



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD”



“CENTRO DE COSTOS: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD”

“2025”

MIEMBROS INTEGRANTES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. MARIA ANGELA VILCHEZ VASQUEZ
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

TEC. ADM. CESAR ALBERTO MONDRAGON PINCHE
Equipo de Intercomunicacion con el Usuario

LIC. EN ENF. RAQUEL MILENA MARAVI INGA
LIC. EN OBST. DANIA JOSABETH SOLORIZANO MEDINA
Equipo de Garantía de la Calidad y Seguridad del Paciente

MC JOSÉ FRANCISCO VERASTEGUI ACUÑA
Equipo de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

ASST. ADM. KATERIN MUNDACA ROJAS
Secretaría





PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Planificación y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ÍNDICE:

I. INTRODUCCIÓN:	3
II. FINALIDAD:	4
III. OBJETIVOS:	4
3.1. OBJETIVO GENERAL	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
V. BASE LEGAL:	4
VI. CONTENIDO:	7
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)	7
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO:	9
a. Organización funcional de la Unidad Orgánica (organigrama, funciones y RR.HH)	9
a.3. Análisis FODA:	10
a.4. Análisis Recurso Humano:	11
a.5. Funciones Específicas:	11
b. Resumen Ejecutivo del Diagnóstico situacional de la Unidad Orgánica.	12
c. MATRIZ DE ANÁLISIS DE PROBLEMA Y SOLUCIONES:	14
6.2.1. ANTECEDENTES	14
6.2.2. PROBLEMA	14
6.2.3. CAUSAS	14
6.2.4. POBLACIÓN OBJETIVO	14
6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	14
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS DEL PEI Y ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI:	15
6.3.1. MISIÓN DEL HSJL:	15
6.3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES:	15
6.3.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES:	15
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:	16
6.4.1. DESCRIPCIÓN OPERATIVA	16
6.4.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CUADRO GANTT	17
6.5. PRESUPUESTO:	18
6.6. FINANCIAMIENTO:	21
6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN:	21
VII. RESPONSABILIDADES:	29
VIII. ANEXOS:	30
IX. BIBLIOGRAFÍA:	43





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

I. INTRODUCCIÓN:

La Unidad de Gestión de la Calidad, es el órgano de asesoría encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, mediante la implementación del proceso de mejora continua en los aspectos asistenciales y administrativas, con la participación activa del personal; depende directamente de la Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Lurigancho¹.

El sistema de Gestión de la Calidad está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de Salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles. Incluye componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la Institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad.

Dentro del marco del Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" se evidencian que los enfoques de calidad han venido avanzando, en la medida de que ya no se centran exclusivamente en los servicios prestacionales de salud ni en la satisfacción de los usuarios sino que son parte de un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene los siguientes principios: Enfoque al usuario; Liderazgo; Participación del personal; Enfoque basado en procesos; Enfoque sistémico para la gestión; Mejora continua de la Calidad; Toma de decisiones basada en la evidencia y Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.²

Para este propósito se crea un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuyo objetivo general es "mejorar la condición de los servicios, recursos y tecnología del sector a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos".

Por ello, se elaborará el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad, para monitorear los estándares de calidad de las prestaciones en la atención en salud del usuario externo, e implementar acciones de mejora continua de la calidad sobre las prioridades reales en los servicios de salud que presta nuestra institución, para de esta forma garantizar el cumplimiento de los indicadores de calidad, adscritos según los Criterios de Programación por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.



¹ Manual de Organización y funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad - 2013

² Sistema de Gestión de la Calidad en Salud - Documento Técnico aprobado con Resolución Ministerial 519 - 2006 / Minsa



PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

II. FINALIDAD:

- El presente plan tiene como finalidad *"Establecer acciones para implementar el mejoramiento del sistema de gestión de la calidad, así como la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital San Juan de Lurigancho"*.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer y organizar la ejecución de los procesos y sub - procesos técnicos y administrativos de la Gestión de la Calidad mediante la implementación de un sistema integral de mejora continua que garantice la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de estándares normativos, promoviendo una cultura de excelencia en la atención en salud, desarrollando protocolos de atención que aseguren prácticas seguras y de alta calidad en todos los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Planificar, coordinar, dirigir, gestionar y evaluar las actividades para la gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad mediante la implementación de un marco integral de evaluación y mejora continua que garantice la satisfacción del paciente y el cumplimiento de estándares de calidad.
- Implementar un sistema de gestión de la calidad que promueva la estandarización de procesos y la evaluación continua del desempeño, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente y asegurar el cumplimiento de los estándares normativos y de acreditación.
- Implementar un marco de trabajo de auditoría interna que evalúe de manera sistemática los procesos de atención en salud, identificando oportunidades de mejora y garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad y normativas vigentes, con el fin de optimizar la seguridad del paciente y la efectividad de los servicios prestados.
- Establecer una mejora de procesos y de la satisfacción del paciente; fomentar una cultura de transparencia y confianza en los servicios de salud, así como implementar herramientas y metodologías para la recolección sistemática de la retroalimentación de los usuarios, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y buzones de sugerencias.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

