HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 265-08/2018-HCLLH/SA

República del Perú

Resolución Directoral

Puente Piedra, 24 de Agosto de 2018

VISTO:

El expediente N° 5634, que contiene el Memorándum N° 340-06/2018-JUGC-HCLLH, emitido por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe técnico N° 034-06/2018 EP-OPE-HCLLH, emitido por la Coordinadora del Equipo de Planeamiento Estratégico, el Memorando N° 190-06-2018-OPE-HCLLH, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico, El Informe Legal Nº 27 -2018-AL-HCLLH/MINSA emitido por Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, la Ley N° 27657, tiene como finalidad lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2016, se aprueba el Documento Técnico de "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007, se aprobó la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de "Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de Salud que los establecimientos o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos";

Que, por Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA del 14 de julio de 2006, se aprobó el

.../

.../

"Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuyo objetivo es contar con un documento de consulta que provea la información necesaria al personal de salud, sobre la aplicación de herramientas y técnicas de la calidad y la elaboración de proyectos de mejora continua;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad en la atención de salud, que mediante la implementación de directivas emanadas de la actividad sanitaria nacional que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud;

Que, mediante el documento de visto, se solicita elaborar el acto resolutivo de "Plan del Equipo de Mejora Continua de la Calidad" en el 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 del Equipo 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 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".

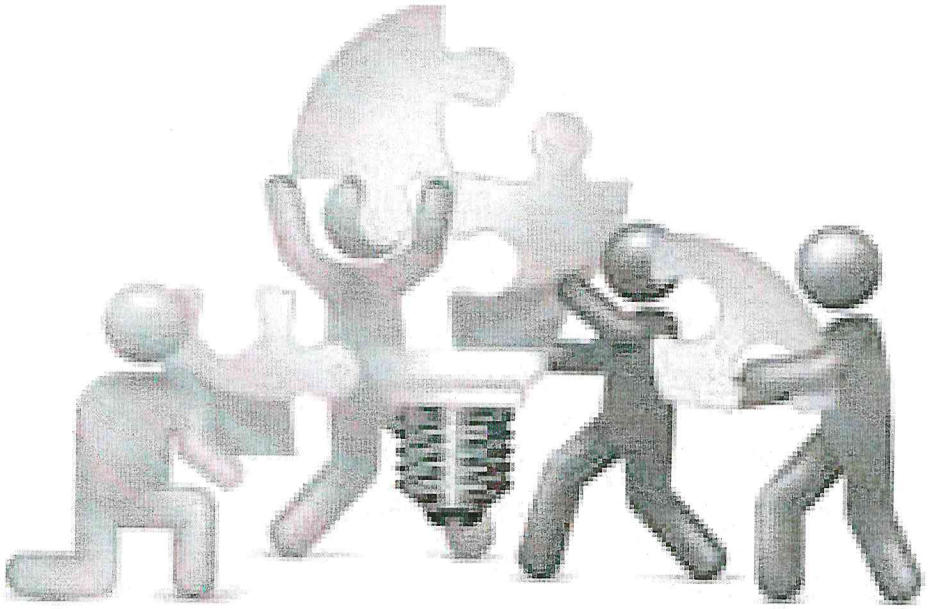
REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 - RNE. 27614
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/JMLC/EEER/RTS
C.c.
*Direccion General
*Interesados
*Archivo

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS



PLAN DEL EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

2018

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

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

2018

INDICE

Pág.

I. Introducción..... 3
II. Finalidad..... 3
III. Objetivos
3.1 Objetivo General..... 3
3.2 Objetivos Específicos..... 3
IV. Base Legal..... 3
V. Ámbito de Aplicación..... 4
VI. Situación actual..... 4
VII. Definiciones Operativas..... 5
VIII. Consideraciones Específicas
a. ¿Qué es un Equipo de Mejora?..... 6
b. ¿Cómo trabaja un Equipo de Mejora?..... 6
c. Etapas de Trabajo de un Equipo de Mejora..... 7
d. Características de un Equipo de Trabajo eficaz..... 8
IX. Actividades, Monitoreo y Evaluación..... 9
X. Anexos:
- Anexo 01: Propuesta de aprobación de Equipos de Mejora..... 10
- Anexo 02: Acta de Reunión del Equipo de Mejora..... 11
- Anexo 03: Acta Final del Equipo de Mejora..... 12

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
V°B°
JEFATURA

PLAN DEL EQUIPO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL HCLLH 2018

I. INTRODUCCION

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.

