

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0112 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

VISTO:

Nota Informativa N°062-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, proveído N°490, de fecha 29 de enero del 2025, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N°062-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del **"Plan de Trabajo del Área de Mejora Continua de la Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana"**;

Que, de acuerdo al título preliminar I, II de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, de fecha 15 de julio del 1997, determina que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado bajo Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 02 de junio del 2006, cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud 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" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 25 de abril de 2009, se aprobó la guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, donde se describe los pasos de la autoevaluación, las responsabilidades y competencias del evaluador interno. Además, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros ;

Que, asimismo en la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", de fecha 31 de octubre del 2009, en su Octava Política, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, con Resolución Ministerial N.° 095-2012-MINSA, de fecha 3 de febrero del 2012, aprueban Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuyo objeto es brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", de fecha 07 de diciembre del 2013, el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas";

Que, en el artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015,

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0112 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal. Teniendo como una de sus funciones asesorar en el desarrollo del proceso de acreditación, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016-MINSA donde se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", de fecha 18 de julio del 2016, cuyo objetivo general es de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. Y asimismo su finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, en virtud a ello, mediante el documento emitido por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, con proveído N°490, de fecha 29 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva autoriza a la Oficina de Planeamiento Estratégico, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "Plan de Trabajo del Área de Mejora Continua de la Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana", cuya finalidad del plan, es de establecer actividades que se desarrollaran a lo largo del 2025 en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, que promueven la mejora continua a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de Calidad;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el "Plan de Trabajo del Área de Mejora Continua de la Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana", el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, a la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el seguimiento y cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la norma vigente según resuelto en el artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

DIRECCIÓN REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 028879 - R.N.E. 028427

IOCC/JGRC/jacv



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana



HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA

Tu Salud es Nuestra Prioridad



PLAN DE TRABAJO ÁREA DE MEJORA CONTINUA AÑO 2025

Elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Oficina de Gestión de la Calidad
e-Mail: hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe
www.hospitalsullana.gob.pe





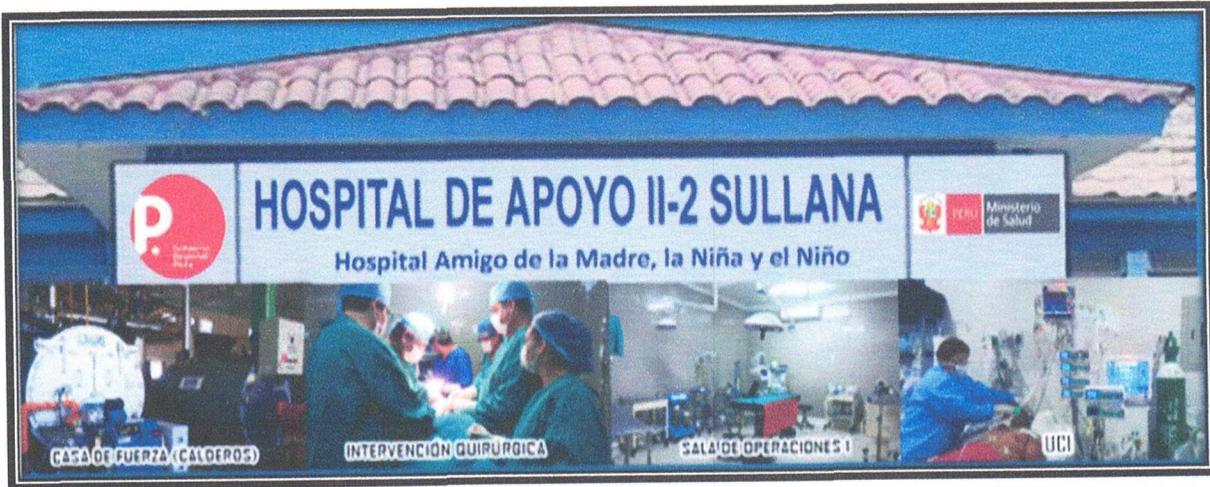
PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