- El presente Plan de Trabajo de la **Unidad de Gestión de la Calidad 2025** es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Departamentos, Unidades y Oficinas del Hospital San Juan de Lurigancho.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

- 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.
- Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 007 - 2020 - PCM Disposiciones para la Gestión de Reclamos en las entidades de la Administración Pública.
- Resolución Secretarial de Gestión Pública N° 001 - 2021 - PCM - SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001 - 2021 - PCM - SGP "Norma Técnica para la Gestión de Reclamos en las entidades y empresas de la Administración Pública".
- Resolución Ministerial N° 090 - 2022 / MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326 - MINSA / OGPPM - 2022 Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 826 - 2021 / MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 523 - 2020 / MINSA, que aprueba la NTS N° 163 - MINSA / 2020 / CDC "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones asociadas a la Atención de la Salud".
- Resolución Ministerial N° 1143 - 2019 / MINSA, que aprueba la "Directiva Administrativa N° 280 - MINSA / 2019 / OGPPM: Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los órganos, unidades orgánicas de la Administración Central, Los órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA.
- Resolución Ministerial N° 343 - 2019 / MINSA, que aprueba la Directiva N° 262 - MINSA / 2019 / OGPPM "Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Seguimiento, Evaluación y Modificación del Plan Operativo Institucional del Pliego 011: MINSA".
- Resolución Ministerial N° 214 - 2018 / MINSA, que aprueba la NTS N° 139 - MINSA / 2018 / DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 502 - 2016 / MINSA, que aprueba la NTS N° 029 - MINSA / DIGEPRES V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 414 - 2015 / MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 302 - 2015 / MINSA, que aprueba la NTS N° 117 - MINSA / DGSP - V.0.1 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 168 - 2015 / MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud".





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

- 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° 527 - 2011 / MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."
- Resolución Ministerial N° 456 - 2007 / MINSA, que aprueba la NTS N° 050 - MINSA / DGSP - V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 546 - 2011 / MINSA, que aprueba Norma Técnica de Salud N° 021 - MINSA / DGSP - V.03: "Categorías de establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 449 - 2010 / MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital San Juan de Lurigancho como Hospital II-2, que contiene la Unidad de Gestión de la Calidad-UGC, como Unidad Orgánica.
- Resolución Ministerial N° 308 - 2010 / MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 1021 - 2010 / MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 727 - 2009 / MINSA "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° 523 - 2007 / MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones intrahospitalarias"
- Resolución Ministerial N° 676 - 2006 / MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008.
- Resolución Ministerial N° 519 - 2006 / MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud",
- Resolución Ministerial N° 1263 - 2004 / MINSA. Lineamientos para la organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en las Unidades de Gestión de la Calidad de Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 753 - 2004 / MINSA, que aprueba la NT N° 020 - MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Directoral N.° 267 - 2024 - DE - HSJL / MINSA, que aprueba la "Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Modificación y/o Actualización de Documentos Normativos del Hospital San Juan de Lurigancho", que en texto adjunto forma parte de la presente resolución.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

VI. CONTENIDO:

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- **ACREDITACIÓN:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **AUDITORÍA:** Es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir mejoras para el beneficio de la población. La auditoría basada en evidencias utiliza como herramientas la bioestadística y la epidemiología.
- **AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora
- **AUTOEVALUACIÓN:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **CALIDAD:** Es la atención médica que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en la que se genera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.
- **CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN:** Son las condiciones que deben cumplir las determinadas actividades, actuaciones o procesos para ser consideradas de calidad. ¿Es decir que perseguimos?, ¿cuál es el objetivo?, que pretendemos?, teniendo en cuenta aquellas características que mejor representan (siempre que pueden medirse) lo que deseamos lograr. Debe ser elaborado en forma participativa, fácilmente cuantificable.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