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.

Las acciones de mejora que se realizan son, ocasiones, implícitas, ya que se introducen con éxito con el día a día, como fruto del afán por hacer cada vez mejor las cosas; y, explícitas, en forma organizada (mediante grupos de mejora) con una planificación y metodología ajustada a las necesidades de cada organización. Tanto unas como otras son útiles y necesarias en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

II. FINALIDAD

- Mejorar continuamente la calidad de los servicios introduciendo acciones de mejora implícitas y/o explícitas ajustadas a las necesidades del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Liderar y coordinar los proyectos de mejora continua en base a las oportunidades de mejora 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.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar e investigar posibles áreas de mejora.
- Plantearse alternativas de solución a problemas propios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Promover la participación de todos los niveles organizativos, teniendo en cuenta las ideas de cada uno de los miembros y consiguiendo un buen ambiente de trabajo.

IV. BASE LEGAL

- Ley Nº 27604 que modifica la Ley General de Salud Nº 26842

- Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº 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. Nº 640-2006/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"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación obligatoria de parte del equipo de Mejora Continua en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI. SITUACIÓN ACTUAL

- **Análisis de la Demanda**

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

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

- **Análisis de la Oferta**

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

PERSONAL	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Integrante del Equipo Técnico de la UGC	1	1	1	1	1	1	1

VII. 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.
- **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.
- **Proceso:** Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- **Proyecto 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.

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
V°B°
JEFATURA

VIII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

a. ¿Qué es un Equipo de Mejora?

Su actuación se sustenta en el reconocimiento de que la calidad es competencia de todos y que quienes mejor conocen los procesos de trabajo son quienes realizan diariamente.

Los Equipos de Mejora tienen como misión identificar, analizar y proponer soluciones a ineficiencias del propio trabajo o actividad, en aras a una mejora constante de la calidad.

Un Equipo o Mejora consiste en un pequeño número de personas con habilidades complementarias que, están voluntariamente comprometidos con el propósito común de proponer mejoras en un proceso, utilizan métodos estructurados y parámetros de desempeño y son mutuamente responsables de su realización.

Pueden estar constituidos por personas de diferentes perfiles profesionales y departamentos, servicios, área o unidades, lo que cuenta es el análisis que realizan de sus propios procesos de trabajo y las propuestas que logran llevar adelante para mejorar dichos procesos.

b. ¿Cómo trabaja un Equipo de Mejora?

Dentro de la composición del Equipo de Mejora, podemos destacar dos figuras:

- **Miembro de apoyo de la Unidad de Gestión de la Calidad**
  Es la persona encargada de acompañar al grupo de mejora en sus primeras sesiones y de asesorar a sus integrantes en la metodología de trabajo de equipo y en el uso de herramientas de solución estructurada de problemas.

- **Secretario del Equipo de Mejora**
  Normalmente se elige un Secretario que actúa como líder del grupo (convoca reuniones, lleva el orden del día, recoge los acuerdos, modera las reuniones, etc.)

  Su rol es centrar los objetivos de las reuniones, mantener una discusión ágil, cortar las actitudes negativas que vayan contra la dinámica grupal, generar consensos y resumir las conclusiones del grupo. En este sentido, su rol se aproxima más al de un moderador que al de un líder (lo habitual para que resulte práctico, es que participen unas 4 ó 6 personas).

  La participación en el Equipo es siempre voluntaria. Pueden ser tanto de una misma unidad como de distintas unidades, lo que añade valor a los resultados del grupo ya que implica puntos de vista más amplios.

  El método de trabajo pasa por:

- Decidir voluntariamente participar en un Equipo de Mejora.
- Establecer un calendario de trabajo. Por ejemplo, una reunión de 1 hora y media al mes.
- Identificar un área que precisa de mejoras dentro de las actividades objeto de su responsabilidad.
- Analizar qué aspectos concretos de propio proceso de trabajo requieren de alguna modificación, mayor coordinación, suprimir algún paso, etc.
- Proponer distintos modos alternativos de actuación y analizar sus pros y contras. Se analizan costos, ventajas y posibles desventajas. En la medida de lo posible se cuantifica cada uno de estos aspectos para ayudar a la decisión sobre qué hacer.