RESPONSABLES

MED. IVAN OSWALDO CALDERON CASTILLO
Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA
Supervisor de la Oficina de Administración del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ECON. JOSÉ GERARDO RIOFRIO CASTILLO
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

BACH. ADM. LEYDY ESTEFANY RISCO SALDARRIAGA
Responsable del Área de Mejora Continua de la Calidad

SULLANA-PIURA-PERÚ





ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN..... 3
- II. FINALIDAD 3
- III. OBJETIVOS..... 3
 - 3.1. OBJETIVO GENERAL 3
 - 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
- IV. BASE LEGAL 4
- V. ALCANCE..... 4
- VI. DEFINICIONES OPERATIVAS 4
- VII. ESTRUCTURA ORGÁNICA..... 5
 - 7.1. NATURALEZA 5
 - 7.2. VALORES 5
 - 7.3. MISIÓN 5
 - 7.4. VISIÓN 5
- VIII. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL..... 6
- IX. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 7
 - 9.1. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA 7
 - 9.1.1. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO P-E-V-A..... 7
 - 9.1.2. ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD 8
 - 9.2. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS BÁSICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD..... 10
 - 9.2.1. TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO 11
 - 9.2.2. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD 11
- X. PRESUPUESTO 11
- XI. RESPONSABILIDADES..... 11
 - 11.1. OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 11
 - 11.2. DEPARTAMENTOS, UNIDADES, AREAS, OFICINAS Y SERVICIOS..... 12
- XII. ACTIVIDADES DE SU CORRELACIÓN CON EL OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICO 13
- XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 15





I. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por Resolución Ministerial N° 519-2006/ MINSa define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, teniendo como objetivo general "Mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnologías del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sea claramente percibida por la población" y entre sus objetivos específicos el "Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio".

La mejora Continua de la Calidad de Atención en Salud constituye uno de los objetivos principales de la Oficina 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, encuesta SERVQUAL, así como la percepción de los usuarios externos expresadas en el libro de reclamaciones del hospital.

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

Por lo tanto, este documento contiene líneas de trabajo, con productos sujetos de evaluación, los cuales se encuentran perfectamente acoplados al Plan Anual de Gestión de la Calidad.

II. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad establecer actividades que se desarrollarán a lo largo del 2025 en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, que promuevan la mejora continua a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fomentar mecanismos para la elaboración de Proyectos de Mejora a través de Herramientas y técnicas de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr la Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana mediante el cumplimiento del Listado de Estándares de los 22 macroprocesos.
- Planificar la elaboración de Proyectos de Mejora Continua para promover que los procesos se desarrollen de forma eficiente en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Realizar la Implementación y seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Optimizar y Mejorar Procesos Críticos en el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.





- Evaluar resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Conseguir la satisfacción del usuario externo en cuanto a la atención recibida en emergencia, hospitalización y consulta externa.
- Fortalecer la Plataforma de atención al usuario externo.
- Fortalecer las buenas prácticas de Seguridad del Paciente en los diferentes servicios asistenciales del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Realizar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud mediante las auditorías de caso, auditorías programadas y auditorías de la calidad de registros de atención.
- Coordinar, Supervisar y Evaluar Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios de Salud.
- Realizar la evaluación de Actividades del Plan de Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IV. BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de la Salud".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 1147-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161 Cargo de Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°517-2019/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

V. ALCANCE

Dirigido a todas las Oficinas, unidades, áreas, departamentos y servicios que constituyen el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad de servicios.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Acciones de Mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias a la ejecución de procesos futuros.
- **Equipo de mejora:** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- **Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones técnicas y la





secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.

- **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.

VII. ESTRUCTURA ORGÁNICA

7.1. NATURALEZA

El Área de Acreditación depende de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

7.2. VALORES

- Orientados y comprometidos con el paciente: Comprometidos con una forma de trabajar más justa con cada uno de los pacientes, porque son ellos el motivo y el centro de nuestra actividad. Nuestro objetivo es que cada paciente reciba la atención precisa, en el momento preciso, por parte del profesional preciso.
- Orientados hacia la calidad: A través de una actitud proactiva y con el objetivo de mejorar día a día el servicio que prestamos en cualquier ámbito de nuestra actividad.
- Orientados a la innovación y la tecnología: La Innovación Médica como eje diferencial de nuestra propuesta sanitaria. A la vez, la tecnología como elemento facilitador de la relación con el paciente y todas las personas que interactúan con Nuestro Hospital en su actividad diaria ya sean pacientes, familiares o colaboradores de cualquier tipo.

7.3. MISIÓN

Tenemos como Misión el compromiso con la sociedad de prestar una atención sanitaria de Calidad hacia el Usuario, basándonos en promover la mejora continua en la atención, asistencial, administrativa y de mejor accesibilidad y satisfacción del usuario.

7.4. VISIÓN

Nuestra visión es seguir implantando e impulsando una buena atención y buen trato al usuario, para lo cual aspiramos en seguir mejorando los estándares de calidad en salud en lo asistencial y administrativo, con participación activa del personal en la satisfacción del usuario interno y externo.





VIII. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL



- Resolución Directoral N° 1147-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161 Cargo de Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°517-2019/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.



**IX. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS****9.1. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA****9.1.1. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO P-E-V-A**

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

- PASO 1**PLANIFICAR:**

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

- PASO 2**EJECUTAR (HACER):**

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

- PASO 3**VERIFICAR:**

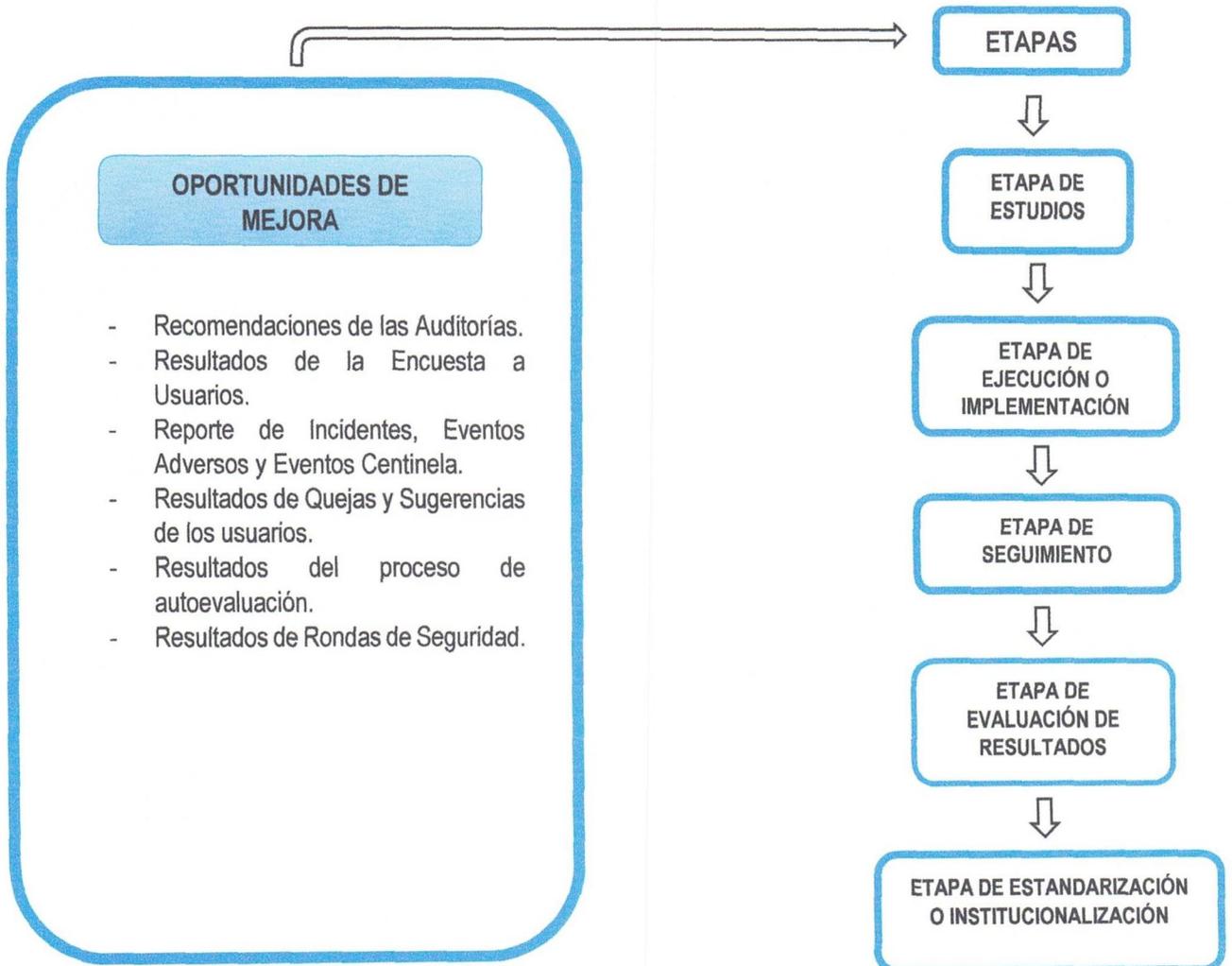
Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos

- PASO 4**ACTUAR:**

Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados, corregir las desviaciones 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?



9.1.2. ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

Diagrama para la Elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS PARA EL DEARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. **ETAPA DE ESTUDIOS.-** Documentación de base que describe y justifica el proyecto.

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

Las oportunidades de mejora se pueden identificar de muchas formas. Se debe determinar qué vamos a mejorar, podría implicar un problema que necesita solución, un proceso que requiere volver a definirse o un sistema que necesita mejorar.

b. **Planteamiento del problema:**

Identificada la oportunidad de mejora, se debe determinar claramente el asunto que se abordará.





El planteamiento del problema describe una situación en cuestión que debe ser resuelto, es el punto de partida que da el enfoque y se obliga a centrarse en algo concreto. Al plantear el problema es importante evitar la enumeración de posibles causas o soluciones y centrar las energías en describir el problema; además, es importante destacar que la forma de plantear los problemas debe tener una creación cuidadosa, para no crear culpables, ya sean personas o servicios específicos. Para el Planteamiento del Problema, se deben realizar las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cómo se sabe que esto es un problema?
- ¿Con qué frecuencia ocurre esto?
- ¿Cuáles son los efectos de este problema?
- ¿Cómo sabré cuándo esté solucionado?

c. Determinación de las causas:

Para indicar las principales causas o causas raíz del problema, para así poder escoger una solución sistémica. En esta etapa el equipo tratará de conocer más acerca del problema o deficiencia de la calidad. Esto se basa en:

- Darte cuenta del problema.
- Recoger Datos.
- Determinar los posibles factores causales.
- Identificar la causa raíz.
- Recomendar y aplicar soluciones.

d. Determinación de indicadores para medir los logros:

En esta etapa tenemos a los indicadores, que son las medidas que muestran el comportamiento de un proceso y son variables o característicamente factibles de medir para probar el logro de las metas de mejoramiento de la calidad. Con ello, podremos comprender el resultado de una intervención o solución y para determinar si se debe seguir adelante con la implementación.

e. Recopilación de datos basales:

La recopilación de datos es una parte indispensable del mejoramiento de la calidad. Es necesaria cuando los datos existentes no son suficientes para identificar o analizar los problemas, probar o implementar las soluciones a esos problemas. Tanto los datos cualitativos como los cuantitativos nos permiten comprender la situación en que existe un problema, probar hipótesis de sus causas y demostrar la eficacia de las intervenciones.

f. Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones:

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

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

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

g. Priorizar las causas raíz a intervenir:

En esta etapa los equipos utilizan su criterio para seleccionar y fijar prioridades, para luego pasar al siguiente de probarla e implementarla.