- **HIGIENE DE MANOS:** Es el conjunto de métodos y técnicas que remueven, destruyen y reducen el número y la proliferación de los microorganismos en las manos.
- **INDICADOR:** Es la medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, es decir, es la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.
- **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA:** Es un recordatorio prospectivo que contribuyen a mejorar el cumplimiento de las prácticas; su valor radica en la aplicación oportuna, tiene impacto sobre la reducción de los eventos adversos probables que puedan ser causados en un acto quirúrgico.
- **MEJORA CONTINUA:** Es un enfoque para la mejora de procesos operativos que se basa en la necesidad de revisar continuamente las operaciones de los problemas, la reducción de costos oportunidad, la racionalización, y otros factores que en conjunto permiten la optimización.
- **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS:** Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.
- **PLANIFICACIÓN:** Los esfuerzos que se realizan a fin de cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos se enmarcan dentro de una planificación.
- **RONDAS DE SEGURIDAD:** Es una herramienta de Calidad que permite evaluar las buenas prácticas de la atención en salud ,recomendada para fortalecer la cultura de seguridad en el paciente, consiste en una visita programada a un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención la atención y establecer contacto directo con el paciente , la familia y el personal de salud , siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar las actividades de salud del Sector y sus dependencias públicas de los tres niveles en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. Este Sistema incluye los componentes Planificación, Garantía y Mejora e Información para la calidad dentro de las IPRESS, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

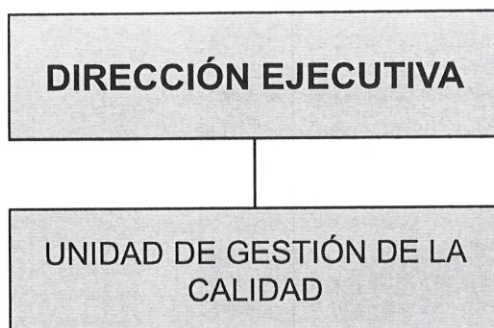
Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

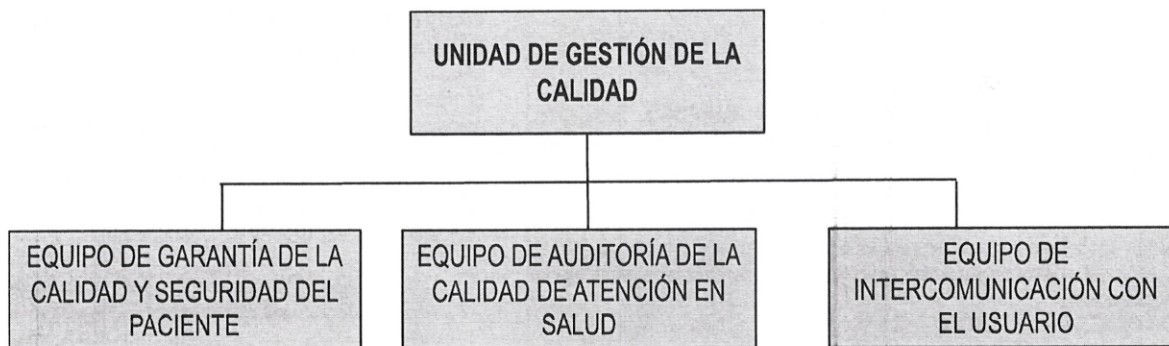
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO:

a. Organización funcional de la Unidad Orgánica (organigrama, funciones y RR.HH)

a.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL:



a.2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL:



³ Manual de Organización y funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad - 2013



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

a.3.Análisis FODA:

POSITIVAS

FORTALEZAS

- **CERTIFICACIÓN EN ESTÁNDARES DE CALIDAD:** Si el hospital ha implementado y mantenido certificaciones de calidad reconocidas (como Modelo de Acreditación de la Calidad en Salud), esto otorga un respaldo a la gestión de calidad, asegurando procesos eficientes y seguros para los pacientes.
- **ENFOQUE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La Unidad de Gestión de la Calidad está orientada a mejorar la seguridad del paciente mediante la implementación de protocolos y procedimientos estandarizados, reduciendo riesgos de errores médicos o administrativos.
- **CAPACITACIÓN CONSTANTE DEL PERSONAL:** La capacitación periódica en gestión de calidad y buenas prácticas para todo el personal (médicos, enfermeras, administrativos) mejora el desempeño en el cumplimiento de los estándares de calidad.
- **MONITOREO Y CONTROL DE PROCESOS:** La unidad tiene mecanismos para el monitoreo continuo de indicadores clave de calidad (como tiempos de espera, calidad en la atención, satisfacción del paciente) y su mejora constante.
- **COMPROMISO CON LA MEJORA CONTINUA:** La unidad promueve el ciclo de mejora continua (PDCA) en todos los departamentos del hospital, buscando siempre la optimización de los procesos clínicos, administrativos y de soporte.
- **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:** Existe un sistema estructurado para medir y evaluar la satisfacción del paciente, lo que permite identificar áreas de mejora en la atención y servicios del hospital.

