



# Resolución Directoral

Puente Piedra, 29 de Abril de 2020

## VISTO:



El expediente 02611, que contiene la Nota Informativa N° 041-03-2020-OPE-HCLLH, que adjunta el Informe N° 039-03-2020-EP-OPE-HCLLH, de fecha 05 de marzo de 2020, emitido por el Coordinador del Equipo de Planeamiento del Área de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual emite Opinión favorable al presente Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020; y el informe Legal N° 103-2020-AL-HCLLH/MINSA, de fecha 24 de abril de 2020; y

## CONSIDERANDO:



Que, la Ley General de Salud con el numeral I y II del Título Preliminar la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la Salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado Regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26442, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sustentando en el hecho de que en el marco del proceso de descentralización y las políticas de salud, las organizaciones de salud establecen y desarrollan acciones pertinentes de gestión de la calidad, a fin de mejorar sus procesos, sus resultados, su clima organizacional y la satisfacción de usuarios internos y externos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", que tiene la finalidad de Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA aprueba el Documento Técnico "Política



...//

Nacional de la Calidad en Salud”, establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, en atención al documento, Memorandum N° 087-03/2020-JUGC-HCLLH, se solicita elaborar el acto resolutivo de “Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020”;



Que, mediante el Informe N° 039-03/2020-EP-OPE.HCLLH, el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del HCLLH-2020;

Que, resulta necesario aprobar el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud del HCLLH-2020, que tiene como objetivo general fortalecer competencias en Mejora Continua de la calidad para la elaboración de proyectos y/o acciones;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del “Hospital Carlos Lanfranco la Hoz;



Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8, literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR**, el “Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud” del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020, contenido en veinte y uno (21) folios, que en documento se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR**, a la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, efectuar la supervisión y cumplimiento del Plan aprobado mediante la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3°.- DEJAR** sin efecto la Resolución Directoral N° 214-06/2019-HCLLH/SA; y todo acto resolutivo que se oponga a la presente Resolución.

**ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR** al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz”.



**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz  
*Jorge Torres*  
MC. Jorge Fernando Torres  
CMP. 34237 - RNE. 39884  
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/DRC/EEER/EPM

- Cc.
- Oficina de Administración
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Asesoría Legal

**HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ**  
**UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



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

**2020**

**Lima, Perú**



**INDICE**



I.	Introducción	3
II.	Finalidad	3
III.	Objetivo	
	3.1 Objetivo General	3
	3.2 Objetivo Específico	4
IV.	Base Legal	4
V.	Ámbito de Aplicación	4
VI.	Contenido	
	6.1 Definiciones Operativas	5
	6.2 Actividades y su correlación con los objetivos	6
VII.	Metodología para la Mejora de la Calidad	
	7.1 El Ciclo de Mejora Continua	7
	7.2 Etapas para el desarrollo de Proyectos de Mejora	8
	7.3 Aplicación de Herramientas y Técnicas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad	10
VIII.	Financiamiento	13
IX.	Responsabilidades	13
X.	Anexos	
	1. Cronograma de Actividades del Plan de Mejora Continua de la Calidad	14
	2. Criterios para la Gestión de Proyectos de Mejora	15
	3. Guía de Puntuación	16
	4. Tipos de problemas u oportunidades de Mejora	18
	5. Ficha de acción de mejora: adquisición de panel informativo de la Cartera de Servicios	19
	6. Ficha individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	20



## I. INTRODUCCION

La mejora continua planificada y sustentada en las prioridades reales se encuentra en el lugar de lo importante, y es una estrategia que hace frente a escenarios de limitaciones propias de la organización, las cuales pueden ser resultados externos e internos a ella.

La mejora continua de la calidad de atención en salud constituye uno de los objetivos principales de la Unidad de Gestión de la Calidad. El mismo que se desarrolla a partir de las oportunidades de mejora provenientes de los procesos de auditoría. Autoevaluación, seguridad del paciente, así como de la percepción de los usuarios externos expresada en el libro de reclamaciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

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

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

Además de esto, un plan de mejora deberá contribuir a generar involucramiento desde la Dirección Ejecutiva hacia todas las unidades productoras operativas, fortaleciendo la cultura de la calidad y en generar el concepto de trabajo en equipo para el logro de los objetivos. Finalmente, un documento de gestión de la mejora continua, como es la presente, deberá contribuir a la implementación de la gestión por evidencias, haciendo que la mejora sea palpable y objetiva, y no supuestos o instituciones que no llevan más a creer que nada se hace o que se hace mal.

