



Resolución Directoral

Puente Piedra, 12 de Setiembre de 2018

VISTO:



El expediente N° 5636, que contiene el Memorando N° 192-06-2018-OPE-HCCLH de la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe Técnico N° 033-06/2018 EP-OPE-HCCLH de la Coordinadora del Equipo de Planeamiento y Memorandum N° 339-06/2018-JUGC-HCCLH de la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y;

CONSIDERANDO:



Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, 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, mediante Resolución Ministerial N° 270-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad";



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, 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° 095-2009/MINSA se aprueba la Guía Técnica: "Guía
...//

...//

para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, que busca brindar al personal de las organizaciones de salud establecen y desarrollan acciones pertinentes de gestión de la calidad;



Que, en atención al documento de visto, se solicita elaborar el acto resolutivo de “Plan de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018”

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

En uso de las Facultades y Atribuciones conferidas por la Resolución Ministerial N° 0007-2018 /MINSA y Resolución Ministerial N° 463-2010 MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del “Hospital Carlos Lanfranco La Hoz”;

SE RESUELVE:



Artículo 1.- APROBAR, el “Plan de Mejora Continua de la Calidad” en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018, contenido en nueve (09) folios, que en documento se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

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

Artículo 3°.- ENCARGAR, que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital “Carlos Lanfranco la Hoz”.

MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
J. Ruiz Torres
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 - RNE. 21984
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



JFRT/JLC/EEER/LJMA

C.c.

*Dirección General

*Interesados

*Archivo

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS



PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

2018





PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2018

INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	3
II. Objetivos	
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
III. Base Legal.....	4
IV. Ámbito de Aplicación.....	4
V. Disposiciones Específicas	
6.1 Definiciones Operativas.....	4
6.2 Diagnóstico Situacional.....	5
6.3 Actividades.....	6
VI. Metodología.....	7
VII. Financiamiento.....	12
VIII. Recursos Requeridos.....	12
IX. Responsabilidades.....	12
X. Anexos:	
1. Cronograma de Actividades y metas de mejora continua de la Calidad....	12
2. Criterios para la Gestión de Proyectos de Mejora.....	13
3. Guía de Puntuación.....	14
4. Tipos de problemas u oportunidades de Mejora.....	15
5. Ficha de acción de mejora: adquisición de panel informativo de la Cartera de Servicios.....	16
6. Ficha individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.....	17





PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - 2018

I. INTRODUCCION

La mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de la 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 posible entre las personas y los grupos (es decir el sistema debe ser equilibrado). 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.

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.

El Plan de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2018, está formulado siguiendo los Lineamientos Generales de la Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" aprobada mediante R.M. N° 095-2012/MINSA, que dentro del Sistema de Gestión de la Calidad diseña las norma y técnicas de Elaboración de Proyectos de Mejora a fin de promover la calidad y mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.

El Ministerio de Salud, dentro de la política de calidad en salud, por Resolución Ministerial N° 692-2012/MINSA ha declarado la cuarta semana del mes de setiembre de cada año como la "Semana de la Calidad en Salud", en el marco de la cual se llevará a cabo el Encuentro de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud, con el fin de que los establecimientos de salud a nivel nacional participen en dicho evento presentando experiencias que demuestren mejoras en los procesos de atención.

El Plan de Mejora Continua de la Calidad, articula esfuerzos de una manera sistemática y organizada, con el propósito de incentivar en el personal en general el desarrollo de proyectos de mejora en todos y cada uno de los servicios hospitalarios, con el fin de lograr que los servicios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sean lugares para la atención, disminuyendo los riesgos en las prestaciones brindadas.

II. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la implementación del sistema 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 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.





3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer competencias en Mejora Continua para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Promover una cultura por la Mejora Continua de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Optimizar y Mejorar procesos Críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. BASE LEGAL

- Ley 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 519-2006/MINSA – Se aprueba el “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-Vol.2 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, Anexo 8.
- R.M. N° 270-2006/MINSA, que aprueba el “Manual para la Mejora Continua de la Calidad”
- R.M. N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”
- R.M N° 095-2009/MINSA que aprueba 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 Carlos Lanfranco La Hoz.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Técnicas de Calidad:** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora.

6.2 Diagnóstico Situacional

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	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Auditoría de Calidad												1
SERVQUAL						1						1
Eventos Adversos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Libros de Reclamaciones			1			1			1			1





Buzón de Sugerencias			1			1			1			1
Autoevaluación												1
IIH			1			1			1			1
Adherencias LVCS							1					1
Rondas de Seguridad			1	1		1	1	1		1		1
Bioseguridad						1						1
Indicadores Hospitalarios												1
Auditorías de Caso						1						1
	1	1	5	2	1	8	2	2	4	2	1	12

Fuente: Consolidado del 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 Carlos Lanfranco La Hoz.

6.3 Actividades

O.E. 1: Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- Conformación de los equipos de mejoramiento continuo con documento oficial.
- Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.
- Equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cumplen con las actividades de planificación se registrar en acta.

