



HOSPITAL  
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 037-02/2023-DE-HCLLH/MINSA



## Resolución Directoral

Puente Piedra, 28 de febrero de 2023.

### VISTOS:

El expediente N°0001320 que contiene la Nota Informativa N° 164-02-2023-UGC-HCLLH/MINSA, mediante el cual el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, remite y solicita la Aprobación del Plan de Trabajo Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2023; y el Informe N° 36-2023-AJ-HCLLH/MINSA, y;

### CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantizaron una cobertura adecuada de prestaciones de salud a la población, en términos sociales aceptables de seguridad, oportunidades y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se resuelve aprobar las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de salud, la cual, "establece las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expanden el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se presentó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece los principios, normas, metodologías 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud; establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud, asume 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 el Informe Técnico N° 06-02/2023-PE-OPE-HCLLH de fecha 21 de febrero de 2023, la Coordinadora de Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al Plan Trabajo Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2023;

Que, en virtud a la normatividad expuesta, es que a través de la Nota Informativa N° 164-02-2023-UGC-HCLLH/MINSA de fecha 20 de febrero de 2023, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2023;

Que, el Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la calidad, tiene como objetivo implementar el Sistema de Gestión de la calidad y fortalecer la calidad del atención y mejora continua de los procesos misionales y operativos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, con el fin de brindar una atención con calidad y calidez, en el periodo 2023.

Con el Visación del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Asesoría Legal del "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".

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

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el "Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", para el periodo 2023.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sea responsable de la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2023.

**Artículo 3°.- DISPONER** se efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transferencia estándar del Hospital.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE, CÚMPLASE**

JAMR/JABG/dmv

Distribución:Cc  
Dirección:  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad  
Asesoría Jurídica  
archivo

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
Dr. José Antonio Méndez Rojas  
CMP 30060 PNE 31673  
Director Ejecutivo

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista  
07 MAR 2023  
Bach. Lina Fariña Cerna Rosales  
DIRECTORIO  
RD N° 120-00102-2023-UGC-HCLLH/MINSA





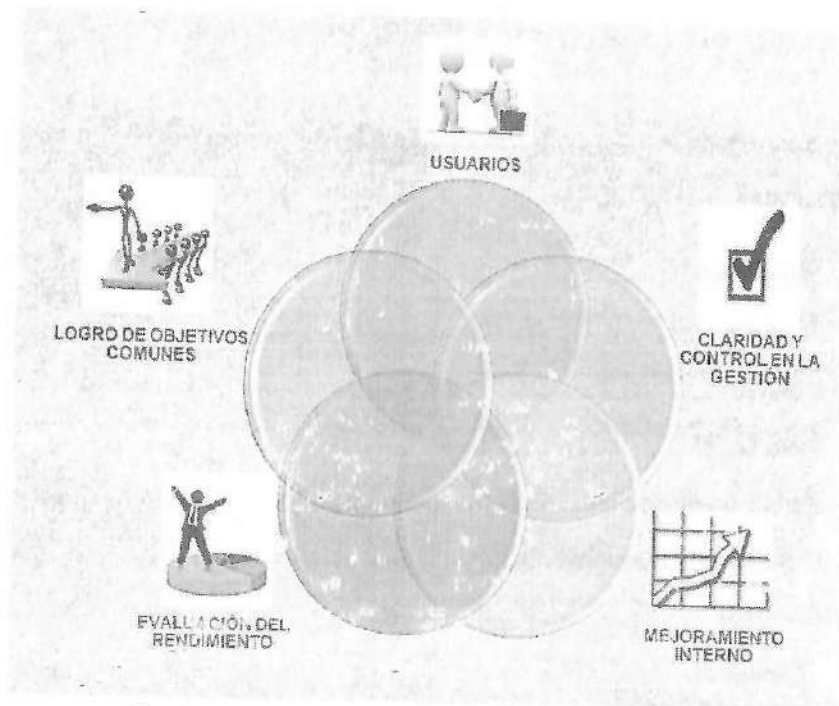
PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestación y Aseguramiento en Salud

# HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

## UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2023





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestación y  
Desarrollo de Salud

Hospital  
Carlos F. Chiriac La Hoz

## INDICE

I. Introducción.....	3
II. Finalidad.....	3
III. Objetivo.....	3
IV. Base Legal.....	4
V. Ámbito de aplicación.....	5
VI. Organigrama Funcional.....	5
VII. Recursos.....	6
VIII. Contenido.....	7
IX. Estrategias.....	10
X. Indicadores.....	10
XI. Responsabilidades.....	10
XII. Programación de Actividades.....	12





## PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HCLLH 2023

### I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz viene trabajando en uno de sus objetivos principales que es brindar una atención en salud con calidad y calidez, para esto se suma el esfuerzo de todos los trabajadores que forman parte del hospital. La baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad de atención y fundamentalmente intervenciones de calidad.