- Se determina y documenta cómo pueden llevarse a la práctica las mejoras, se detallan sus ventajas y se somete a consideración de los responsables de las unidades implicadas.
- Esta información se resume en un Acta, sencilla y concreta, pero que recoge la información significativa.
- El informe debe enviarse a la Unidad de Gestión de la Calidad, quién lo derivará al área correspondiente.
- La eficacia de los Equipos de Mejora viene determinada por las mejoras que son capaces de introducir.

c. Etapas de Trabajo de un Equipo de Mejora

1. Idea Inicial y Promoción de la misma.

Una vez detectada la posibilidad de mejora de un procedimiento ya existente se comenta y debate de manera informal. Se contacta de manera informal con los posibles miembros del futuro Equipo de Mejora para ver su disposición a ser del mismo. Se establecen los miembros que compondrán el Equipo, el nombre, las tareas, se definen conceptos y se establece el objetivo a alcanzar.

2. Constitución.

Todo lo citado en la etapa anterior de ello se plasmará en el documento (Anexo 01), una vez efectuado dicho documento se remitirá a la Unidad de Gestión de la Calidad y éste a su vez remitirá a la Dirección Ejecutiva para obtener el VºBº y aprobación.

3. Aprobación del Equipo de Mejora.

Una vez aprobado la propuesta de constitución del Equipo de Mejora, se establecerá y comunicará, por parte de la Unidad de Gestión de la Calidad, la fecha de la reunión inicial.

4. Reunión Inicial.

En dicha reunión inicial, a la que asistirá un miembro de la Unidad de Gestión de la Calidad con las funciones anteriormente citadas, se procederá a establecer.

Método de trabajo (técnicas, capacitación), reuniones (número previsto, periodicidad cada una o dos semanas, duración nunca más de dos horas), dedicación individual (duración, fechas y tiempos de reunión), recursos (presupuesto, instalaciones, tecnología, materiales), información (registro de evolución, seguimiento, informe final), todo lo citado se plasmará en el documento (Anexo 02).

5. Reuniones de Trabajo.

A lo largo del tiempo se celebrarán reuniones entre los miembros del Equipo de Mejora en las que se estudiarán y trabajarán tales como (lo citado se plasmará en el documento – Anexo 02):

- **Definición Operativa del objeto de mejora**: Concretar las oportunidades de mejora, priorizar, definir operativamente la mejora a realizar, el objeto (medible) a conseguir y el proceso trabajar.
- **Recopilación de Información**: Recoger datos y documentación, verificar su validez y fiabilidad.
- **Análisis de causas**: Identificar las causas originales o raíz, determinar su peso específico en el problema.
- **Búsqueda de soluciones**: Buscar soluciones, escoger acciones para mejorar, priorizar, proponer mejoras.

MINISTERIO DE SALUD – HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – V°B° JEFATURA – U. GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

6. **Acta/Informe Final** (todo lo citado se plasmará en el documento Anexo 03)

   - **Prueba Piloto:** Aplicación inicial, comprobar el resultado, analizar resistencias al cambio, realizar los ajustes oportunos, recoger opiniones.
   - **Integración:** Redefinir el proceso, abordaje de resistencias al cambio, integrar en la dinámica de trabajo. El documento final, que recoge los resultados del trabajo realizado por el Equipo de Mejora, debe tener suficiente calidad como poder difundirlo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz como una buena práctica.

     Es importante, no solo resolver los problemas, sino que cualquier persona se a capaz de utilizar la mejora seleccionada.

d. Características de un Equipo de trabajo eficaz:

Existen 7 características de un equipo eficaz:

- **Objetivo común:** Es el punto de referencia que consigue aunar los esfuerzos individuales, porque los miembros de un equipo eficaz comparten un objetivo común. Saben cuál es el "trabajo" que el equipo debe realizar y la razón de su importancia.

  Esta visión de lo que el equipo quiere alcanzar, consigue que todos sus miembros conozcan hacia dónde se mueve el equipo y de qué manera su esfuerzo individual contribuirá a alcanzarlo.

- **Potenciación (sinergia):** Existe una sensación su fuerza colectiva que produce confianza en la capacidad de equipo para hacer frente a los obstáculos y materializar la visión que visión que tienen. El equipo posee un sentimiento de respeto mutuo lo que hace compartir responsabilidades y tomar iniciativas con las que afrontar los retos que se presentan.

  Todo esto hace que se fomenten las oportunidades de desarrollo de los miembros y el aprendizaje de nuevas habilidades.