## II. FINALIDAD

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

## III. OBJETIVO

### Objetivo General:

- Fortalecer competencias en Mejora Continua de la calidad para la elaboración de Proyectos y/o acciones.

### Objetivos Específicos:

1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos y/o acciones de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
2. Promover una cultura por la mejora continua de la calidad en el HCLLH.
3. Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los procesos que afectan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.



### IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- ✓ D.S. N° 023-2005-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- ✓ R.M. N° 519-2006-SA/DM que aprueba el Documento Técnico del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ R.M. N° 676-2006-MINSA que aprueba el Plan de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- ✓ R.M. N° 603-2007-MINSA que aprueba la Dirección Administrativa N° 118-MINSA/DST V.02 "Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la Defensa de la salud y transparencia de Ministerio de Salud".
- ✓ R.M. N° 727-2009-MINSA que aprueba el Documento técnico de Política Nacional de la Calidad.
- ✓ R.M. N° 527-2011/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ R.M. N° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- ✓ R.M. N° 095-2012/MINSA que aprueba la "Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de la calidad".



### V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

En el presente plan intervienen todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas que constituyen el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad de servicios.



## VI. CONTENIDO

### 6.1 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.
- **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado diferencias 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 de 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 Información:** Macroproceso estratégico que tiene como función suplir las necesidades de información necesarias para el diseño de políticas, estrategias, actividades de una organización. Por ser un Macroproceso en la gestión de la información participan muchas unidades productoras de servicios en forma de generadores y/o consumidores de información, donde el líder de proceso es la Unidad de Estadística e Informática. El Macroproceso de Gestión de la Información tiene las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de información.
- **Herramientas de Calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que se 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 programado de una organización.
- **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.
- **Productos 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:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **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.
- **Técnicas de Calidad:** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora.
- **Usuario Externo:** persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.



## 6.2 Actividades y su correlación con los objetivos específicos

### O.E. 1. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos y/o acciones de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- Elaborar y aprobar el Plan de Mejora para la Calidad del HCLLH 2020.
- 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.
- Equipo de mejoramiento de la calidad, constituidos en el HCLLH cumplen con las actividades según planificación y se registra en actas.

### O.E. 2. Promover la Cultura por la Mejora Continua de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- 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.

### O.E. 3. Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los procesos que afectan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los proyectos de mejora en los servicios hospitalarios.





## VII. METODOLOGÍA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

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



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

### 7.1 El Ciclo de Mejora Continua o Ciclo P-E-V-A

El Círculo de Deming o Ciclo PDCA constituye una estrategia de intervención para la mejora continua de la calidad en 4 pasos: Planear, Hacer, Verificar, Actuar constituyendo el cumplimiento de dichos pasos en una acción de mejora continua de la calidad. De acuerdo a ello deben seguirse los siguientes pasos:



#### Planear

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

#### Hacer

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

#### Verificar

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



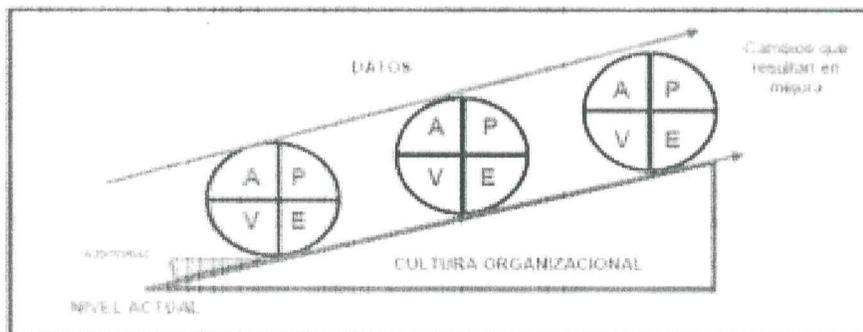
#### Actuar

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



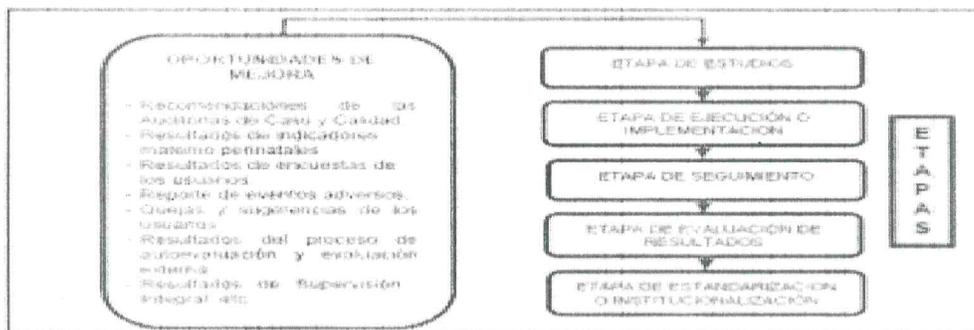
Se priorizará el desarrollo e implementación de acciones, planes o proyectos de mejora en los servicios asistenciales del hospital.

Gráfico Nº 01:  
CICLOS DE MEJORA CONTINUA



## 7.2 Etapas para el desarrollo de Proyectos de Mejora

Gráfico Nº 02:  
DIAGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD



### COMPONENTES DE UN PROYECTO DE MEJORA

- a. Título del proyecto.
- b. Equipo de Mejora.
- c. Dependencia.
- d. Población Objetivo.
- e. Lugar de ejecución.
- f. Duración.
- g. Antecedentes.
- h. Justificación.
- i. Objetivos.
- j. Metodología.
- k. Resultados esperados.
- l. Cronograma de actividades.
- m. Propuesta de financiamiento.



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



#### 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. Se realiza la recopilación y comparación de datos.

#### 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 permite 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.



### 7.3 Aplicación de las Herramientas y Técnicas para el Mejoramiento Continuo 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.

Las herramientas y técnicas para el mejoramiento continuo de la calidad, son instrumentos efectivos que permiten analizar diferentes situaciones, de manera que de existir algún problema pueda mejorarse o corregirse.

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 obtiene los resultados buscados.

#### 7.3.1 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.

- *Lluvia de ideas*: es una técnica por la cual un equipo identifica, desarrolla o genera varias ideas sobre un tema determinado. Se usa para obtener información importante sobre un problema.

Gráfico N° 03:  
FASES DE LA LLUVIA DE IDEAS

1. Definición del tema	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 están seguros de haber entendido el plan.
2. Reflexión	Los participantes se toman unos minutos para pensar sobre el tema planteado



3. Emisión de ideas	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 continúa con el siguientes, haciendo varios turnos para que todos puedan participar.
4. Organización de ideas	El moderador inicia un debate con el fin de seleccionar las ideas que mejor resuelva 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).

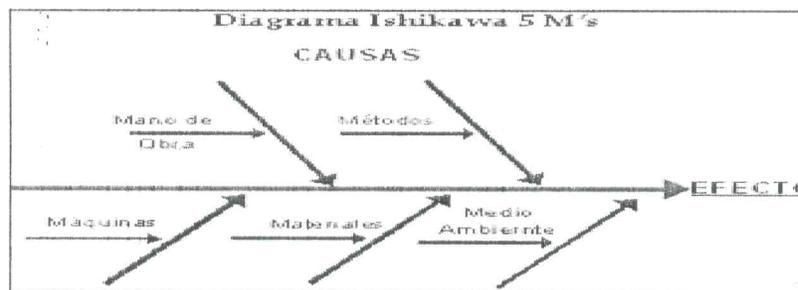


### 7.3.2 Herramientas de ayuda para la mejora de la calidad:

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:** Es una herramienta 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.
- **Diagrama de causa – efecto:** 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. Se utiliza para clarificar las causas de un problema.

