



## Resolución Directoral

Santa Anita, 24 de febrero de 2025

**Visto**, el Expediente N° 25MP-00621-00, que contiene el Informe N° 014-OGC/HHV/2025 y Memorando N° 068-OEPE-HHV-2025, sobre aprobación del "Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2025" del Hospital Herminio Valdizán, y;

### CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, se establece que: "La protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; y artículo VI que señala: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud de la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el que en su Séptima Política establece que las organizaciones proveedoras de atención en salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención;

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con el objetivo de establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

Que, la norma acotada señala que la gestión de la calidad, es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario en el Sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del MINSA. En consecuencia, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especificaciones que correspondan en todas las instituciones y entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la misma que señala que el Mejoramiento Continuo de la Calidad es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia;

Que, con la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que tiene el objetivo general de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;



Que, mediante el Informe N° 014-OGC/HHV/2024, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2025 del Hospital Hermilio Valdizán, teniendo como objetivo general: "Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán"; y como objetivos específicos: " Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital" y " Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad", entre otros;

Que, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en el Memorando N° 068-OEPE-HHV-2025 del 11 de febrero de 2025 hace mención a: la Nota Informativa N° 021-UO-OEPE-HHV-2025 del 10 de febrero de 2025, la Coordinadora de la Unidad de Organización quien emite opinión favorable a la estructura del citado documento técnico Plan propuesto, indica que: "se encuentra alineado a la estructura establecida en el documento "Directiva Administrativa No. 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos En el Ministerio de Salud", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 090-2022-MINSA". Mientras que, el Coordinador de la Unidad de Planeamiento y Gestión Institucional, mediante Nota Informativa N° 016-UPyGI-OEPE-HHV-2025 del 11 de febrero de 2025, en cuanto al citado Plan señala que: "se evidencia que está articulado al objetivo 04 Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; Para el desempeño eficiente; Ético e íntegro; En el marco de la modernización de la Gestión Pública. Con énfasis en las prioridades del Plan Operativo Institucional 2025 aprobado con RD N° 216-DG/HHV- 2024, está considerado en sus metas físicas 2025". Y por Nota Informativa N° 031-UP-OEPE-HHV-2025 del 11 de febrero de 2025, el Coordinador de la Unidad de Presupuesto informa que el citado documento presenta requerimiento presupuestal, de Personal y Bienes de Capital, indicando que la Oficina de Gestión a la Calidad cuenta con presupuesto, y, de considerar prioritaria, se deberá coordinar con la Oficina de Administración para que realicen una propuesta de Nota Modificatoria a fin de habilitar presupuesto y pueda cumplir con el citado Plan Anual de Gestión, por lo que, resulta necesario proceder a su aprobación.

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 085-OAJ-HHV-2025;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De acuerdo a las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1.- APROBAR** el Documento Técnico "Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud 2025" del Hospital Hermilio Valdizán, que contiene cinco (05) páginas, incluyendo dos anexos que forman parte de la presente resolución directoral.

**Artículo 2.- DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad se encargue de implementar el Plan aprobado por el artículo 1, así como informar trimestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

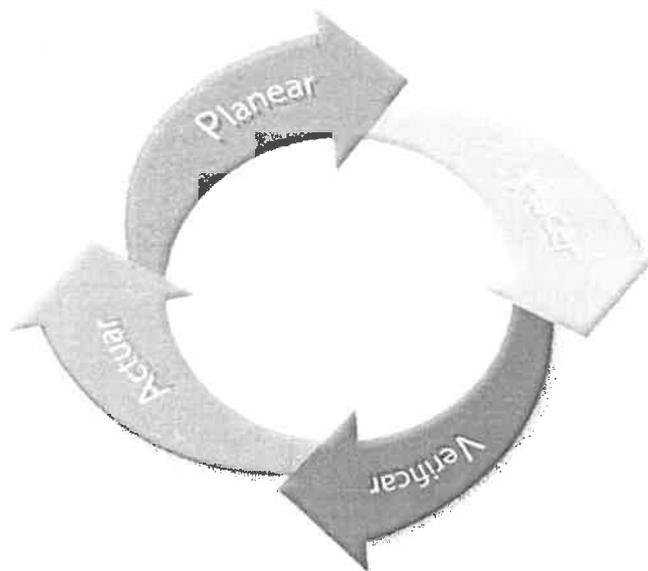
**Artículo 3-** La Oficina de Estadística e Informática procederá a la publicación de la presente Resolución en la Página Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

VAAM/RFS/CRMA  
DISTRIBUCIÓN:  
OEPE  
OGC  
OEI  
OAJ.

MINISTERIO DE SALUD  
"HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN"  
Dr. Víctor Alexis Abázar Mendoza  
Director General  
E.M.P. 034622 R.N.E. 027966

**HOSPITAL  
HERMILIO VALDIZAN  
Oficina de Gestión de la Calidad**



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

**2025**

**LIMA - PERU**

## ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	4
VI. CONTENIDO .....	5
6.1. ASPECTOS TECNICO CONCEPTUALES: Definiciones operativas.....	5
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO.....	6
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL POI.....	8
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	8
6.5. PRESUPUESTO.....	8
6.6. FINANCIAMIENTO .....	9
6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	9
VII. RESPONSABILIDADES .....	9
VIII. ANEXOS.....	9





## I. INTRODUCCIÓN

La mejora continua es un enfoque que se basa en el análisis del rendimiento, la identificación de oportunidades y la realización de cambios graduales en los procesos, producto y personal.

Los proyectos de mejora continua son un conjunto de actividades que se realizan para resolver problemas o satisfacer necesidades específicas en los servicios de salud.

El Plan de Mejora Continua de la Calidad se define como el conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de un establecimiento de salud.

El objetivo del Plan de Mejora Continua es mejorar los procesos técnico-administrativos 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.

El presente Plan de Mejora continua de la Calidad en Salud es un documento técnico que contribuye a disminuir las desigualdades existentes en el estado de bienestar del usuario externo a través de la elaboración, implementación, y puesta en marcha de acciones y proyectos de mejora continua de la calidad que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción para el logro de los objetivos institucionales trazados con un enfoque de gestión por procesos, promoción y protección de los derechos de los usuarios.



## II. FINALIDAD

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

## III. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Hermilio Valdizán.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del Hospital.
- Generar una cultura de la mejora continua en el personal de la Institución.
- Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.



## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Dirigido a todos los órganos y/o unidades orgánicas que constituyen en el Hospital Hermilio Valdizán, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad de servicios.

## V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, que 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".



## VI. CONTENIDO

### 6.1 ASPECTOS TÉCNICO CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

**Gestión de Calidad.-** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

**Mejoramiento continuo de la calidad.-** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

**Acciones de mejora.-** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

**Equipo de mejora.-** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un período de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

**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.

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

Identificar el proceso a mejorar:

Planear

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



Hacer

- Proponer, recomendar y gestionar las acciones, planes o proyectos correspondientes a partir del problema identificado tendiente a mejorar el proceso
- Verificar
- Hacer seguimiento a la gestión realizada para la mejora de los procesos
- Comprobar que la recomendación o propuesta se ha implementado

Actuar

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



## **6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

### **6.2.1 ANTECEDENTES**

De acuerdo al artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignadas entre sus funciones: "implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios" e "incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud" entre otros.

### **6.2.2 PROBLEMA**

1. Falta de recurso humano en la Oficina de Gestión de la Calidad para poder realizar el debido seguimiento a las diferentes recomendaciones dadas por la OGC.
2. Falta acelerar los procesos de gestión de la información, por ejemplo: informatizar las atenciones de emergencia y hospitalización, informatizar las fichas de violencia familiar y las fichas epidemiológicas.
3. No hay apoyo en la implementación de equipos informáticos (scanner, equipos de cómputo, impresoras) en la unidad de estadística, para escanear todas las



historias clínicas y tener todo informatizado para que en consulta externa el profesional tenga toda la información para la atención del paciente.