- **Relación y Comunicación Abierta:** Es el medio básico para que un equipo funcione. La existencia de un ambiente de relación y comunicación abierta, hace que los miembros se sientan libres a la hora de expresar opiniones, pensamientos y sentimientos.

  Por lo tanto, la capacidad de escuchar se considera tan importante como la de hablar. A través de una retroalimentación o "feed back" los componentes del equipo son conscientes de sus fortalezas y debilidades en el equipo.

- **Flexibilidad:** Los miembros del equipo deben realizar funciones y tareas diferentes según las necesidades que surjan, por lo que deben ser flexibles. La adaptabilidad debe darse también en lo referente a otros aspectos de mantenimiento del equipo como liderazgo, motivación, y no sólo en aspectos técnicos. La responsabilidad del desarrollo del equipo y de liderazgo se comparte.

- **Óptimo rendimiento:** Para ser un equipo eficaz sus resultados lo tienen que demostrar, por lo que tienen que ser significativos. Para ello el equipo debe desarrollar métodos eficaces para la toma de decisiones y la resolución de conflictos, que generarán resultados óptimos y fomentarán la creatividad y la participación. Existe un alto grado de dedicación para alcanzar los objetivos y resultados esperados.

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS - JEFATURA

- **Reconocimiento y Aprecio:** Los miembros del equipo así como como el que ejerce el liderazgo, deben reconocer de una manera frecuente, los éxitos alcanzados individualmente y a nivel colectivo.

  Igualmente, los resultados del equipo de trabajo son reconocidos por el resto de la organización y esto hace que se genere una sensación de satisfacción personal en relación al trabajo que se está realizando dentro del equipo.

- **Motivación:** Los miembros se muestran ilusionados con el trabajo del equipo y se sienten orgullosos de pertenecer al equipo. Los componentes del equipo se muestran contentos con el funcionamiento de los miembros del equipo, y esto hace que el espíritu de equipo sea alto.

Por lo tanto, a modo de resumen, estas 7 características vienen a decir que el factor fundamental que diferencia un equipo eficaz es el grado de cohesión que éste ha conseguido.

IX. ACTIVIDADES, MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación del Plan del Equipo de Mejora Continua de la Calidad, se realizará en base a las actividades y metas de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz una vez detectada la posibilidad de mejora de un procedimiento.

- **Propuesta de fecha mensual de reuniones:** último miércoles de cada mes.
- **Propuesta de horario de reuniones:** 9.30 am – 11:00 am.

	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Fecha de reunión	27	25	29	26	31	28	26

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · U. GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
V°B°
JEFATURA

ANEXO 01

PROPUESTA DE APROBACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORA

Los Equipos de Mejora son órganos de participación en la mejora constante de la calidad, sustentándose su actuación en el reconocimiento de que la calidad es competencia de todos.

Propuesto por

-

Área de Mejora

-

Objetivo

-

Personas/Unidades Implicadas (No puede ser inferior a 3):

-
-
-
-
-

Fecha:

Firma Líder del Equipo:

Vº. Bº.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
U. GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
V°B°
JEFATURA

ANEXO 02

ACTA DE REUNIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA

- **Fecha:**
- **Horario:**
- **Lugar:**

Asistentes

- **Líder:**
- **Secretario:**
- **Asistentes:**
  -
  -
  -

Área de Mejora Detectada:

Orden del día:

Fecha Próxima Reunión:

A las _____ horas el Presidente levanta la sesión, de cuyo contenido, como secretario, doy fe.

_____, a____ de _____ de _____

El SECRETARIO DE ACTAS

Fdo.:

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS FERRANCO LA HOZ - UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS
V°B°
JEFATURA

ANEXO 03

ACTA FINAL – EQUIPO DE MEJORA

- **Fecha:**
- **Horario:**
- **Lugar:**

Miembros que ha formado parte

- **Líder:**
- **Secretario:**
- **Reuniones Realizadas (Fechas, Asistentes y Acuerdos principales):**

Área de Mejora Detectada:

Propuesta de Mejora Definida:

Plan de Implantación:

A las _____ horas el Presidente levanta la sesión, de cuyo contenido, como secretario, doy fe.

_____, a_____ de _____ de _____

El SECRETARIO DE ACTAS

Fdo.:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
V°B°
JEFATURA
GESTIONAR LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS