTRAL	INFORME	2				X						X			ÁREA DE MEJORA CONTINUA
	3 Equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos en el HSJL cumplen con las actividades según planificación y se registra en actas.	MENSUAL	INFORME	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover una cultura por la Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.	4 Informes periódicos de los resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada, referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias locales identificadas.	TRIMESTRAL	INFORME	4			X			X			X			X	ÁREA DE MEJORA CONTINUA
Optimizar y Mejorar Procesos Críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital San Juan de Lurigancho.	5 Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los reprocesos que afecten al Hospital San Juan de Lurigancho.	TRIMESTRAL	INFORME	4			X			X			X			X	ÁREA DE MEJORA CONTINUA
	6 Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado para su mejora en relación a resultados exitosos de proyectos de mejora continua.	SEMESTRAL	INFORME	2							X						X





**Anexo N° 01:**

<i>Criterios para la Gestión de Proyectos de Mejora</i>	
1. Liderazgo y Compromiso con la Alta Gerencia	<b>120 puntos</b>
1.1. Organización de Soporte para Promover el Trabajo en Equipo. 1.2. Facilidades Otorgadas a los Equipos de Proyectos de Mejora. 1.3. Apoyo de la Alta Dirección en la Implantación de las Propuestas de solución. 1.4. Reconocimiento a los Equipos de Mejora.	
2. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora	<b>80 puntos</b>
2.1. Análisis de la Estrategia de la Organización y de Oportunidades de Mejora. 2.2. Estimación del Impacto en los Resultados de la Organización.	
3. Método de Solución de Problemas y Uso de Herramientas de Calidad	<b>220 puntos</b>
3.1. Método de Solución de Problemas. 3.2. Recolección y Análisis de la Información. 3.3. Uso de Herramientas de la Calidad. 3.4. Concordancia entre el Método y las Herramientas.	
4. Gestión del Proyecto y trabajo en Equipo	<b>140 puntos</b>
4.1. Criterios para la Conformación del Equipo de Proyecto. 4.2. Planificación del Proyecto. 4.3. Gestión del Tiempo. 4.4. Gestión de la Relación con Personas y Áreas Clave de la Organización. 4.5. Documentación.	
5. Capacitación	<b>80 puntos</b>
5.1. Programa de Capacitación del Equipo. 5.2. Evaluación e Impacto de las Actividades de Capacitación.	
6. Creatividad	<b>90 puntos</b>
6.1. Amplitud en la Búsqueda de Opciones y Desarrollo de Alternativas. 6.2. Originalidad de la Solución propuesta. 6.3. Habilidad para Implantar soluciones de Bajo Costo y Alto Impacto.	
7. Continuidad y Mejora de los Resultados	<b>200 puntos</b>
7.1. Resultados de Orientación hacia el Cliente interno/externo. 7.2. Resultados Financieros. 7.3. Resultados de la Eficiencia Organizacional.	
8. Sostenibilidad y Mejora	<b>70 puntos</b>
8.1. Sostenibilidad y Mejora	





## 1. Liderazgo y Compromiso con la Alta Gerencia

Para el éxito en la gestión de proyectos de mejora es fundamental el compromiso y participación de los directivos en el apoyo y respaldo al proyecto y a los miembros del equipo, para lo cual se deben tener en cuenta los siguientes ítems.

### 1.1. Organización de Soporte para Promover el Trabajo en Equipo:

Uno de los principales aspectos a tener en cuenta es la forma como la alta gerencia promueve el trabajo en equipo de tal manera de darles soporte para el desarrollo de proyectos de mejora. Es así que deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El directivo debe partir por desarrollar las políticas con las que contará para promover el trabajo en equipo al interior de la organización.
2. El trabajo en equipo considerado como un valor organizacional debe figurar en forma explícita en la tabla de valores de la organización.
3. La forma como se pone en práctica en la organización el trabajo en equipo debe contar con mecanismos establecidos para ello, como tener un responsable de la conducción de los mismos, la documentación que oficializa su trabajo, el soporte destinado para el desarrollo de los proyectos desde el aspecto técnico hasta el financiero cuando se requiera.
4. Los mecanismos a través de los cuales los directivos participan en el origen y desarrollo posterior de los proyectos deben estar documentados.

### 1.2. Facilidades Otorgadas a los Equipos de Proyectos de Mejora:

Este aspecto se refiere a las políticas y facilidades otorgadas por la alta dirección para promover y hacer viable el trabajo del equipo de proyecto.

Ello puede incluir desde la asignación de un financiamiento para realizar gastos operativos como material de escritorio, fotocopias, material de cómputo, entre otros.