Es preciso, mencionar que Gestión de la Calidad en Salud es diseñar, planificar, evaluar y supervisar las actividades de mejoramiento en los procesos de atención hospitalaria.

En concordancia con el marco normativo vigente establecido por el Ministerio de Salud, la Unidad de Gestión de la Calidad ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2023, teniendo presente el enfoque de derechos y concepto de seguridad del paciente.

El presente Plan de Trabajo, articula los Objetivos Específicos del plan, con las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad, como son: Autoevaluación para la Acreditación, Auditoría de la Calidad de Atención, Gestión de Riesgos y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Mejora Continua de Procedimientos, Gestión de Reclamos del Usuario Externo y Medición del grado de Satisfacción del usuario externo.

Para la implementación adecuada de estos procesos, es necesario el compromiso y la participación activa de todo el personal del hospital, desde quienes ejercen el liderazgo y desempeñan cargos Directivos, hasta el personal complementario de los diferentes servicios que forman parte de la organización estructural del hospital.

### II. FINALIDAD

El presente plan establece los objetivos y las actividades orientadas al mejoramiento de los procedimientos en la atención del usuario que acude al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General:

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y Fortalecer la calidad de la atención y mejora continua de los procesos misionales y operativos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, con el fin de brindar una atención con calidad y calidez, en el periodo 2023

#### 3.2 Objetivos Específicos:

O.E. 1: Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, para mejorar la atención al Usuario

O.E. 2: Efectuar la estructura de la información, para mejoramiento de los procedimientos asistenciales y administrativos







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Vice-Ministerio  
de Asesoramiento y  
Apoyo

Hospital  
"Los Lanfranco La Haza"

O.E. 3: Garantizar la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención.

O.E. 4: Implementar buenas prácticas que permitan la mejora continua en los procedimientos del hospital.

O.E. 5: Desarrollar acciones destinadas a la gestión de consultas y reclamos y difundir los deberes y derechos de los pacientes.

#### IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley 26842. Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Ley N° 30023, Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día Nacional de la Salud y del Buen trato al Paciente.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NST N° 050-MINSA/DGSP, V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía".
- ✓ 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° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA – NTS 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGA.IN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ RM N° 527-2011-MINSA. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS; Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinelas".





- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- ✓ Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 "Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS".
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- ✓ Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRIS-LN/6 el 13 de noviembre del 2019, que otorga la Categoría II-2: Hospital de Atención General, al Establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- ✓ Resolución Directoral N° 219-12/2020-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 009-HCLLH-2020/OPE: "Directiva para la elaboración de planes de trabajo y planes de acción V.01 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".

### V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el ámbito de competencia de la Unidad de Gestión de la Calidad

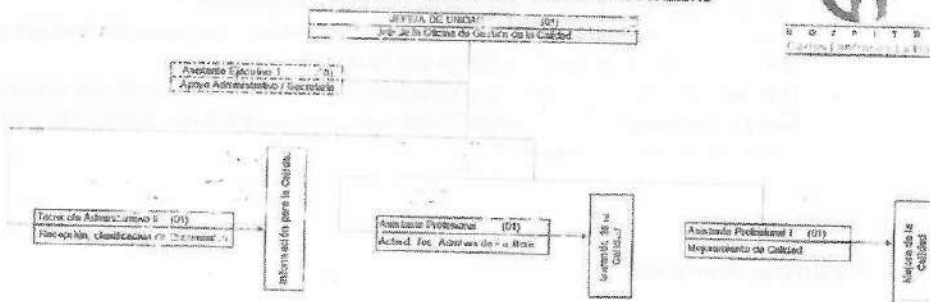
### VI. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

Somos una unidad orgánica de asesoramiento que depende de la Dirección Ejecutiva, encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario.

La Unidad de Gestión de la Calidad cuenta con las siguientes áreas: Mejora para la Calidad, Garantía para la Calidad, Información para la Calidad y Plataforma de Atención al Usuario en Salud, (R.D. N° 135-04/2017-HCLLH/SA)

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
MINISTERIO DE SALUD

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



DENIMINER LA CATEGORÍA DE USUARIOS (DE LA CALIDAD)			
TOTAL	OCCUPADOS	RESERVADOS	CARGOS DE CONFIANZA
4	3	1	1





Interactuamos a nivel interno con los diferentes departamentos, oficinas, servicios y unidades, como también con la Dirección Ejecutiva en su condición de órgano asesor; a nivel externo interactuamos con la DIRIS Lima Norte y el MINSA.