O.E. 2: Promover la cultura por la Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora 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: Optimizar y mejorar procesos críticos en el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Actividades:

- Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los reprocesos que afectan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado para su mejora en relación a resultados exitosos de proyectos de mejora continua.



VI. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

6.1 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.

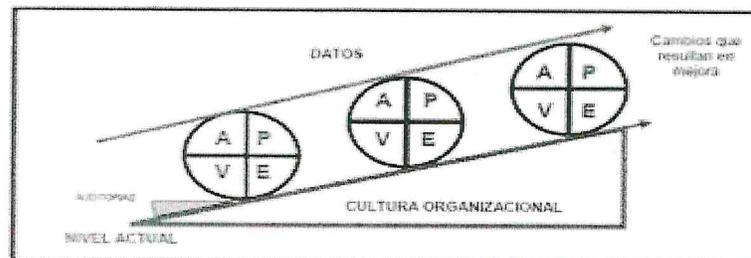
Paso 3:

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 derivaciones observadas en la verificación y preguntamos: ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otras áreas?

Gráfico N° 01:
CICLOS DE MEJORA CONTINUA



6.2 ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA

Gráfico N° 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.

6.2.1 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.

6.3 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.

6.3.1 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 continua con





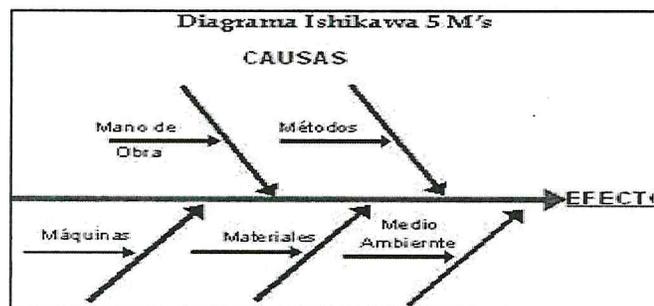
	el siguientes, haciendo varios turnos para que todos puedan participar.
4. Organización de ideas	El moderador inicia un debate con el fin de seleccionar las ideas que mejor resuelva el problema planteado. Aquí es importante intentar buscar el acuerdo. En el caso de que no se llegue a un acuerdo, sobre el resultado se puede proceder a votación: se anulan las ideas repetidas y se consolidan las similares (grupos de afinidades).

6.3.2 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:

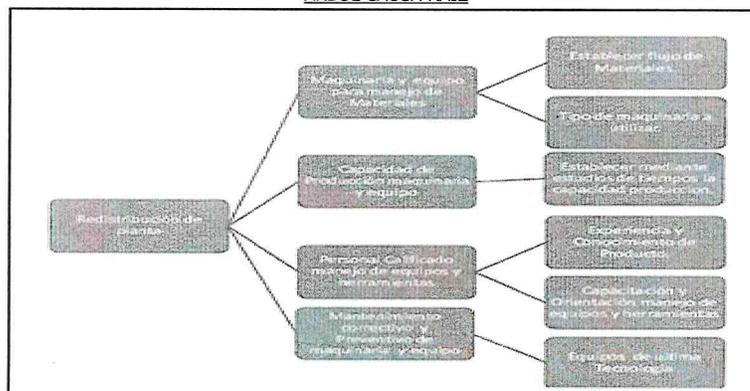
- **Matriz de priorización:** Es una herramienta que permite seleccionar una opción a partir de una lista de opciones en base a variables o criterios elegidos. Un criterio es una pauta o parámetro que permite evaluar y tomar una decisión colectiva por consenso. Por ejemplo: la frecuencia de presentación, 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.

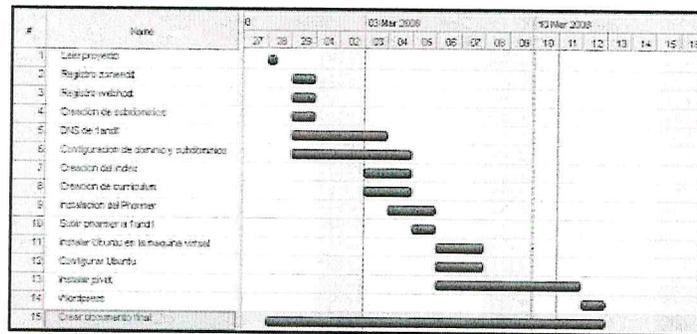
Gráfico N° 06:
DIAGRAMA DE FLUJO

símbolo	denominación	descripción
	inicio y final	abre y cierra el diagrama
	actividad	representa la ejecución de uno o varios procedimientos
	inspección medición	representa la etapa donde se verifica la calidad y cantidad de los insumos y/o producto.
	decisión	formula una pregunta o una cuestión a resolver.
	conector	representa el enlace de actividades con otras relacionadas en un procedimiento.
	archivo o almacén definitivo	guardar un documento o material permanentemente

	archivo o almacén temporal	guardar un documento o material o material temporalmente, por un tiempo indicado.
	terminador	contenedor de datos con información del comienzo o final del proceso.
	datos	contenedor de datos necesarios para el desarrollo de una actividad.
	documentos	informa sobre la consulta a un documento específico de la etapa del proceso.
	retraso	informa sobre el retraso en el desarrollo del proceso.
	transporte	indica el movimiento de personas, material o equipos necesarios para el desarrollo del proceso.
	línea de flujo	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 %



