



N° 076 -2019-DE-HEVES

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL:**Villa El Salvador, **16 MAYO 2019****VISTO:**

El Expediente N° 19-006917-001, que contiene el Informe N° 010-2019-MC-UGC-HEVES, suscrito por el Médico Luís Quispe Valverde, de la Unidad de Gestión de la Calidad; el Proveído N° 039-2019-UGC-HEVES, suscrito por el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad; el Informe N° 039-2019-AP-OPP-HEVES, suscrito por la Responsable del Área de Planeamiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; el Proveído N° 075-2019-OPP-HEVES, suscrito por la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, mediante el Informe N° 010-2019-MC-UGC, suscrito por Médico Cirujano Luís Quispe Valverde de la Unidad de Gestión de la Calidad, señala que el Plan de Cultura de la Calidad y Mejora Continua 2019, está orientado a la mejora e implementación de procesos administrativos – asistenciales a través de la elaboración de documentos de Gestión Normalizados, priorización y elaboración de proyectos de mejora, importantes para el HEVES, por lo cual es necesaria su aprobación;

Que, mediante el Proveído N° 039-2019-UGC-HEVES, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad hace suyo el contenido del Informe N° 010-2019-MC-UGC-HEVES, remitiendo los antecedentes a la Dirección Ejecutiva;

Que, el Informe N° 039-2019-AP-OPP-HEVES, suscrito por la Responsable del Área de Planeamiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto indica la necesidad de aprobar el Proyecto de Plan de Cultura de la Calidad y Mejora Continua 2019 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, a fin de cumplir con los objetivos institucionales;

Que, mediante Proveído N° 075-2019-OPP-HEVES, la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto ha hecho suyo el Informe N° 039-2019-AP-OPP-HEVES suscrito por la Responsable del Área de Planeamiento y Costos de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local", teniendo como finalidad generar evidencias para la toma de decisiones y la gestión de políticas con impacto en la salud pública y el desarrollo social en el ámbito local, y cuyos objetivos consisten en establecer los procedimientos para la identificación de la situación de salud a nivel local, brindando herramientas que faciliten los procesos de identificación, priorización y líneas de acción de los problemas con impacto sanitario y territorios vulnerables a nivel local;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio, aprobando el **PLAN DE CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA 2019 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**, de acuerdo al marco normativo vigente;



C. LEÓN G.



S. DIONANHEL C.



E. SERVÁN V.



A. FLORES G.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

Que, el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, en su Artículo 17°, numeral 17.1, permite a la autoridad "disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, sólo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros";

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 439-2015/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local"; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el **PLAN DE CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA 2019 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR** por las consideraciones expuestas, el cual consta de doce (12) folios, y forman parte de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Disponer que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, proceda a publicar y difundir la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

C.c. Oficina de Planeamiento y Presupuesto  
Unidad de Asesoría Jurídica  
Jefe de la Of. Gestión de la Calidad.  
Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR  
*[Signature]*  
M.C. Carlos I. León Gómez  
DIRECCIÓN EJECUTIVA





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

# PLAN DE CULTURA DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA 2019

## UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



4



### HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES  
PARA MUJERES Y HOMBRES  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

## HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR - HEVES

### UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. ALEXANDER DAVID FLORES GUEVARA

**Jefe**

### EJE CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

M.C. LUIS QUISPE VALVERDE

**Médico**

LIC. DIANA ALEGRÍA DELGADO

**Especialista en Gestión en Salud**

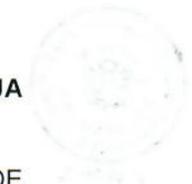
**Colaborador**

M.C Meylyn Joan Lung Solórzano

Lic. Félix Jesús Velita Fuentes



*L*





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES  
PARA MUJERES Y HOMBRES  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras y específicas, busca mejorar el estado de salud de la población en el país a través de la articulación del Sistema Nacional de Salud, para lo cual viene desplegando acciones en búsqueda de la mejora de la calidad de atención acorde con los lineamientos del Sistema Nacional de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud (R.M. 519-2006/MINSA) y las Política Nacional de Calidad en Salud (R.M. N° 727-2009/MINSA) en nuestra Institución.