#### Funciones:

Según el Reglamento de Organización de Funciones (ROF) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado con Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, la Unidad de Gestión de la Calidad tiene las siguientes funciones:

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales.
- Incorporar un enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos.
- Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad y mejora continua de los servicios.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección Ejecutiva o Dirección o a la DIRIS Lima Norte.
- Promover en la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- Asesorar en el desarrollo de la Categorización, Autoevaluación, el proceso de Acreditación y Auditoría Clínica, según las normas que establece el Ministerio de Salud.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Apoyar en la capacitación y sensibilizar al personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.
- Proponer la implementación de áreas funcionales o equipos de trabajo para el cumplimiento de las funciones del Hospital.
- Prevenir en la seguridad, operatividad y el mantenimiento de los equipos y bienes asignados a la Unidad Orgánica, promoviendo su adecuado manejo por el personal encargado.

## VII. RECURSOS

### a) Recursos Humanos

La Unidad de Gestión de la Calidad, para dar cumplimiento a sus actividades cuenta con el siguiente personal:

GRUPO OCUPACIONAL	NOMBRADO	CAS	SERV. TERCERO	TOTAL
Médico	01		01	02
Lic. Educación		01		01
Tec. Administrativo	03			03
Secretaria			01	01
Personal Orientador PAUS		01	04	05
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>06</b>	<b>12</b>





## b) Recursos Informáticos y Mobiliario

Nº	Descripción	Cant.	Observaciones
1	Escritorios de melamina	02	En buen estado
2	Sillas giratorias	07	En buen estado
3	Equipo de cómputo	04	En buen estado
4	Laptops	03	Para reposición
5	Impresora	01	Para reposición
6	Estante de madera	02	En buen estado
7	Escritorios de metal	04	Para reposición
8	Anaqueles de metal	03	2 pequeños y 1 grande
9	Sillas de metal	06	En calidad de préstamo (nutrición)
10	tablets	02	En buen estado s/n cargadores
11	Estante de melamina	01	En buen estado

## VII. CONTENIDO

Para el cumplimiento, ejecución y reporte de las actividades operativas, la Unidad de Gestión de la Calidad se organiza de la siguiente forma:

- Área de Mejora para la Calidad, área que desarrolla el proceso de Autoevaluación, así como asesoría para la aplicación de técnicas y herramientas de calidad que permitan elaborar proyectos de mejora a partir de la identificación y análisis de problemas u oportunidades de mejora.
- Área de Garantía para la Calidad, área que ejecuta las rondas de seguridad del paciente, informes de eventos adversos, monitoreo de la lista de verificación de la cirugía segura, auditoría de la calidad de atención en salud, auditoría de caso asesoría de guías de práctica clínica y guías de procedimientos asistenciales
- Área de Información para la Calidad, área que desarrolla los procesos de Medición de la Satisfacción del Usuario Externo, Estudio de Tiempos de Espera, Buen Trato Humanizado, Desarrollo de Indicadores y estructuración de encuestas
- Área de Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS); área encargada de atender y gestionar las consultas y reclamos presentados por los usuarios por la disconformidad ante un servicio de salud; su acción se orienta a contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios a partir de los reclamos.

## 8.1 Aspectos técnicos conceptuales:

- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud en lo relativo a la calidad y a la atención del riesgo.
- **Plan de Gestión de la Calidad:** Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad.
- **Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía:** Aplicación de la Lista de verificación de seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos





- y Encuestas de evaluación de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor, conforme lo establecido en la normativa vigente.
- **Registro, Notificación y Análisis de las ocurrencias de incidentes y/o eventos adversos en salud:** Procedimiento para el registro, notificación y análisis y/o eventos adversos en salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
  - **Auditoría de la Calidad en Salud:** Es el procedimiento sistemático continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
  - **Proyectos y/o acciones de mejora:** 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 nacionales.
  - **Rondas de Seguridad del Paciente:** Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, mediante la aplicación de los verificadores según la herramienta informática.
  - **Autoevaluación en el marco del Proceso de Acreditación:** Actividad de evaluación interna del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categorías: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.
  - **Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia:** Evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuesta SERVQUAL – Modificado, procesamiento y reporte en el aplicativo (formato Excel), en consulta externa hospitalización y emergencia En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