4. En el 2024 el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación fue del 86%, lo que nos ubica en un nivel de APROBADO, pero aún el porcentaje hay que optimizarlo para solicitar la Evaluación Externa.
5. Deficiente orientación e información al usuario.
6. En las evaluaciones de Auditoría (evaluación de la calidad de los registros de atención) aún algunos servicios tienen un nivel de cumplimiento por debajo de lo óptimo.
7. Poca participación del personal directivo y profesional en capacitaciones respecto a Auditoría, Autoevaluación, Seguridad del Paciente y Mejora Continua.
8. Nivel de cumplimiento de los criterios de las Rondas de Seguridad del paciente en algunos servicios asistenciales del Hospital se encuentran por debajo de un nivel satisfactorio.



### 6.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA

Falta de presupuesto para la contratación de personal para la Oficina de Gestión de la Calidad.

Falta de presupuesto para la compra de equipos informáticos y mobiliario.

Falta de presupuesto para la contratación de personal orientador que dependa de la unidad de admisión.

Poco interés del personal profesional en participar de capacitaciones referente a Auditoría, Mejora Continua, Autoevaluación, Seguridad del Paciente.

Resistencia del personal para aceptar cambios.

### 6.2.4 POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

El presente Plan involucra a todos los Órganos y/o Unidades orgánicas del HHV.

### 6.2.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Se encuentran plasmadas en el cronograma de actividades.

### 6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL POI : (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la Institución.

### 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO

#### 6.4.1 Descripción Operativa

Es una herramienta en la cual se verá plasmada todas las actividades a realizarse, los responsables y tiempo para su cumplimiento.

#### 6.4.2 Costeo de las Actividades por Tarea

Se encuentra dentro del presupuesto de la OGC.

#### 6.4.3 Cronograma de Actividades

Matriz de actividades (anexo 2)

#### 6.4.4 Responsables para el Desarrollo de cada actividad

Se ve plasmada en el cronograma de actividades

### 6.5 PRESUPUESTO

#### 6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos

Recursos ordinarios

#### 6.5.2 Requerimiento de Bienes y Servicios

Recursos Humanos

Se requiere la contratación de un personal profesional con experiencia en realizar proyectos de mejora continua para optimizar el trabajo en dicho eje estratégico.

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	TERCEROS	TOTAL
Personal profesional			01	01
Personal profesional capacitador			01	01



**Recursos por Adquirir**

N°	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Monitor con procesador	2.6.3.2.3.1			01	6000 soles
02	Impresora laser	2.6.3.2.3.1			01	3000 soles

**6.6 FINANCIAMIENTO**

Incluido en el presupuesto de la Oficina de Gestión de la Calidad.

**6.7 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN**

- El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Se emitirá un informe al año sobre el eje de Mejora Continua a la Dirección General.

**VII RESPONSABILIDADES**

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el plan de mejora continua.
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros.
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de mejora continua 2025 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de mejora continua 2025.
OGC con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el plan de mejora continua 2025.

**VIII ANEXOS**

**Anexo 1:** Articulación estratégica con el POI

**Anexo 2:** Matriz de actividades

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN

Psic. Hans Robert Chávez Mallqui  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad  
CPsP-17371

**ANEXO 1  
ARTICULACIÓN AL POI**

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO						
ANEXO 1						
Unidad Orgánica						
Marco Estratégico						
Objetivo Estratégico institucional del POI	Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
 OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	Mejorar la calidad de atención en salud en el HHV
						Implementar acciones, planes y proyectos de mejora continua en los diferentes servicios del hospital.
						Generar una cultura de la mejora continua en el personal de la institución
Capacitar al personal asistencial y administrativo en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad						



Anexo 2: Matriz de Actividades

CAT. PRE S	PROD	ACTIVIDADES	U.M.	META ANUAL 2025	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLE	
Acciones centrales	Sin producto	Proponer y oficializar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad	R.D	01	x													
		Formular el Plan de Mejora Continua de la Calidad	PLAN	01	x													
		Implementación de proyecto y/o acciones de mejora en relación a las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad	INFORME	01													X	
		Capacitación a personal del hospital en proyectos de mejora continua	INFORME	01					X									
		Plan Cero Colas	PLAN	01		X												
		Conformación del Equipo elaborador del Plan cero Colas	R.D	01		X												
		Informe de seguimiento Plan Cero Colas	INFORME	02							X							
																		X
																	Equipo de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad	