En ese sentido el Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES) considera en el Manual de Operaciones de la institución aprobada con Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, entre sus Procesos Estratégicos de nivel cero el PE 0.4 Gestión de la Calidad Institucional, teniendo como subprocesos el PE 0.4.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario, el PE 0.4.2 Mejora Continua y el PE 0.4.3 Evaluación y Monitoreo de la Calidad; asimismo señala que es la unidad orgánica encargada de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para promover la mejora continua de los servicios. Entendiendo a la Unidad como un órgano transversal y de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención de calidad y humanizada del paciente, con la participación activa del personal y cuya dependencia es de la Dirección Ejecutiva. Como tal, busca lograr dentro de nuestra Institución un Sistema Integrado de Gestión de Calidad basándose en normas nacionales e internacionales con los más altos estándares de la medicina basada en evidencia y el trato humanizado.

El subproceso de Mejora Continua está orientado a formular e implementar acciones de innovación y desarrollo de mejores prácticas en los procesos asistenciales y administrativos. Se enfoca en transformar los insumos (por ejemplo estándares de desempeño; requerimientos de los usuarios internos y externos; mediciones de indicadores de calidad, reporte de quejas y reclamos, clima organizacional) en productos (por ejemplo proyectos de mejora continua, acciones de mejora, informes de monitoreo y evaluación de mejora continua, propuestas de métodos de innovación y desarrollo). Si bien todas estas actividades y procesos relacionados a la mejora continua puede ser llevados a cabo dentro de cualquiera de las áreas administrativo – asistenciales del HEVES, está dentro de las funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad el conducir, monitorear y lograr la mejora continua de los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de Salud.

En ese sentido, se cuenta con la Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad aprobada con Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, documento de consulta que provee la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad.

## II. FINALIDAD.

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 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

## III. OBJETIVOS.

### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

3.1.1 Promover una cultura de calidad y mejora continua de los procesos administrativos asistenciales a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el año 2019.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES  
PARA MUJERES Y HOMBRES  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1 Fortalecer las competencias del personal administrativo y asistencial del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, en mejora continua y herramientas de calidad de los procesos y procedimientos inherentes a su servicio.
- 3.2.2 Conducir, desarrollar, monitorear y evaluar los proyectos y acciones de mejora continua de los servicios administrativos y asistenciales en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 3.2.3 Participar en el diseño y evaluación del cumplimiento de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, Flujogramas de atención, entre otros) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

### IV. BASE LEGAL.

- 4.1 Ley N°26842, Ley General de la Salud.
- 4.2 Ley N°27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N°. 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.3 Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.4 Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.5 Ley N°30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
- 4.6 Decreto Supremo N°027-2015-SA, Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.7 Decreto Supremo N°039-2015-SA, Reglamento de la Ley N°30024, Ley que crea el registro Nacional de Historia Clínica Electrónica".
- 4.8 Decreto Supremo N°007-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud (ROF MINSa).
- 4.9 Resolución Ministerial N°1263-2004/MINSa, Directiva N°047-2004- MINSa/DGSP-V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- 4.10 Resolución Ministerial N°013-2006- MINSa, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.11 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSa, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 4.12 Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSa, Política Nacional de Calidad en Salud.
- 4.13 Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSa, Norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 4.14 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSa, Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- 4.15 Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSa, Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
- 4.16 Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSa, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- 4.17 Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSa, Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSa "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- 4.18 Resolución Ministerial N°214-2018/MINSa, NTS N°139-MINSa/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 4.19 Directiva N°049-MINSa/DGSP - V.01, Directiva para el funcionamiento del equipo de Gestión de la Calidad en Direcciones de Salud.
- 4.20 Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, Manual de Operaciones del "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".





## V. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Oficinas, Unidades y servicios administrativos asistenciales del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

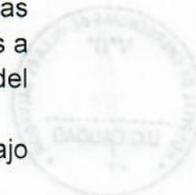
## VI. DEFINICIONES BÁSICAS.

### 5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- 5.1.1 **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- 5.1.2 **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- 5.1.3 **Acciones de Innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.
- 5.1.4 **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.
- 5.1.5 **Acto Médico:** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- 5.1.6 **Asegurado:** Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita a un seguro de salud, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.
- 5.1.7 **Enfoque al Usuario:** Es el enfoque de calidad y mejora continua que adoptan las organizaciones o instituciones de Salud, donde despliegan estrategias orientadas a la búsqueda de información de las necesidades, requerimientos y expectativas del Usuario, para desarrollar productos o servicios orientados a satisfacerlos.
- 5.1.8 **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- 5.1.9 **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.
- 5.1.10 **Gestión de la Calidad:** componente que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- 5.1.11 **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.
- 5.1.12 **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.
- 5.1.13 **Mejora continua:** es un proceso que pretende mejorar los servicios y procesos de la Institución mediante una actitud general, la cual configura la base para asegurar la estabilización de los circuitos y una continuada detección de errores o áreas de mejora.
- 5.1.14 **Plan de acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.
- 5.1.15 **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los



l





factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

- 5.1.16 **Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- 5.1.17 **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.
- 5.1.18 **Proyectos de Mejora:** Proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.
- 5.1.19 **Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos y procesos relacionados que permiten conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de Salud en lo relativo a la calidad de atención y a la gestión para la calidad.
- 5.1.20 **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.
- 5.1.21 **Usuario:** Persona natural, que hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS. Se considera excepcionalmente como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS. Las entidades empleadoras no tienen acceso a información sensible sin la autorización del usuario. Se entiende también como usuario al representante del mismo, la representación del usuario se ejerce conforme a lo establecido en el Código Civil y en el artículo 5 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.



## VII. RESPONSABILIDADES.

### 7.1. De la Unidad de Gestión de la Calidad:

- 7.3.1 Aprobar el Plan Cultura de la calidad y mejora continua 2019 y disponer los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan.

### 7.2. Del Eje Cultura de la calidad y mejora continua:

- 7.3.2 Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital y asesorar a las áreas asistenciales y administrativas en el desarrollo del mismo.
- 7.3.3 Evaluar los indicadores de gestión de la Calidad del eje Cultura de la calidad y mejora continua.
- 7.3.4 Conducir la mejora continua de los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de Salud.
- 7.3.5 Brindar asistencia técnica para la formulación de Directivas, Guías, Manuales y Procedimientos de atención al usuario, así como en el uso de herramientas de calidad.
- 7.3.6 Reportar a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad el avance trimestral de las actividades programadas en el presente Plan.

**7.3. De las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES:**

- 7.3.1 Participar y cumplir con las actividades programadas en el presente Plan, dentro del ámbito de su competencia.

**VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR.**

En relación a los objetivos específicos, las actividades a desarrollar en el presente Plan son las siguientes (ANEXO N°01):

**8.1 Capacitar a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.**

Se programan tres (03) capacitaciones en Mejora Continua y Herramientas para la mejora dirigidas a los Jefes y personal de oficinas, Unidades y Servicios del HEVES.

- **Capacitación 01:**

Fecha propuestas: Marzo 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial de HEVES.

- **Capacitación 02:**

Fecha propuestas: Junio 2019.

Público Objetivo: Personal administrativo de HEVES.

- **Capacitación 03:**

Fecha propuestas: Octubre 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial y administrativo del HEVES (Semana de la Calidad).

**8.2 Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES.**

Se programan cuatro (04) asistencias técnicas en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES.

- **Asistencia técnica 01:**

Fecha propuestas: Abril 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial de la UPS Especialidades Clínicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Asistencia técnica 02:**

Fecha propuestas: Mayo 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial de la UPS Especialidades Quirúrgicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Asistencia técnica 03:**

Fecha propuestas: Junio 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial de la UPS Emergencia y Cuidados Críticos.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Asistencia técnica 04:**

Fecha propuestas: Julio 2019.

Público Objetivo: Personal asistencial de la UPS Pediatría y Neonatología.



1





Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

### 8.3 Desarrollo de proyectos de mejora, acciones de mejora.

Se programan el desarrollo de tres (03) proyectos y/o acciones de mejora en el HEVES.

- **Proyectos y/o acciones de mejora en el HEVES 01:**

Fecha propuestas: Mayo 2019.

Servicio Objetivo: Personal asistencial de la UPS Especialidades Clínicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Proyectos y/o acciones de mejora en el HEVES 02:**

Fecha propuestas: Agosto 2019.

Servicio Objetivo: Personal asistencial de la UPS Especialidades Quirúrgicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Proyectos y/o acciones de mejora en el HEVES 03:**

Fecha propuestas: Noviembre 2019.

Servicio Objetivo: Personal asistencial de la UPS Emergencia y Cuidados Críticos, y Pediatría y Neonatología.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

### 8.4 Participar en el desarrollo de las actividades por la Semana de la Calidad 2019.

Se programa el desarrollo de las actividades programadas por la Semana de la Calidad 2019.

Fecha propuesta: Octubre 2019.

### 8.5 Dar seguimiento al cumplimiento de las Acciones de Mejora y evaluación de los resultados.

Se programan el seguimiento de tres (03) proyectos y/o acciones de mejora en el HEVES.

- **Evaluación del proyecto y/o acción de mejora 01:**

Fecha propuestas: Julio 2019.

Servicio Objetivo: Proyecto de Mejora de la UPS Especialidades Clínicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Evaluación del proyecto y/o acción de mejora 02:**

Fecha propuestas: Octubre 2019.

