



PERÚ Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

PLAN ANUAL
UNIDAD DE GESTION
DE LA CALIDAD

2024





INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	FINALIDAD.....	3
III.	OBJETIVOS.....	4
	3.1 Objetivo General:	4
	3.2 Objetivos Específicos:	4
IV.	BASE LEGAL.....	4
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	ORGANIGRAMA FUNCIONAL	6
VII.	RECURSOS.....	8
VIII.	CONTENIDO	9
IX.	ESTRATEGIAS DE TRABAJO.....	13
X.	RESPONSABILIDADES	14





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, período 2024, 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 a impulsar el desarrollo y mejoramiento de los procedimientos para lograr una atención con calidad del usuario externo 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 año 2024

3.2 Objetivos Específicos:

O.E. 1: Establecer el Sistema de Gestión de la Calidad, para lograr una atención con calidad al usuario externo.

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

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

O.E. 4: Realizar actividades que garanticen el proceso de calidad con el propósito de alcanzar una institución de excelencia, que brinde atención con calidad al usuario externo.

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, 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.
- RM N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- RM 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”.





- RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- RM N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RM N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía de la Cirugía.
- RM N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía".
- RM 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"
- RM N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud"
- RM N° 502-2016/MINSA – NTS 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
- RM N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: 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".
- RM 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 Ministerial N° 463-201-MINSA, se aprobó el Reglamento de organización y funciones del HCLLH.
- Resolución Directoral N°514-11/2012-DE-HCLLH/SA, se aprobó el Manual de organización y funciones del HCLLH
- Resolución Directoral N°073-03/2011-HCLLH/SA, se aprobó el Manual de procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH.
- Resolución Directoral N°292-12/2023-DE-HCLLH/ MINSA, aprueba el Plan Operativo Institucional 2024 del HCLLH.
- 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.
- RM 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 del personal en el ámbito de competencia de la Unidad de Gestión de la Calidad

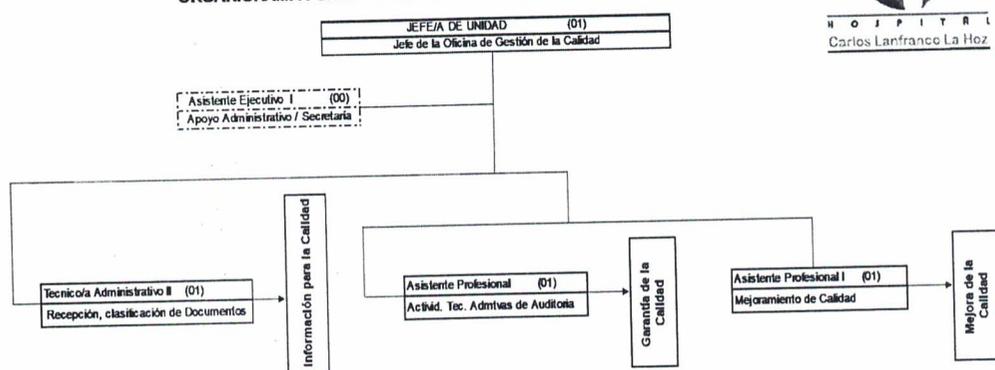
VI. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

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 la siguiente estructura funcional: 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 GESTION DE LA CALIDAD



RESUMEN DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD			
TOTAL CARGOS	Ocupados	PREVISTOS	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
Enfermera		01		01
Tec. Administrativo	02			02
Aux. Administrativo		01		01
Secretaria			01	01
Personal Orientador -PAUS	01		06	07
TOTAL	04	02	08	14

b) Recursos Informáticos y Mobiliario**Ambiente de Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad (sede administrativa)**

N°	Descripción	Cant.	Observaciones
1	Escritorios de melamina	02	En buen estado
2	Sillas giratorias	03	En buen estado
3	Computadora Pentium IV nueva	02	En buen estado
4	Laptops	01	Para reposición
5	Impresora	01	Para reposición
6	Estante de madera	02	En buen estado

Ambiente de las Áreas de Garantía para la Calidad y Mejora Continua (hospital)

N°	Descripción	Cant.	Observaciones
1	Escritorios de metal	02	Para reposición
2	Computadora HP Prodesk	02	Por reposición
3	Laptop Toshiba	01	Por reposición
4	Anaquele de metal	03	2 pequeños y 1 grande
5	Sillas ergonómicas	02	En buen estado
6	Sillas de metal	03	En calidad de préstamo (nutrición)