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

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

h. Formular el plan de acción o plan de cambios

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

Un Plan de acción efectivo debe contar con:

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

2. ETAPA DE EJECUCIÓN O IMPLEMENTACIÓN:

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

3. ETAPA DE SEGUIMIENTO:

Etapa en la cual el proyecto a lo largo del tiempo para que, en caso ocurran desviaciones negativas, se introduzca medidas correctivas.

4. ETAPA DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

En esta etapa la verificación de cumplimiento del objetivo planificado al inicio de la intervención, en base a los resultados alcanzados. Asimismo se deben verificar si los resultados guardan relación con los objetivos planteados.

5. ETAPA DE ESTANDARIZACIÓN E INSITUCIONALIZACIÓN:

Es la oficialización del proceso mejorado en la organización, que permita a través de indicadores y metas a 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.

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

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





Algunas de estas herramientas y técnicas sirven para detectar problemas con la participación el personal, mientras que otras parten de mediciones o daos obtenidos del proceso a controlar y a partir del análisis de estos datos, se obtienen los resultados buscados.

9.2.1. TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO

El trabajo en grupo se basa en el principio 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 básica de trabajo en grupo que se utiliza con el fin de generar ideas en un periodo de tiempo. Para ello se forma un grupo reducido de personas, que conozcan perfectamente la oportunidad de mejorar a tratar y se estimula a los integrantes a que participen en la aportación de ideas que sirvan para resolver una determinada situación. Cabe señalar que para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas es necesario que exista un líder o moderador que coordine las siguientes fases:
 - Definición del tema.
 - Reflexión.
 - Emisión de ideas.
 - Organización de ideas.

9.2.2. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

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

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

X. PRESUPUESTO

Los recursos presupuestales que se requieran para la ejecución del presente plan serán con cargo de la disponibilidad presupuestal de Acciones Administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

XI. RESPONSABILIDADES

11.1. OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Dirigirá el monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan de Trabajo.
- Desarrollará la asistencia técnica en el marco de su competencia.

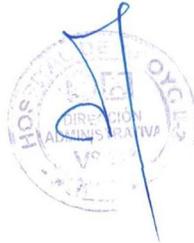




- Fomentar la colaboración y comunicación entre los órganos y unidades orgánicas e incentivar la validación e implementación de metodologías de mejoramiento continuo de la atención en salud y gestión, que tengan como finalidad establecer practicas humanizadas, segura, coordinadas y transparentes.

11.2. DEPARTAMENTOS, UNIDADES, AREAS, OFICINAS Y SERVICIOS

- Adoptar y colaborar con la implementación del presente plan.
- Socializar el presente Plan de trabajo.
- Fomentar la cultura de la mejora continua en sus servicios





PERU

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo Il-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

XII. ACTIVIDADES DE SU CORRELACIÓN CON EL OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
<p>Fomentar mecanismos para la elaboración de Proyectos de Mejora a través de Herramientas y Técnicas de la Calidad en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p>	<p>Lograr la Acreditación del Hospital de Apoyo Il-2 Sullana mediante el cumplimiento del Listado de Estándares de los 22 macroprocesos evaluados en el proceso de evaluación interna y externa.</p> <p>Planificar la elaboración de Proyectos de Mejora Continua para promover que los procesos se desarrollen de forma eficiente en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Realizar la Implementación y Seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Optimizar procesos críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Evaluar resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Conseguir la satisfacción del usuario externo en cuanto a la atención recibida en emergencia, hospitalización y consulta externa.</p> <p>Fortalecer la Plataforma de atención al usuario externo.</p>	<p>Proponer y Oficializar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos.</p> <p>Formular y ejecutar el Plan de Autoevaluación.</p> <p>Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua. Seguimiento y monitoreo de las observaciones del proceso de autoevaluación año 2025 en el plazo de 06 meses.</p> <p>Proponer y oficializar Comité de Mejora Continua de la Calidad.</p> <p>Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad.</p> <p>Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.</p> <p>Ejecutar la encuesta SERVQUAL.</p> <p>Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad cuya finalidad sea lograr la satisfacción del usuario externo.</p> <p>Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.</p> <p>Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo.</p> <p>Monitorear y fortalecer el buzón de sugerencias.</p> <p>Capacitar al personal asistencial y administrativo del Hospital de Apoyo Il-2 Sullana sobre el Libro de Reclamaciones.</p> <p>Proponer y gestionar acciones, planes o proyectos de mejora continua.</p> <p>Proponer y oficializar Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente.</p> <p>Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua.</p>





	<p>Realizar procesos de auditoria de la calidad de atencion en salud mediante las auditorias de caso, auditorias programadas y auditorias de la calidad de registros de atencion.</p> <p>Coordinar, Supervisar y Evaluar Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios de Salud.</p>	<p>Proponer y oficializar Comité de Auditoria Médica y Comité de Auditoria en Salud. Formular y ejecutar Plan de la Auditoria de la Calidad en Salud. Proponer y gestionar acciones o planes de mejora continua. Proponer y oficializar Comité de Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora y sus responsables. Monitoreo y supervisión constante de cada Ficha Técnica del Convenio de Gestión durante el año evaluado. Enviar informacion al nivel central para ser cargada en el Sistema de Convenios de Gestión. Reuniones de trabajo con los Equipos multidisciplinarios del Hospital de Apoyo Il-2 Sullana</p>
	<p>Realizar la evaluación de Actividades del Plan de Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p>	





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (trimestre)				RESPONSABLE
					I	II	III	IV	
Fomentar mecanismos para la elaboración de Proyectos de Mejora a través de Herramientas y Técnicas de la Calidad en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.	Lograr la Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana mediante el cumplimiento del Listado de Estándares de los 22 macroprocesos.	Proponer y Oficializar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos.	RD	2	X				
	Planificar la elaboración de Proyectos de Mejora Continua para promover que los procesos se desarrollen de forma eficiente en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.	Formular y ejecutar el Plan de Autoevaluación.	PLAN APROBADO	1	X				Responsable del Eje de Autoevaluación.
		Proponer y gestionar proyectos de mejora o acciones de mejora continua. Seguimiento y monitoreo de las observaciones del proceso de autoevaluación año 2023.	INFORME	1	X	X	X	X	
		Proponer y oficializar Comité de Mejora Continua de la Calidad.	RD	1	X				
Realizar la Implementación y Seguimiento del proyecto de mejora continua para mejorar la calidad de atención en	Formular Plan de Mejora Continua de la Calidad.	PLAN APROBADO	1	X				Equipo de Gestión de la Calidad.	
	Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.	INFORME	1	X	X	X	X		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo Il-2 Sullana

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

<p>salud en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Optimizar procesos críticos en el Desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p> <p>Evaluar resultados de la implementación de Proyectos de Mejora Continua en el Hospital de Apoyo Il-2 Sullana.</p>	<p>Ejecutar la encuesta SERVQUAL.</p> <p>Formular y ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad cuya finalidad sea lograr la satisfacción del usuario externo.</p> <p>Elaborar Plan de Plataforma de Atención al Usuario en Salud.</p> <p>Proponer y oficializar Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo.</p>	<p>INFORME</p> <p>INFORME</p> <p>PLAN APROBADO</p> <p>RD</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Responsable de la encuesta SERVQUAL</p> <p>Responsable del Libro de Reclamaciones y Responsable del Eje de Gestión de Relaciones con el Usuario Externo.</p>