Servicio Objetivo: Proyecto de Mejora de la UPS Especialidades Quirúrgicas.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.

- **Evaluación del proyecto y/o acción de mejora 03:**

Fecha propuestas: Diciembre 2019.

Servicio Objetivo: Proyectos de Mejora de las UPS Emergencia y Cuidados Críticos, y Pediatría y Neonatología.

Herramienta: Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.



**8.6 Participar en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).**

Se programa el diseño de documentos de gestión en coordinación con las áreas usuarias (UPSS asistenciales).

Fecha propuesta: Mensual (actas).

**8.7 Consolidado trimestral del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).**

Elaboración del consolidado de documentos de gestión desarrollados en coordinación con las áreas usuarias (UPSS asistenciales), clasificadas según estado de (1) aprobadas, (2) finalizadas, (3) observadas y (4) pendientes.

Fecha propuesta: 04 Informes trimestrales (Marzo, Junio, Setiembre y Diciembre 2019).



C. LEÓN G.

**8.8 Evaluación de la adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos.**

Se programan cuatro (04) evaluaciones de adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos del HEVES.

- **Evaluación de adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos 01:**

Fecha propuestas: Mayo 2019.

Servicio Objetivo: Guías de la UPS Especialidades Clínicas.

Herramienta: A desarrollar.

- **Evaluación de adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos 02:**

Fecha propuestas: Julio 2019.

Servicio Objetivo: Guías de la UPS Especialidades Quirúrgicas.

Herramienta: A desarrollar.

- **Evaluación de adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos 03:**

Fecha propuestas: Setiembre 2019.

Servicio Objetivo: Guías de las UPS Emergencia y Cuidados Críticos, y Pediatría y Neonatología.

Herramienta: A desarrollar.

- **Evaluación de adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos 04:**

Fecha propuestas: Noviembre 2019.

Servicio Objetivo: Guías de las UPS Pediatría y Neonatología.

Herramienta: A desarrollar.

**8.9 Verificación del cumplimiento normativo y/o otros documentos de gestión.**

Visitas inopinadas para evaluar el cumplimiento de documentos normativos y de gestión en las UPSS asistenciales.

Fecha propuesta: 01 visita inopinada mensual durante el año 2019.

Herramienta: A desarrollar.



**IX. RECURSOS NECESARIOS.****9.1. Recursos Humanos necesarios en la Unidad de Gestión de la Calidad:**

Los Recursos Humanos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan, son (Tabla N° 01):

**9.2. Otros recursos:**

El presente Plan requiere para el cumplimiento de sus actividades: Mobiliario, equipos computacionales, alimentos y bebidas, materiales de escritorio, servicios entre otros, los cuales han sido detallados en el Presupuesto del Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad.

**TABLA N°01: RECURSOS HUMANOS PARA LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LÍNEA DE ACCIÓN**



LÍNEA DE ACCIÓN	CARGO	CAP PROVISIONAL HEVES	PROPUESTA RR.HH	RR.HH ACTUAL	BRECHA DE RR.HH	R.R.H.H POR LÍNEA DE ACCIÓN
Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Médico especialista en Gestión	01	02	02	0	04
	Especialista de Gestión en Salud	01	01	01	0	
	Asistente Administrativo	0	01	01	0	
<b>Total</b>		<b>02</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>0</b>	<b>04</b>

Fuente: Elaboración propia

**X. ANEXOS.****ANEXO N° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**


LÍNEA DE ACCIÓN	N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FUENTE DE VERIFICACION	META	PERIODO DE EJECUCIÓN (MESES)												RESPONSABLES
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Cultura de la Calidad y mejora continua	01	Capacitar a los Jefes de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.	Informe	03			1			1				1		MC-UGC	
	02	Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES	Actas	04				1	1	1	1					MC-UGC	
	03	Desarrollo de proyectos de mejora, acciones de mejora	Informe	03					1			1			1	MC-UGC	

Total  
S/12,675.00  
Presupuesto  
10



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

04	Desarrollar las actividades Semana de la Calidad 2019	Informe	01															1	MC-UGC	
05	Dar seguimiento al cumplimiento de las Acciones de Mejora y evaluación de los resultados	Informe	03										1					1	1	MC-UGC
06	Participar en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).	Acta	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	MC-UGC	
07	Consolidado trimestral del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).	Informe	04															1	MC-UGC	
08	Evaluación de la adherencia a las Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos	Informe	04															1	MC-UGC	
09	Verificación del cumplimiento normativo y/o otros documentos de gestión	Informe	04															1	MC-UGC	

HEVES