Los mecanismos de comunicación de los miembros del equipo con los directivos deben estar establecidos a efectos de facilitar el desempeño del equipo (reuniones periódicas, formato de reporte de avance de los proyectos de acuerdo al cronograma establecido) así como también debe estar oficializado en nivel de autoridad otorgado al equipo, para su actuación.

### 1.3. Apoyo de la Alta Dirección en la Implantación de las Propuestas de Solución:

Este aspecto se refiere a los medios utilizados por la alta dirección para dar soporte a la implantación de las mejores propuestas. Ello comprende la forma en que las nuevas prácticas provenientes del proyecto de mejora son aprobadas, difundidas e implantadas; considerar también los recursos que la organización destina para el despliegue de la mejora.

### 1.4. Reconocimiento a los Equipos de Mejora:

La organización debe contar con políticas de personal para reconocer al personal que participa en los proyectos de mejora.

## 2. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora

En este aspecto está referido al camino utilizado para identificar y seleccionar el proyecto de mejora, con base en los objetivos institucionales y mediante la aplicación de un método sistemático.





**2.1. Análisis de la Estrategia de la Organización y de Oportunidades de Mejora:**

Para la orientación de los proyectos de mejora el equipo de gestión debe considerar los principales lineamientos estratégicos de la organización en lo relativo a resultados sanitarios, a la mejora de los procesos internos, al desempeño del personal y/o a los resultados de la satisfacción del usuario externo o interno.

No se busca aquí un plan independiente de calidad desarrollado por el departamento correspondiente. Un plan de calidad no debe ser un documento separado que se prepare aislado. Los objetivos de calidad deben tratarse con la misma importancia que todo objetivo del plan de la organización. Se espera que el proceso específico para desarrollar los objetivos de calidad en una organización se haga a la medida de la organización.

En esta área se debe explicar la medición de los requerimientos del usuario y los niveles corrientes de desempeño, así como su empleo para establecer los objetivos de calidad. Los objetivos deben ser al mismo tiempo razonables y relevantes sobre lo que esperan los usuarios.

Se debe explicar la manera en que el proceso de planeación general se integra con la planeación de la calidad y el establecimiento de objetivos individuales y departamentales (o por cada servicio). Si bien no es necesario que todos los trabajadores reciban el plan completo de la organización, si deben conocer las directrices generales de los objetivos principales de la organización para los próximos años.

Un aspecto importante es demostrar que la planeación no se hace en el vacío, si no que se utiliza información de fuentes externas (a las estadísticas de la institución) en el proceso de planeación. Es probable que la información más importante que se influya sean las necesidades y requerimientos del usuario.

**2.2. Estimación del Impacto en los Resultados de la Organización:**

La selección del proyecto de mejora debe tener un sustento lógico y coherente del por qué ha sido elegido para lo cual debe estimarse el impacto del proyecto en el desempeño de la organización. Ello incluye analizar por ejemplo el impacto en calidad, tiempo, costos, clima laboral, productividad, entre otros y según corresponda.

**3. Método de Solución de Problemas y Uso de Herramientas de Calidad**

Este aspecto está referido al camino seguido para llevar a cabo el proyecto de mejora, obteniendo conclusiones basadas en la toma de datos, el análisis estadístico y en la aplicación de un método de solución de problemas y el uso de herramientas de la calidad.

En primer lugar debemos de entender que la no satisfacción de una necesidad o expectativa es ya una fuente de problemas. Veamos cada uno de los pasos y notas importantes sobre lo que cada uno debe contemplar. Debemos recalcar que el número de pasos pueden ser menos o más.

**3.1. Método de Solución de Problemas:**

Para ello se deben tener bien definidos los aspectos que se encuentran detallados en el presente documento.





**3.2. Recolección y Análisis de la Información:**

Quando se tienen varios proyectos de mejora se deben de documentar de tal manera que ello facilite su priorización, es así que se deben tener en cuenta aspectos tales como:

- La determinación del tipo y tamaño de la información a recolectar
- La selección de las fuentes de datos
- La identificación de posibles errores o limitaciones de la información

Luego ya en la etapa de análisis se debe contemplar, por ejemplo, la identificación de tendencias; el análisis de la situación actual frente a las expectativas de los usuarios tanto internos como externos; la ponderación de la magnitud de la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada; y finalmente la elaboración de un listado de posibles proyectos de mejora identificados. Es conveniente contar con ello con un flujograma o lista de los pasos realizados para el proceso de evaluación.

**3.3. Uso de Herramientas de la Calidad:**

Este ítem está referido a la selección y uso de herramientas de calidad, es decir la organización debe seleccionar las herramientas que utilizará en base a un análisis sobre la pertinencia de utilizar dichas herramientas, teniendo en cuenta además el alcance y las limitaciones de las herramientas escogidas.

**3.4. Concordancia entre el Método y las Herramientas:**

Se debe lograr una correcta aplicación metodológica y práctica de cada una de las herramientas empleadas a lo largo de las diferentes etapas del método de solución de problemas en cada paso, por ejemplo:

- Para la identificación de los problemas y la elección de las oportunidades para efectuar problemas.
- Para la definición operativa del problema.
- Para la identificación de quienes tienen que trabajar en el problema.
- Para el análisis y estudio del problema para identificar las causas principales.
- Para el desarrollo de las soluciones y medidas para desarrollar la calidad.
- Para la implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad.

**4. Gestión del Proyecto y Trabajo en Equipo**

El equipo conformado para trabajar el proyecto de mejora debe contar con una metodología definida para la gestión del mismo, de tal manera que pueda llegar a buen término.

**4.1. Criterios para la Conformación del Equipo de Proyecto:**

En este criterio está referido a la forma como se ha seleccionado al personal para la conformación del equipo, si se han tenido en cuenta aspectos como la disponibilidad, experiencia y conocimiento de cada uno de los integrantes para la conformación del equipo.

Este equipo se compone de unas seis o siete personas procedentes de varias áreas de la organización si lo que se desea es mejorar un proceso (convocar a los representantes de cada paso del proceso, incluyendo a personal experto en el tema y a un usuario externo de los servicios), o de un número similar de personas propias de una misma área, si lo que se desea es mejorar la problemática interna del servicio o departamento.





**4.2. Planificación del Proyecto:**

El equipo debe definir el objetivo del proyecto, así como también debe tener un plan de trabajo que resuma el desarrollo de sus actividades necesarias para alcanzar el objetivo, sus plazos de ejecución y asignación de responsabilidades y recursos, para ello recomendamos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar con evidencia de la identificación minuciosa de los requerimientos del usuario y del empleo de esta información para desarrollar el proceso de planificación del proyecto.
- Detallar en un Diagrama de Gantt los plazos de ejecución.
- Llevar a cabo reuniones regulares de revisión para revisar el alcance hacia los objetivos trazados.
- Describir la asignación de recursos consistentes con los objetivos, los responsables las prioridades según sea a corto o largo plazo.
- Explicar las acciones que se toman si el desempeño no alcanza los niveles de objetivos proyectados.

**4.3. Gestión del Tiempo:**

El equipo debe tener definido el mecanismo a través del cual se asegura el cumplimiento de los plazos previstos en el proyecto, lo cual incluye el manejo de una planificación detallada con las metas de equipo y por miembro, la preparación de agendas, el manejo de las comunicaciones previas y posteriores a cada reunión, el seguimiento a los acuerdos y los mecanismos de retroalimentación en relación a la efectividad de las reuniones y al cumplimiento de los plazos.

La mayoría suele coincidir en destacar que la incorrecta gestión del tiempo se debe entre otros factores a:

- La inexistencia de objetivos previamente definidos.
- No distinguir entre lo que es importante y lo que es urgente.
- La incorrecta gestión de las agendas de trabajo.
- Negación de la propia evidencia. No aceptar que nosotros no podemos hacerlo todo.
- La insuficiente delegación de tareas.
- Exceso de información para analizar, o información desordenada, imprecisa o tardía.

Evidentemente se hace imprescindible que para organizar nuestro tiempo deberemos, en primer lugar, determinar qué acciones o tareas son más importantes. Por importantes entendemos aquellas tareas que inciden de alguna manera en las áreas estratégicas del proyecto.

Una vez establecidos los objetivos, comenzaremos por dar un orden de prioridad a cada una de las actividades diarias. A veces se suele asignar un tiempo máximo para cada actividad con la finalidad de que no estemos demasiado tiempo ocupados en una tarea que no es demasiado importante, restando tiempo a otras que sí lo son.

**4.4. Gestión de la Relación con Personas y Áreas Clave de la Organización:**

Este ítem está referido a la manera en la que el equipo induce un comportamiento de colaboración y apoyo al equipo en personas y áreas claves de la organización con el objetivo de facilitar el desarrollo y el éxito del proyecto.





- Se deben escribir las estrategias utilizadas para aumentar la delegación de facultades en las áreas clave de la organización.
- Generación y distribución regulares de reportes de datos relativos a resultados preliminares al personal en áreas clave.

**4.5. Documentación:**

Es el conjunto de documentos tales como actas de reuniones, informes, estudios y registros; con los que cuenta el equipo para el desarrollo del proyecto. La documentación debe incluir por ejemplo: Los procedimientos e instrucciones para su manejo y el responsable. Declaración de los objetivos del proyecto. Los documentos necesarios para asegurar la planificación, operación y control del proyecto (compromiso de la alta dirección, de la asignación de recursos, de la implementación del proyecto y de su evaluación). Documentos que contengan comunicaciones internas.

Ello implica la existencia de criterios para el manejo de la documentación, la definición de responsabilidades en materia de redacción y mantenimiento de la documentación, la existencia de formatos adecuados para los registros, el control y distribución de la documentación. Así como toda la documentación de soporte que utiliza el grupo y el uso de los registros que de ella se derivan.

**5. Capacitación**

Se evalúa la capacitación recibida por los miembros del equipo para elevar sus conocimientos e incrementar su desempeño para el desarrollo del proyecto.

**5.1. Programa de Capacitación del Equipo:**

Todos los equipos deben tener un método de identificación de sus necesidades de capacitación con respecto al proyecto al proyecto de mejora que estén desarrollando (análisis de la brecha existente entre los conocimientos, experiencias y/o habilidades necesarias para la ejecución del proyecto y el nivel actual de cada uno de los miembros del equipo) y en función a ello, diseñar, planificar, ejecutar, evaluar, un programa de capacitación.

Por ejemplo la formación en técnicas de solución de problemas, herramientas de calidad, trabajo en equipo, liderazgo, así como en los aspectos técnicos específicos del proyecto.

Se realiza esto a través de una evaluación sistemática de las necesidades para determinar el conocimiento específico, las habilidades y competencias que se requieren para desarrollar el proyecto de mejora.

**5.2. Evaluación e impacto de las Actividades de Capacitación:**

Las actividades de capacitación que tiene el equipo a su vez deben ser evaluadas para identificar su impacto en la mejora del desempeño del equipo, para lo cual debe tener un método definido. Los resultados a su vez servirán para retroalimentar el diseño de futuras actividades de capacitación.

Los datos de capacitación deben evaluarse en cuatro dimensiones: reacción, aprendizaje, cambios en el comportamiento y resultados.





- Los datos de reacción son los más comunes y se recolectan por medios de cuestionarios o encuestas que llenan los participantes al final de una capacitación.  
El cuestionario típico pide a los participantes evaluar el curso, al instructor, el contenido y la relevancia del material.
- La segunda dimensión es el aprendizaje. Este es otro índice que proporciona datos sobre la efectividad de la capacitación. No solo debe reportar la opinión de los participantes a los cursos, sino más bien indicar si los trabajadores han dominado el material que se cubrió. Las pruebas son el único medio apropiado para medir el aprendizaje en un programa de capacitación.
- La tercera medición es el cambio en el comportamiento. Esta dimensión toma en cuenta si el comportamiento de los estudiantes en el trabajo cambió como resultado de la educación y capacitación recibida. Los datos en el cambio de comportamiento se recolectan a menudo por medio de encuestas de seguimiento a los involucrados en la capacitación. Una forma incluso más objetiva de recolectar dichos datos es medir o auditar el producto real del comportamiento de las personas a sus cambios del comportamiento.
- El tipo final de datos de evaluación que debe recolectarse en posprogramas y cursos de capacitación y educación son los resultados de calidad. Quizá el curso gustó a los trabajadores, estos dominaron las pruebas y aplicaron habilidades en el trabajo, pero no hubo mejora en la calidad. Si los cursos sobre las herramientas y técnicas de mejora de la calidad no resultan en una calidad mejora, algo está mal.

## 6. Creatividad

Este criterio está referido a la novedad y el ingenio en las soluciones y en la forma de implantarlas.

### 6.1. Amplitud en la Búsqueda de Opciones y Desarrollo de Alternativas

En este punto veremos ¿Cómo el equipo recopiló y analizó información relacionada con los objetivos del proyecto? y ¿Cómo el equipo desarrolló alternativas de solución de bajo costo, comparadas con otras soluciones convencionales o de menor beneficio? Explicando las alternativas analizadas.

### 6.2. Originalidad de la Solución Propuesta:

Las soluciones que los equipos plantean de preferencia deben ser soluciones de tipo no convencionales, evitando caer en los paradigmas dominantes en el tema y utilizando un pensamiento abierto y novedoso.

El detalle sobre las diferencias que existan con experiencia similares en caso de Benchmarking deben ser bastante claras. Es necesario mostrar gráficos y resultados que diferencien la experiencia propia de la que sirvieron como modelo.