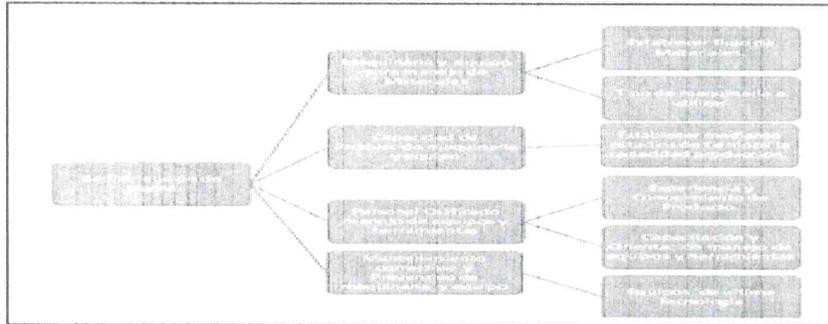
Gráfico N° 04:  
DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO: DIAGRAMA DE ISHIKAWA



- **Diagrama del árbol:** 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.



Gráfico N° 05:  
ARBOL CAUSA RAIZ



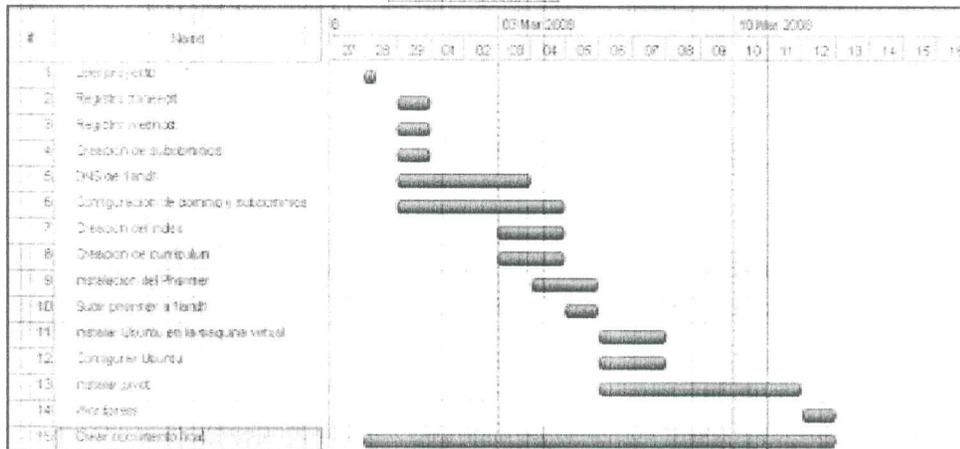
- **Diagrama de flujo:** denominado también flujograma, fluxograma, cursograma o flow chart, es la representación gráfica de un proceso, procedimiento o rutina. Ayuda a determinar en forma global como se relacionan las fases de un proceso.

Gráfico N° 06:  
DIAGRAMA DE FLUJO

símbolo	denominación	descripción
	<b>inicio y final</b>	abre y cierra el diagrama
	<b>actividad</b>	representa la ejecución de uno o varios procedimientos
	<b>inspección medición</b>	representa la etapa donde se verifica la calidad y cantidad de los insumos y/o producto
	<b>decisión</b>	formula una pregunta o una cuestión a resolver
	<b>conector</b>	representa el enlace de actividades con otras relacionadas en un procedimiento
	<b>archivo o almacén definitivo</b>	guardar un documento o material permanentemente
	<b>archivo o almacén temporal</b>	guardar un documento o material temporalmente, por un tiempo indicado
	<b>terminador</b>	contenedor de datos con información del comienzo o final del proceso
	<b>datos</b>	contenedor de datos necesarios para el desarrollo de una actividad
	<b>documentos</b>	informa sobre la consulta a un documento específico de la etapa del proceso
	<b>retraso</b>	informa sobre el retraso en el desarrollo del proceso
	<b>transporte</b>	indica el movimiento de personas, material o equipos necesarios para el desarrollo del proceso
	<b>línea de flujo</b>	indica la línea de flujo del proceso

- **Diagrama de Gantt:** Matriz donde se ubican actividades, tiempo programado para realizarlas y responsables del cumplimiento de las mismas. Se utiliza para programar actividades.

Gráfico N° 07:  
DIAGRAMA DE GANTT



- **Diagrama de Pareto:** Es una herramienta cuantitativa en la cual combina un gráfico de barras con un gráfico lineal: Permite visualizar que sólo unas pocas causas (20%) tienen un efecto significativo (80%) sobre una problemática determinada.

Ayuda a dirigir la mayor atención y esfuerzo a problemas realmente importantes, o bien determina las principales causas que influyen en un determinado problema.