## 8.2 Actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad

### O.E. 1. Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, para mejorar la atención al usuario

- ✓ Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad 2023
- ✓ Apoyo en la realización de actividades programadas en el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad
- ✓ Coordinación en el proceso de capacitación del potencial humano relativos a la calidad en salud
- ✓ Asesoramiento a los diferentes equipos de trabajo, para la aplicación del enfoque de calidad en salud en el marco de principios y lineamientos del Ministerio de Salud.
- ✓ Asistencia técnica para la implementación de metodologías e instrumentos de la calidad en salud
- ✓ Asesoramiento para la implementación de proyectos de mejora continua
- ✓ Coordinación con Dirección ejecutiva y Unidades Orgánicas para desarrollo de trabajo en equipo
- ✓ Difusión y vigilancia del cumplimiento de normas, indicadores y compromisos de gestión







- ✓ Retroalimentación de los resultados obtenidos en todos los procesos de calidad en salud
- ✓ Gestión de los recursos necesarios y suficientes para el desarrollo adecuado de las actividades, proyectos y procesos de mejora
- ✓ Coordinación con el MINSA y DIRIS para el apoyo técnico y evaluación de resultados

**O.E. 2. Efectuar la estructura de la información, para mejoramiento de los procedimientos asistenciales y administrativos**

- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación para la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario externo
- ✓ Propuesta y monitoreo de los indicadores de calidad en salud
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades de Buen Trato
- ✓ Capacitación a los equipos de trabajo y personal, sobre la metodología de la elaboración de encuestas
- ✓ Propuesta, monitoreo y evaluación del estudio de Tiempo de Espera en los procesos de atención
- ✓ Propuesta sobre la digitalización de los procesos de atención de salud y procedimientos administrativos
- ✓ Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de los Informes Técnicos.

**O.E. 3: Garantizar la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención.**

- ✓ Propuesta del comité de auditoría en salud
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorías de calidad en salud
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorías de caso
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorías en calidad de registro
- ✓ Propuesta, monitoreo y evaluación de las rondas medicas
- ✓ Monitoreo y evaluación de las guías de práctica clínica
- ✓ Monitoreo y evaluación de las guías de procedimiento asistenciales
- ✓ Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de los Informes Técnicos

**O.E. 4: Implementar buenas prácticas que permitan la mejora continua en los procedimientos del hospital.**

- ✓ Propuesta del Comité de Proyectos de Mejora.
- ✓ Elaboración e implementación de los proyectos de mejora en la Institución
- ✓ Propuesta del Comité de Autoevaluación
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades de autoevaluación
- ✓ Capacitación a los equipos de trabajo y personal, sobre el proceso de autoevaluación
- ✓ Propuesta del Comité de Categorización
- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades de categorización
- ✓ Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de los Informes Técnicos





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Ministerio  
de Promoción y  
Atención en Salud

Hospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

**O.E. 5: Desarrollar acciones destinadas a la gestión de consultas y reclamos y difundir los deberes y derechos de los pacientes.**

- ✓ Ejecución, monitoreo y evaluación de los procedimientos de consultas, sugerencias, felicitaciones y reclamos de los usuarios externos.
- ✓ Difusión y vigilancia del cumplimiento de normas sobre las condiciones en las que se ofrecen los servicios de salud.
- ✓ Difusión y capacitación sobre los deberes y derechos como usuarios en salud.
- ✓ Elaborar estadísticas sobre las consultas atendidas y reclamos presentados ante la PAUS mensualmente y comunicar trimestralmente a la Dirección Ejecutiva, OCI, a la DIRIS Lima Norte, y a SUSALUD
- ✓ Capacitación en servicio al personal de la PAUS en normativas, directivas, derechos y deberes en salud, proceso de atención de reclamos, correcto llenado del Libro de Reclamaciones.
- ✓ Implementación del Buzón de Sugerencias.
- ✓ Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de los Informes Técnicos.

**IX. ESTRATEGIAS DE TRABAJO**

- Reuniones con los Jefes de las Unidades Orgánicas y con el Director Ejecutivo del Hospital
- Conformación de Comités y Equipos de Trabajo en el marco de las normas establecidas para proceso de calidad implementado
- Monitoreo de las actividades programadas, con el fin de lograr el objetivo y metas establecidas
- Elaboración de Planes exigidos por cada proceso.

**X. RESPONSABILIDADES**

- Equipo de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad:

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Dr. Hernán Solís Verde
Coordinador del Área de Información para la Calidad	Sr. César Ortiz Díaz
Coordinador del Área de Mejora de la Calidad	Lic. Gladis Requejo Vásquez
Coordinador del Área de Garantía para la Calidad	Dr. Hairo Dedios Solís

**XI. INDICADORES**

A continuación se detallan los indicadores de la Unidad de Gestión de la Calidad, en la matriz correspondiente.







PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestación y Mejoramiento en Salud

### MATRIZ DE INDICADORES

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	LÍNEA DE BASE	VALOR ESPERADO	PUNTO	PERIODICIDAD
Ae1 04 02 gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Porcentaje de Auditorías en salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de auditorías Programadas}} \times 100$	85 %	100 %	Área de Garantía	Mensual
	Porcentaje de Rondas de Seguridad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas Programadas}} \times 100$	100 %	100 %	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de grado de cumplimiento de Autoevaluación	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Criterios Ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ total de criterios Programados}} \times 100$	61 %	$\geq 65$ %	Área de Información	Anual
	Porcentaje de Proyectos de Mejora	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Proyectos Implementados}}{\text{N}^\circ \text{ de Proyectos Programados}} \times 100$	25 %	$\geq 45$ %	Área de Mejora	Anual





PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Larrañaga La 102

### XII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACCION ESTRATEGICA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ACT 04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN, CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	9002 asignaciones presupuestarias que no resultan en producto	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad 2023	Plan	1	1												
		Coordinación con Comités	Acción	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Asesoramiento a Equipos de Trabajo	Reunión	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Elaboración de documentos	Documento	720	50	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
		Coordinación con MINSA y DIRIS LN	Acción	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	4		1					1						
Seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas	Reunión	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	







PERÚ

Ministerio de Salud

Reglamento de Organización y Funcionamiento del Hospital Carlos Larranaga La Hoz

Hospital Carlos Larranaga La Hoz

ACCION ESTRATEGICA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
AEI.04.02 GESTION ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACION, CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	8002 asignaciones presupuestarias que no resultan en producto	Encuesta de satisfacción del usuario	Informe	1									1						
		Monitoreo de indicadores de calidad	Informe	1		1							1				1		
		Elaboración y evaluación del Plan del Buen Trato	Reunión	5			1							1				1	
		Capacitación a equipos de Trabajo	Persona	20				10											
		Estudio de Tiempos de Espera	Informe	1							1								
		Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad	Informe	4			1							1				1	
		Digitización de procesos	Informe	3					1						1			1	
		Seguimiento a las recomendaciones de Informes Técnicos	Documento	3					1							1			1





PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Promoción y Programación de Salud

Hospital Carlos L. H. Franco La Hoz

ACCION ESTRATEGICA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
AEI 04 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	002 asignaciones presupuestales que no resultan un producto	Actualización de resolución del Equipo de Rondas	Documento	1	1												
		Actualización de Resolución Directoral del Equipo Conductor para la Implementación de la LVSC	Documento	1	1												
		Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente	Plan	1	1												
		Evaluación del avance del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	2						1							1
		Capacitación en el sistema de registro, notificación de incidentes eventos adversos	Personas Capacitadas	90		20		20		20		20					
		Registro consolidado e Informe semestral de los eventos adversos	Informe	2							1						1
		Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la LVSC según Guía Técnica	Informe	4						1		1					1
		Programación de rondas de seguridad del paciente	Informe	12		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad	Plan	1		1											
		Auditoría de caso	Informe	4						1		1					1
Auditoría de la Calidad de registro	Informe	3						1		1					1		







PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguridad en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

ACCION ESTRATEGICA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
AEI 04 02 GESTION ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACION, CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	9002 asignaciones presupuestarias que no resultan en producto	Actualización y oficialización del Equipo de acreditación del HCLLH 2023	Documento	1	1													
		Actualización y oficialización del Equipo de evaluadores Internos del HCLLH 2023	Documento	1	1													
		Capacitación al Equipo de Acreditación y Evalue foros internos institucionales referente a la Acreditación de establecimientos de Salud	Persona	30			30											
		Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación y designación del líder	Plan	1					1									
		Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Documento	1									1					
		Aplicación del listado de estándares de acreditación	Documento	1										1				
		Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación	Informe	1												1		
		Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de acreditación	Documento	21	10	11												
		Proyectos de Mejora	Informe	2						1								
		Capacitación 3 equipos de mejora	Persona	20						10								





ACCION ESTRATEGICA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
AEI 04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACION CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	9002 as greceñes presupuesto que no resultan en producto	Litificación de los derechos del paciente	Informe	4						1			1			1	
		Capacitación sobre derechos del paciente	Persona	120	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		Estadística de los recibimos presentados	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Capacitación al personal PAUS	Persona	10				10									
		Implementación de buzón de sugerencias	Informe	4			1				1			1			1
		Seguimiento a las recomendaciones de Informes Técnicos	Documento	3					1								