### 6.3. Habilidad para Encontrar Soluciones de Bajo Costo y Alto Impacto:

El equipo durante el desarrollo de su proyecto de mejora planteara alternativas de solución de bajo costo, en oposición a otras soluciones convencionales y/o que representen un reducido porcentaje del beneficio a obtener. Por ejemplo se pueden mostrar datos del por qué la solución que se plantea mediante un proyecto de mejora es la de más bajo costo (matriz de priorización) y que será la más efectiva (gráfico de Pareto). Comparar con datos de otras intervenciones locales similares.



SAAVEDRA M.



CALVO GALERO



G. ESPINOZA



S. ALIAGA



**7. Continuidad y Mejora de los Resultados**

Se examina el desarrollo e implantación de un programa de actividades para asegurar la continuidad y mejora de los resultados.

*El equipo del proyecto desarrolla y ejecuta un conjunto de actividades orientadas a garantizar que el proyecto implementado continúe trabajando a futuro y permita su mejora permanente.*

*Ello incorpora la identificación de los principales peligros en el mantenimiento futuro de la mejora alcanzada, un conjunto de acciones orientadas a evitar dichos peligros. La integración y estandarización posterior del proceso mejorado en el sistema de gestión de la organización las metas y/o indicadores de gestión para evaluar el desempeño futuro del proyecto de mejora.*

**7.1. Resultados de Orientación hacia el Cliente Interno/externo:**

*El equipo debe tener datos e información sobre los resultados del proyecto de mejora en aspectos como la orientación hacia el usuario interno/externo, incluyendo su satisfacción y resultados de desempeño de los servicios internos/externos generados por el proyecto, es decir cómo la intervención del proyecto mejoró directamente o indirectamente los indicadores de todas las áreas involucradas con el cambio.*

*Aquí es donde es preciso reportar los datos de mejora en los niveles de satisfacción del usuario debido a los esfuerzos de mejora de calidad, expresados en tendencias, es decir a través de mediciones sostenidas en el tiempo que demuestren los cambios a partir de la intervención mediante el proyecto de mejora. Esta parte deberá incluir gráficas de los datos de satisfacción los usuarios por ejemplo, para lo cual se hará uso de tablas o cuadros, lo cual permitirá asimismo incluir gran cantidad de datos en un espacio limitado. Sin embargo es preciso asegurarse de que los cuadros y tablas sean legibles.*

*Se evalúa el impacto en las prioridades sanitarias, nivel de satisfacción de los usuarios que se logró, así como el nivel actual de desempeño en relación con los niveles pasados. Se considera muy positiva una tendencia de mejora consistente durante los últimos tres a cinco años.*

**7.2. Resultados Financieros**

*El equipo en esta parte debe contar con datos e información sobre los resultados financieros (beneficios) alcanzados por la organización como consecuencia de la ejecución del proyecto de mejora. Este puede ser producto de una mayor capacitación de usuarios de los servicios por la mejora de la calidad de atención, o puede traducirse en ahorros por reducción de reprocesos. Este comprende el desarrollo de indicadores relevantes para aspectos como incrementos en los ingresos, reducciones de costo, mejora en el margen de beneficios por años de vida ahorrados libres de complicaciones, entre otros.*

**7.3. Resultados de la Eficiencia Organizacional:**

*En este aspecto el equipo debe contar con datos e información sobre los resultados de la eficiencia organizacional del proceso, actividad, área, productos mejorados, como consecuencia de la ejecución del proyecto.*

*Los indicadores pueden contener aspectos como el incremento de la productividad como consecuencia de un mejor uso de los recursos, la reducción de reprocesos, la reducción de*



tiempos de proceso, reducción de tiempos de espera, reducción de tasas e indicadores sanitarios negativos, disminución de desperdicios, reducción de defectos reducción de accidentes de trabajo. etc.

**8. Resultados**

Este ítem se refiere a los resultados generados por el proyecto de mejora en el desempeño de la organización en los aspectos específicas de orientación al usuario interno/externo el ahorro y eficiencia organizacional.

**8.1. Sostenibilidad y Mejora:**

Tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- ¿Qué análisis realizó el equipo para identificar peligros en el mantenimiento de la mejora alcanzada?
- ¿Qué actividades ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la estandarización y la mejora del proyecto implementado?
- ¿Qué metas e indicadores han establecido para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejora?





**Anexo N° 02**

**Guía de Puntuación**

CRITERIOS	POCAS EVIDENCIAS 0-5%	REQUISITOS BÁSICOS 10-35%	RESULTADOS AVANZADOS 40-65%	RESULTADOS COMPLETADOS E INTEGRADOS 70-95%	RESULTADOS EXCELENTES 100%
<b>1. Liderazgo Y Compromiso De La Alta Dirección</b>	No existe evidencia del compromiso y participación de la alta dirección.	Indicios de que la alta dirección se compromete y participa, contribuyendo al éxito del proyecto.	Muchas pruebas de que la alta dirección se compromete y participa, contribuyendo al éxito del proyecto.	La alta dirección participa y apoya sistemáticamente al equipo de proyecto en el logro de sus objetivos.	El compromiso y participación de la alta dirección permite que el equipo desarrolle al máximo el potencial de su trabajo.
<b>2. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora</b>	No existen indicios de procedimientos sólidos. Información anecdótica en casi todos los aspectos del criterio.	Información existente para los principales aspectos del criterio. El proyecto seleccionado tiene alguna relación con la estrategia de la organización.	Procedimientos sólidos e información relevante para la mayor parte de los requisitos del criterio. El proyecto es consistente con la estrategia de la organización.	Los procedimientos utilizados cumplen ampliamente los aspectos del criterio. La información presentada sustenta casi todo el criterio. El proyecto se encuentra bastante integrado a la estrategia de la organización.	Los procedimientos utilizados cubren completamente los aspectos contenidos en el criterio. El proyecto seleccionado permite optimizar el uso de los recursos de la organización, contribuyendo directamente con la estrategia.
<b>3. Método de Solución de Problemas y Herramientas de la Calidad.</b>	Inexistente o incorrecta aplicación del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	Algunos elementos de aplicación correcta del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	El uso del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad es consistente.	El uso del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad es consistente y existe una correcta incorporación de las herramientas a lo largo del método.	La aplicación del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad cumple con todos los requisitos metodológicos y se complementa con desarrollos propios de la organización que potencian los resultados.
<b>4. Gestión Del Proyecto Y Trabajo En Equipo</b>	No hay indicios de la existencia de elementos básicos de una gestión del proyecto ni de técnicas para el trabajo en equipo.	Se conocen y aplican elementos de gestión de proyectos y se usan técnicas para el trabajo en equipo. Se evidencia su contribución al éxito del proyecto.	Se conoce y aplica la gestión de proyectos y las técnicas para el trabajo en equipo. Ellas permiten el cumplimiento de los objetivos y la mejora de los resultados del proyecto.	La gestión del proyecto y las técnicas para el trabajo en equipo son llevadas a cabo de una manera sistemática y contribuyen decisivamente al éxito del proyecto.	Gestión del proyecto y trabajo en equipo altamente eficiente aprovecha al máximo capacidades de cada miembro, y obtiene mejores aportes al proyecto.
<b>5. Capacitación</b>	No existen planes, capacitación inexistente o la realizada no es relevante para el éxito del proyecto.	Existen planes, basados en la identificación de necesidades de Capacitación. Se desarrolla planes que contribuyen al éxito del proyecto.	Los aspectos clave de la capacitación son abordados en detalle. Muchas pruebas de que la capacitación tiene efecto en los resultados del proyecto.	La capacitación es integrada y sistemática; incluye planeación, diseño, desarrollo y evaluación. Contribuye decisivamente al éxito del proyecto.	La capacitación permite incrementar el desempeño de los miembros del equipo al máximo posible dentro de las posibilidades del proyecto.
<b>6. Innovación</b>	No existen pruebas o indicios del uso de la creatividad de los miembros del equipo en el proyecto. Información anecdótica.	Elementos de creatividad presentes en el proyecto. Se busca relacionar esta creatividad con el alcance de los objetivos del proyecto.	Elementos de creatividad en el proyecto que apuntan a lograr soluciones innovadoras de bajo costo y alto impacto, logrando mayor eficiencia en el proyecto.	Innovadoras formas de trabajo con resultados importantes en el uso de recursos.	Uso de la creatividad a un nivel en el que se logran soluciones originales, altamente innovadoras y de alto impacto y que se convierten en mejor práctica.
<b>7. Resultados</b>	Resultados pobres o nulos en comparación a los recursos invertidos.	Existe evidencia sobre el impacto de resultados positivos para la organización derivados del desarrollo del proyecto.	Importantes resultados para la organización y existencia de pruebas de la relación causa - efecto entre la solución del proyecto y el resultado obtenido.	Resultados muy superiores a la inversión en el proyecto y abundantes pruebas de la relación causa - efecto entre la solución y el efecto.	El beneficio obtenido con el proyecto es el máximo alcanzable con las posibilidades de recursos y tecnológicas actuales de la organización.
<b>8. Sostenibilidad y Mejora</b>	No existe un programa o el existente no permite el logro del objetivo de dar sostenibilidad y mejora a los resultados del proyecto.	Existen planes, basados en un análisis previo que comprenden algunos aspectos para la sostenibilidad y mejora del proyecto.	Se aborda los aspectos clave para la sostenibilidad con cierto detalle. El programa propuesto mantiene estrecha relación con los objetivos de sostenibilidad y mejora.	El programa tiene un enfoque sólido, con coherencia y lógica, orientado a asegurar la sostenibilidad de los resultados.	El programa existente es consistente para garantizar la sostenibilidad de los logros obtenidos. Permite además el desarrollo de experiencias similares convirtiéndose en una mejor práctica de la organización.





**Anexo N° 03**

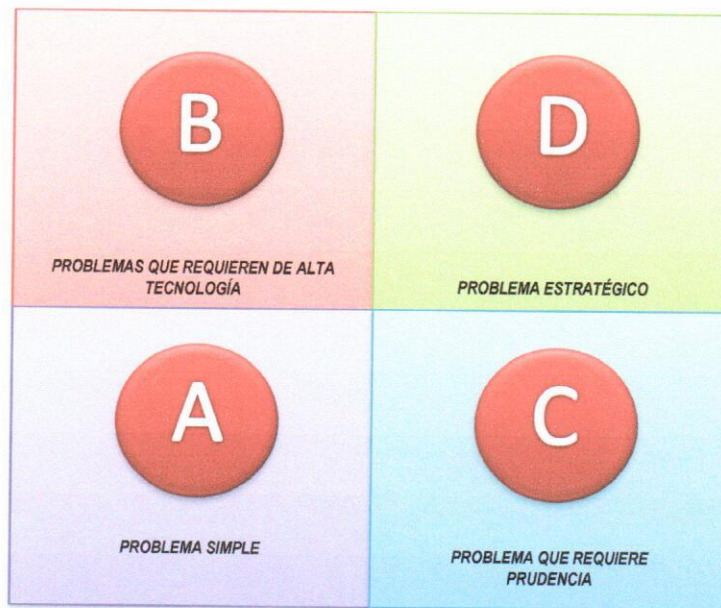
**Tipos de problemas u oportunidades de mejora (Ventana de Johari)**

**a. Clasificación por su origen**

1. Problemas de la rutina diaria (retraso en el inicio de labores, desabastecimiento de un medicamento, ausentismo de personal especializado, entrega de reporte sin validación).
2. Problemas asignados (políticas, leyes, reglamentos, estrategias nacionales).
3. Problema descubierto (uso de heparina para la prevención de trombosis en las mujeres con pre-eclampsia, diseño de triaje para mejorar la oportunidad de atención de la urgencia calificada, uso de ácido fólico para prevenir defectos al nacimiento).

**b. Clasificación según su causa y su solución**

Para el presente mostraremos el siguiente gráfico según sus patrones:



- Patrones:
- Patrón A
  - Patrón B
  - Patrón C
  - Patrón D

**Problemas simples - Patrón A**

- Foco fundido
- Señalización de riesgos
- Uso del identificador personal
- Limpieza de baños
- Procedimiento de colocación de equipo de venoclisis
- Registro de signos vitales

**Problemas que requieren de alta tecnología - Patrón B**

- Ultrasonido para diagnóstico de embarazo gemelar
- Urografía excretora para localización de cálculo
- Mastógrafo para confirmar cáncer de mama

**Problemas que requieren prudencia - Patrón C**

- Cambio de personal conflictivo a otro servicio





- Lanzamiento de un Proyecto sin la aprobación de los involucrados
- Cierre de una unidad médica con baja productividad

**Problemas estratégicos - Patrón D**

- Falta de apego a tratamiento estrictamente supervisado en pacientes con TBC.
- Tasa de cesáreas por arriba del estándar
- Muerte materna
- Desabastecimiento de medicamentos
- Retraso en el inicio de labores

Los ejemplos descritos son tomados como síntomas dentro del enfoque de procesos. Todo "problema" debe ser tomado como el efecto (síntoma) de que algunas actividades del proceso se están realizando mal.

**Anexo N° 04**

**Ficha de Acción de mejora**

**Adquisición de Panel informativo de la cartera de servicios**

PROBLEMA	ACCIÓN	RESPONSABLE	FLUJOGRAMA DE MEJORA
No se cuenta con un panel que señale la cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia.	Colocar panel que señale la cartera de servicios en la entrada del establecimiento de salud.	Responsable del establecimiento.	<pre> graph TD     A[Responsable del EESS informa al Administrador o quien haga sus veces.] --&gt; B[Administrador del EESS o quien haga sus veces verifica disponibilidad presupuestada.]     B --&gt; C{Disponibilidad Presupuestal}     C -- NO --&gt; B     C -- SI --&gt; D[Se procede a la compra (menor cuantía)]     D --&gt; E[Se coloca panel de cartera de servicio.]                     </pre>



Anexo N° 05

Ficha individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

Ficha Individual PMCC		
PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD		
Nº	INFORMACIÓN BÁSICA	DESCRIPCIÓN
1	Título del proyecto	
2	Equipo de Mejora	
3	Dependencia	
4	Población Objetivo	
5	Lugar de Ejecución	
6	Duración	
7	Objetivo General	
8	Resultados esperados	
9	Propuesta de financiamiento	

INSTRUCTIVO

1. Título del proyecto: Nombre del proyecto de mejora continua que indicará el contenido del trabajo.
2. Equipo de Mejora: Personal de salud y/o administrativo del EE.SS. o sede administrativa que ha elaborado el proyecto.
3. Dependencia: Microrred, Red y DIRESA a la que pertenece el EE.SS.
4. Población Objetivo: Población beneficiaria del proyecto de mejora que se va a implementar.
5. Lugar de Ejecución: Localidad, distrito, provincia y región donde se implementará el proyecto de mejora continua.
6. Duración: Periodo en que se implementará el proyecto.
7. Objetivo General: Es el propósito central del proyecto.
8. Resultados esperados: Son los productos tangibles que el proyecto mismo debe producir, debe responder a la pregunta ¿Qué vamos a lograr? Los resultados deben describirse lo más concretamente posible y en términos verificables, todo objetivo inmediato deberá ser apoyado por lo menos por un resultado.
9. Propuesta de financiamiento: Los recursos financieros: consiste en una estimación de los fondos que se pueden obtener, indicando las diferentes fuentes con que se podrán contar: presupuesto ordinario, subvenciones, pago del servicio por los usuarios, organismos cooperantes, gobierno local o regional, etc. Es necesario también establecer un calendario financiero, en donde se indica cada actividad en determinado momento del proyecto y cuáles son los recursos financieros necesarios para llevarlas a cabo.







PERÚ

Ministerio de Salud

DIRIS  
Lima - Centro

Hospital San Juan de Lurigancho

"DECENIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACION"

N° 042 -2018- DE-HSJL/MINSA



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Lurigancho, 31 de enero de 2018

### VISTO:

Nota Informativa N° 16-2018-UGC-HSJL de la Unidad de Gestión de la Calidad sobre la aprobación con acto resolutivo de Plan de Mejora Continua de la Calidad 2018 del Hospital San Juan de Lurigancho;



SAAVEDRA M.

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios se le prestan para la atención de su salud cumpla con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;

Que, la Ley General de Salud- Ley N° 26842, artículo 37°, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos. La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición;



S. ALIAGA

Que, la Ley General de Salud- Ley N° 26842, artículo 105° establece que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivados de elementos, factores y agentes ambientes, de conformidad con lo que establece, en cada caso, la ley de la materia;

Que, la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud que fue derogado por el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece en el literal a) del artículo 5° que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, plantear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;



G. ESPINOZA

Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Medico de Apoyo, Decreto Supremo N° 013-2006-SA, en su artículo 2° define a la Garantía de la Calidad como Aplicación de procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aunados al cumplimiento de indicadores de procesos y resultados,



seleccionados por la autoridad en salud y las propias instituciones, y en el artículo 9º la Garantía de la calidad y seguridad de la atención, Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, en protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;



Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que contribuye a los procesos de mejora continua de la calidad de salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, con Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA se aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora 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 técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante el documento de visto la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la emisión del acto resolutorio de aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad 2018 del Hospital San Juan de Lurigancho;



Contado con la visación de la Oficina de Administración, de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Coordinación de Asesoría Jurídica del Hospital San Juan de Lurigancho;

De conformidad con las facultades contenidas en la Resolución Ministerial N° 449-2010/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital san Juan de Lurigancho;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º.- APROBAR el Plan de Mejora Continua de la Calidad 2018 del Hospital San Juan de Lurigancho**, el mismo que consta de treinta y seis (36) folios, y esta incluidos los Anexos del N° 01 al 05, que forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2º.- ENCARGAR** el cumplimiento y monitoreo del presente acto resolutorio a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho.

**ARTICULO 3º.- DEJAR SIN EFECTO** cualquier acto resolutorio que se oponga a lo dispuesto por la presente resolución.

**ARTÍCULO 4º.- NOTIFICAR** el presente acto resolutorio a las instancias administrativas correspondientes e interesados, para su cumplimiento conforme a Ley.

**REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**



- AHCH/SDAS/VSQM  
Distribución.  
 Sub Dirección  
 Administración  
 Calidad  
 Interesados  
 Asesoría Jurídica  
 Archivo