Gráfico N° 08:  
DIAGRAMA DE PARETO

CAUSAS	TOTALES	TOTAL ACUMULADO	ACUMULADO	PORCENTAJE ACUMULADO
1	A	A	A %	A %
2	B	A + B	B %	A % + B %
3	C	A + B + C	C %	A % + B % + C %

## VIII. FINANCIAMIENTO

El Plan será financiado por el Hospital teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

## IX. RESPONSABILIDADES

- **Dirección General**

Decide y dirige a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, los procesos de mejora más importantes para la organización de acuerdo a los indicadores de gestión institucional, enfatizando en el fortalecimiento de la cultura de la calidad institucional.



- **Jefaturas de Departamentos, Servicios Asistenciales y Servicio de Apoyo al Diagnóstico**

Proponen e implementan acciones de mejora con el apoyo de la Dirección General para prevenir, corregir o innovar en las metas de gestión de cada departamento, de acuerdo a los estándares institucionales.



- **Unidad de Gestión de la Calidad**

Supervisa y facilita los procesos de mejora continua articulando a los órganos de gestión y velando por la utilización de las herramientas de mejora continua. Asesora finalmente a la Dirección General en el análisis de la información de la calidad.

## IX. ANEXOS

4







Anexo N° 02

CRITERIOS PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA	
<b>1. Liderazgo y compromiso con la Alta Gerencia</b>	<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.	
<b>2. Identificación y selección del Proyecto de Mejora</b>	<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.	
<b>3. Método de Solución de Problemas y Uso de Herramientas de Calidad.</b>	<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.	
<b>4. Gestión de Proyecto y trabajo en Equipo</b>	<b>140 puntos</b>
1.1 Criterios para la Conformación de Equipo de Proyecto. 1.2 Planificación del Proyecto. 1.3 Gestión del Tiempo. 1.4 Gestión de la Relación con Áreas Clave de la Organización. 1.5 Documentación.	
<b>5. Capacitación</b>	<b>80 puntos</b>
5.1. Programa de Capacitación del Equipo. 5.2. Evaluación e Impacto de las Actividades de Capacitación.	
<b>6. Creatividad</b>	<b>90 puntos</b>
6.1. Amplitud en la Búsqueda de Opciones y Desarrollo de Alternativas. 6.2. Originalidad de Solución propuesta. 6.3. Habilidad para implantar soluciones de bajo costo y alto impacto.	
<b>7. Continuidad y Mejora de los Resultados</b>	<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.	
<b>8. Sostenibilidad y Mejora</b>	<b>70 puntos</b>
8.1. Sostenibilidad y Mejora.	



ANEXO N° 03

Guía de Puntuación

CRITERIOS	POCAS EVIDENCIAS 0 – 5 %	REQUISITOS BÁSICOS 10 – 35 %	RESULTADOS AVANZADOS 40 – 65 %	RESULTADOS COMPLETOS E INTEGRADOS 70 – 95 %	RESULTADOS EXCELENTES 100 %
1. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección	No existe evidencia del compromiso y participación de la alta dirección.	Indicios de 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.
2. Identificación y selección del proyecto de mejora.	No existen indicios de procedimientos sólidos. Información anecdótica en casi todos los aspectos del criterio.	Información 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.
3. Método de solución de problemas y herramientas de la calidad	Inexistente o incorrecta aplicación de método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	Algunos elementos de la aplicación correcta del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad.	El uso del método de problemas y de las herramientas de la calidad es consistente.	El uso del método 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.
4. Gestión del Proyecto y Trabajo en Equipo	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.
5. Capacitación	No existen planes, capacitación inexistente o la realizada no es relevante para el éxito del proyecto.	Existen planes, basadas en la identificación de necesidades de capacitación. Se desarrolla planes que contribuyen al éxito del proyecto.	Los aspectos clave de la capacitación son bordados 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.
Innovación	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	Elementos de creatividad en el proyecto que apuntan a lograr soluciones innovadoras e bajo costo y alto impacto, logrando mayor	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, altamente innovadoras y de alto impacto y que se convierten en mejor práctica.





		objetivos del proyecto.	eficiencia en el proyecto.		
Resultados	Resultados pobres o nulos en comparación a los resultados 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.
8.Sostenibilidad	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° 04**