VII. FINANCIAMIENTO

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

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

MATERIALES	CANTIDAD
Papelógrafos	50 u.
Plumones gruesos (rojo, azul, verde, negro)	20 u.
Hojas bond	500 u.
Fólderes manila tamaño A-4	50 u.
INSUMOS para la capacitación	CANTIDAD
Agua mineral	50 u.
manzanas	50 u.

IX. RESPONSABILIDADES:

- Liderazgo y compromiso con la Alta Dirección.
- Comité de Mejora Continua del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Equipo de Mejora Continua del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad.

X. ANEXOS:

Anexo N° 01

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y METAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2018													
Objetivos Específicos	Actividades	Periodo	U.M.	Meta anual	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Responsables	
Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad para la elaboración de proyectos de mejora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	1 Conformación de los equipos de mejoramiento continuo don documento oficial.	Anual	RD	1	X							Área de Mejora para la Calidad	
	2 Capacitación para fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas referidos a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua.	Anual	Informe	1	X							Área de Mejora para la Calidad	
	3 Equipos de mejoramiento de la calidad constituidos en el HCLLH cumplen con las actividades según planificación y se registra en actas.	Mensual	Informe	6		X	X	X	X	X	X	Área de Mejora para la Calidad	





Promover una cultura por la mejora continua de la calidad en el HCLLH	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 en Salud y las prioridades sanitarias locales identificadas.	Trimestral	Informe	2					X		X	Área de Mejora para la Calidad
Optimizar y mejorar procesos críticos en el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad en el HCLLH	5	Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir los reprocesos que afectan al HCLLH.	Trimestral	Informe	2					X		X	Área de Mejora para la Calidad
	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.	Anual	Informe	1							X	Área de Mejora para la Calidad

Anexo Nº 02

CRITERIOS PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA	
1. Liderazgo y compromiso con la Alta Gerencia	120 puntos
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	80 puntos
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.	220 puntos
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 de Proyecto y trabajo en Equipo	140 puntos
4.1 Criterios para la Conformación de Equipo de Proyecto. 4.2 Planificación del Proyecto. 4.3 Gestión del Tiempo. 4.4 Gestión de la Relación con Áreas Clave de la Organización. 4.5 Documentación.	
5. Capacitación	80 puntos
5.1. Programa de Capacitación del Equipo. 5.2. Evaluación e Impacto de las Actividades de Capacitación.	
6. Creatividad	90 puntos
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.	
7. Continuidad y Mejora de los Resultados	200 puntos
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	70 puntos
8.1. Sostenibilidad y Mejora.	

ANEXO Nº 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.





6. 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 objetivos del proyecto.	Elementos de creatividad en el proyecto que apuntan a lograr soluciones innovadoras e 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, altamente innovadoras y de alto impacto y que se convierten en mejor práctica.
7. 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 Nº 04

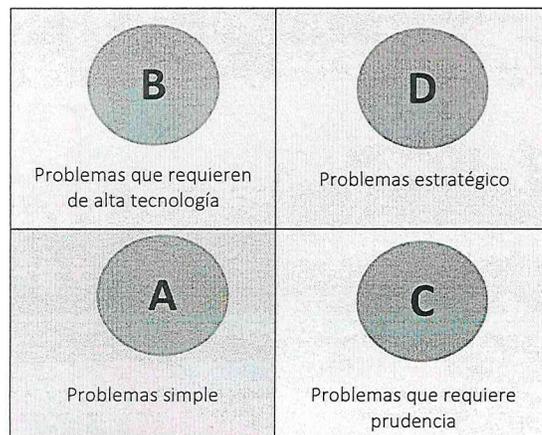
Tipos de problemas u oportunidades de mejora (Ventana de Johari)

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 Nº 05

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.	Responsabilidad del establecimiento de salud.	<pre> graph TD A[Responsable del EESS informa al Administrador o quien haga sus veces.] --> B[Administrador del EESS o quien haga sus veces verifica disponibilidad presupuestaria.] B --> C{Disponibilidad Presupuestal} C -- NO --> B C -- SI --> D[Se procede a la compra (menor cuantía)] D --> 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.	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: Microred, Red y DIRESA al a que pertenece el EE.SS.
4.	Población Objetivo: Población beneficiaria del proyecto de mejora que se va implementar.
5.	Lugar de Ejecución: Localidad, distrito, provincia y Región donde se implementará el proyecto de mejora continua.
6.	Duración: Período 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 iqué 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.	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 llevarías a cabo.