Ambiente de la Plataforma de Atención al Usuario

N°	Descripción	Cant.	Observaciones
1	Escritorios de metal - grande	02	Para reposición
2	Sillas ergonómicas	02	En buen estado
3	Laptop HP	01	Por reposición
4	tablets	02	En buen estado s/n cargadores
5	Estante de melamina	01	En buen estado
6	Sillas de metal	03	En calidad de préstamo (nutrición)





VIII. CONTENIDO

8.1 Definiciones Operativas:

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.

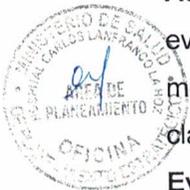
Auditoría de la Calidad en Salud: Es el procedimiento sistemático continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

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 Análisis Situación Actual

8.2.1 Antecedentes

Mediante Resolución Directoral N°037-02/2023-DE-HCLLH/MINSA, de fecha 28 de febrero del 2023, se aprueba el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2023, en el que se detallan las actividades que el equipo técnico y personal de la Unidad de Gestión de la Calidad desarrollaran, con el propósito de implementar estrategias, metodologías, instrumentos de calidad y mejora continua en los servicios. Las Unidades Orgánicas se limitan generalmente al desarrollo de sus actividades misionales y funcionales, sin utilizar herramientas y metodologías de mejora continua, que son exigidas por normas expresas y que promueven una atención con calidad y calidez.

8.2.2 Problema

La baja calidad de atención es el principal problema y se refleja en los resultados de autoevaluación, seguridad del paciente, encuestas de satisfacción, quejas y mejora continua de los procesos; congrega un cumulo de actividades que los equipos de trabajo de las Unidades Orgánicas dejan de proponer e implementar y que son exigidas según normatividad vigente.

8.2.3 Causas del Problema

- Procesos y procedimientos no organizados de acuerdo a normas vigentes
- Bienes y servicios distribuidos de manera inadecuada
- Infraestructura inadecuada
- Procedimientos estructurados en plataformas digitales obsoletas
- Participación desmotivada del personal en los equipos de trabajo

8.2.4 Alternativas de Solución

- Revisión de los procesos y procedimientos organizándolos de acuerdo a lo establecido en normas vigentes
- Dotación de bienes y servicios de acuerdo a necesidades de cada actividad
- Mantenimiento y redistribución de ambientes de acuerdo a producción y demanda
- Implementación de la política nacional de digitalización
- Fomentar una cultura de participación activa del personal en los equipos de trabajo





8.3 Actividades por objetivos

O.E. 1. Establecer el Sistema de Gestión de la Calidad, para lograr una atención con calidad al usuario externo.

- Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad 2023
- 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.
- 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. Fortalecer la estructura de la información, para el mejoramiento continuo 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 mejora y personal, sobre la metodología de la elaboración de proyectos de mejora.
- Propuesta, monitoreo y evaluación del estudio de Tiempo de Espera en los procesos de atención.





- Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados de los Informes Técnicos.
- Asesoría y participación en Proyectos de Mejora
- Elaboración y monitoreo de los Planes de Mitigación de Riesgos.
- Coordinación con todas las Unidades Orgánicas que lo requieran para mejora de los procedimientos y protocolos.

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

- Propuesta del comité de auditoria en salud.
- Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorias de calidad en salud.
- Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorias de caso.
- Ejecución, monitoreo y evaluación de las auditorias en calidad de registro.
- Propuesta, monitoreo y evaluación de las rondas de seguridad del paciente.
- Revisión y evaluación de las guías de práctica clínica.
- Revisión y evaluación de las guías de procedimiento asistenciales.
- Plan de Seguridad del Paciente.
- Actualización del equipo conductor de la Lista de Cirugía Segura.
- Análisis y monitoreo de eventos adversos.

O.E. 4: Realizar actividades que garanticen el proceso de calidad con el propósito de alcanzar una institución de excelencia, que brinde atención con calidad al usuario externo.

- 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.
- Plan de Autoevaluación Institucional
- Ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades de categorización.
- Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos.
- Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.
- Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2024.