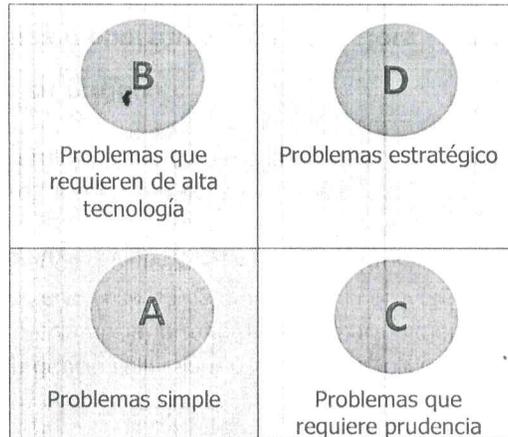
**Tipos de problemas u oportunidades de mejora (Ventana de Johari)**

**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:



Patrón A: Problemas simples	Patrón B: Problemas que requieren de alta tecnología	Patrón C: Problemas que requiere prudencia	Patrón D: Problemas Estratégicos
-Foco fundido -Señalización de riesgos -Uso del identificador personal. -Limpieza de baños. -Procedimiento de colocación de equipo de venoclisis. -Registro de signos vitales.	-Ultrasonido para diagnóstico de embarazo gemelar. -Urografía excretora para localización del cálculo. -Mastógrafo para confirmar cáncer de mama.	-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.	-Falta de apego a tratamiento estrictamente supervisado en pacientes con TBC. -Tasa con cesáreas por arriba del estándar. -Muerte materna. -Desabastecimiento de medicamentos. Retraso en el inicio de labores.

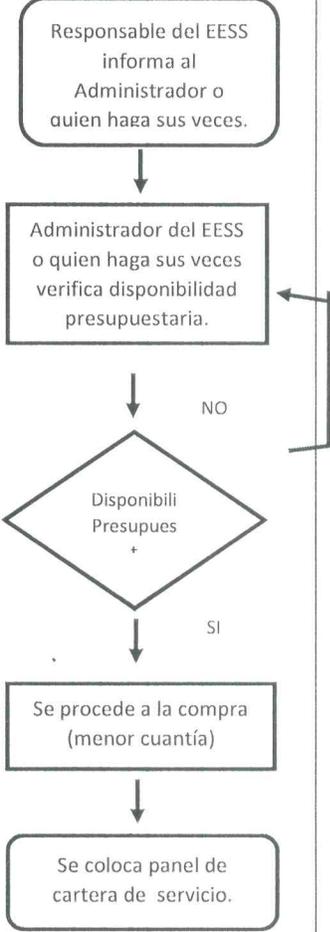




Anexo N° 05

Ficha de Acción de Mejora

Adquisición de Panel Informativo de la cartera de servicios

Problema	Acción	Responsable	Flujograma de mejora
<p>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.</p>	<p>Colocar panel que señale la cartera de servicios en la entrada del establecimiento de salud.</p>	<p>Responsabilidad del establecimiento de salud.</p>	 <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 presupuestaria.]     B --&gt; C{Disponibili Presupues +}     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° 06

Ficha Individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

PROYECTO DE MEJORA CONTINA DE LA CALIDAD EN SALUD	
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.	<b>Título del Proyecto:</b> Nombre del Proyecto de Mejora Continua que indicará el contenido del trabajo.
2.	<b>Equipo de Mejora:</b> Personal de salud y/o administrativo del EE.SS. o sede administrativa que ha elaborado el proyecto.
3.	<b>Dependencia:</b> Microred, Red y DIRESA al a que pertenece el EE.SS.
4.	<b>Población Objetivo:</b> Población beneficiaria del proyecto de mejora que se va implementar.
5.	<b>Lugar de Ejecución:</b> Localidad, distrito, provincia y Región donde se implementará el proyecto de mejora continua.
6.	<b>Duración:</b> Período en que se implementará el proyecto.
7.	<b>Objetivo General:</b> Es el propósito central del proyecto.
8.	<b>Resultados Esperados:</b> 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 aprobado por lo menos por un resultado.
9.	<b>Propuesta de financiamiento:</b> 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 llevarías a cabo.