- Actualización de la conformación del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2024.
- Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.
- Interacción con los jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucradas en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.
- Informe técnico de la autoevaluación 2024
- Presentación del informe final al MINSA y a la DIRIS Lima Norte del 2024.

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.
- Informe y análisis de demanda insatisfecha.

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 procesos de calidad implementados.
- Monitoreo de las actividades programadas, con el fin de lograr el objetivo y metas establecidas.
- Elaboración de Planes exigidos por cada proceso.
- Capacitación a los integrantes de los equipos de proyectos de mejora.





- Coordinaciones con DIRIS LN y MINSa.
- Elaboración y aplicación de encuestas.
- Coordinación con SUSALUD para la atención de reclamos de los usuarios externos.

X. RESPONSABILIDADES

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Lic. Adm. Gladis Requejo Vásquez
Área de Información para la calidad	Sr. Cesar Ortiz Díaz
Área de Mejora de la calidad	Lic. Gladis Requejo Vásquez
Área de Garantía para la Calidad	Lic. Sandra Gallegos Riveros





PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

X. INDICADORES

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

ACCION ESTRATEGICA	INDICADOR	FORMA DE CALCULO	LINEA DE BASE	VALOR ESPERADO	FUENTE	PERIODICIDAD
AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	Porcentaje de satisfacción del usuario externo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$	75.71 %	$\geq 80 \%$	Área de Información	Semestral
	Porcentaje de Auditorías en salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de auditorías Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de auditorías Programadas}} \times 100$	95 %	100 %	Área de Garantía	Mensual
	Porcentaje de Rondas de Seguridad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas programadas}} \times 100$	95 %	100 %	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de grado de cumplimiento de Autoevaluación.	$\frac{\% \text{ Macroprocesos obtenidos}}{\text{Macroprocesos programados}} \times 100\%$	68 %	$\geq 75 \%$	Área de Mejora	Anual
	Porcentaje de Proyectos de Mejora	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Proyectos ejecutados}}{\text{N}^\circ \text{ de Proyectos Programados}} \times 100$	50 %	$\geq 65 \%$	Área de Información	Anual





XI. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Aprobación de Plan de trabajo	R.D.	x						x						
Informe de evaluación del Plan de Trabajo	Informe	x						x						
Asesoramiento a Equipos Técnicos en temas de calidad	Acción		x	x	x			x	x				x	
Encuesta de satisfacción del usuario externo	Informe						x							
Informe de indicadores de calidad	Informe						x							
Elaboración del Plan de Buen Trato	R.D.			x										
Evaluación del Plan de Buen Trato	Informe													
Informe del estudio de tiempo de espera	Informe						x							
Informe de Proyectos de Mejora	Informe													
Informe de Mitigación de Riesgos sobre evaluaciones de SUSALUD	Informe													
Informe de seguimiento de los proyectos de mejora	Informe													
Conformación del Equipo de Rondas de Calidad	R.D.	x												
Informe de Rondas de Calidad	Informe	x	x	x	x		x	x	x				x	
Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	R.D.	x												
Evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe						x							
Capacitación en el sistema de registro, notificación de incidentes eventos adversos.	Informe						x							
Informe de registro y notificación de los eventos adversos.	Informe						x							
Conformación del Equipo Conductor para la Implementación de la LVSC	R.D.		x											
Informe sobre aplicación de LVSC	Informe						x							
Informe de encuesta para evaluar la implementación de la LVSC	Informe						x							
Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad	R.D.		x											
Informe del Plan de Auditoría	Informe						X							X





PERÚ
Ministerio
de Salud

Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Actualización y oficialización del Equipo de acreditación del HCLLH	R.D.		x											
Actualización y oficialización del Equipo de Evaluadores Internos	R.D.		x											
Capacitación al Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos institucionales referente a la Acreditación de Establecimientos de Salud	informe					x								
Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación	R.D.			x									x	
Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación	Informe				x									
Actividades de Categorización	Informe													
Coordinación con jefes de Unidades y Servicios para actividades de Categorización y Autoevaluación	Libro de Actas		x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Informe sobre quejas y reclamos presentados	Informe			x									x	
Capacitación al personal PAUS	Informe						x						x	
Informe sobre atenciones en los servicios	Informe			x			x			x			x	
Informe de análisis de la demanda insatisfecha	Informe			x			x			x			x	
Informe sobre mejora en el proceso de atención	Informe						x						x	