OPORTUNIDADES

- Desarrollo de tecnologías en salud: La adopción de nuevas tecnologías médicas y sistemas de gestión hospitalaria (historia clínica electrónica, telemedicina, sistemas de monitoreo de pacientes) puede mejorar la calidad en la atención y la eficiencia operativa del hospital.
- Acreditación y certificaciones adicionales: Buscar nuevas acreditaciones o certificaciones, como las relacionadas con la calidad en la gestión hospitalaria, puede diferenciar al hospital y aumentar su competitividad dentro del sistema de salud.
- Se brinda asesoría continua para la elaboración de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos a la jefaturas asistenciales.
- Se promovió la participación activa de capacitaciones relacionadas a la Implementación de Gestión de Proyectos de Mejora Continua.

DEBILIDADES

- **LIMITACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS:** El hospital podría enfrentar limitaciones presupuestarias que afecten la implementación de mejoras en la infraestructura, la contratación de personal especializado o la compra de equipos médicos avanzados.
- **RESISTENCIA AL CAMBIO EN ALGUNOS SERVICIOS:** El personal o algunos departamentos pueden resistirse a implementar nuevos protocolos o procesos de gestión de calidad, lo que puede ralentizar el avance en la mejora continua.
- **DESCOORDINACIÓN ENTRE ÁREAS:** A veces, la falta de comunicación entre departamentos (como emergencias, administración, y atención primaria) puede generar procesos ineficientes, afectando la calidad de la atención brindada al paciente.
- **INCONSISTENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTÁNDARES:** En ocasiones, los estándares de calidad no se aplican de manera consistente en todos los servicios y áreas del hospital, lo que puede resultar en variabilidad en la atención y en la calidad de los servicios ofrecidos.
- **INFRAESTRUCTURA LIMITADA:** Si bien el hospital puede estar mejorando sus procesos, la infraestructura (por ejemplo, salas de espera, consultorios o equipos médicos) podría no estar completamente optimizada, lo que afecta la experiencia del paciente.

AMENAZAS

- **CRECIMIENTO DE LA DEMANDA Y PRESIÓN POR AUMENTAR LA CAPACIDAD:** La alta demanda de servicios de salud en zonas urbanas como San Juan de Lurigancho podría generar una sobrecarga de pacientes, lo que afectaría la calidad del servicio debido a la falta de recursos humanos y materiales para atender a todos.
- **Cambio en la normativa de salud:** Las reformas en la normativa de salud pública y la implementación de nuevas leyes o políticas pueden requerir ajustes rápidos en la gestión de calidad, lo que podría generar incertidumbre o dificultades en la adaptación.
- Los órganos de línea presentan demora en emisión de respuesta, incluso fuera de los plazos establecidos, según la directiva vigente.
- Las guías de Práctica Clínica de las patologías más frecuentes de acuerdo al ASISHO institucional y Guías de Procedimientos Asistenciales, se encuentran desactualizados.
- Bajo nivel de satisfacción del usuario externo sobre la atención en Consultorios Externos, Hospitalización y Emergencia.
- **Crisis sanitarias o emergencias:** Situaciones como epidemias o brotes de enfermedades pueden desbordar los sistemas de salud, lo que pondría a prueba los procesos de calidad y seguridad establecidos en el hospital.
- **Deficiencia en la cadena de suministros:** La escasez de suministros médicos, medicamentos o equipos podría impactar negativamente en la capacidad del hospital para ofrecer atención de calidad, afectando tanto a los pacientes como al personal médico.

NEGATIVAS

IN
TE
R
N
ASE
X
T
E
R
N
AS

a.4.Análisis Recurso Humano:

N°	PROFESIÓN (DESCRIPCIÓN)	ESPECIALIDAD	SERVICIO / ÁREA	NOMBRADO	CAS	TERCERO	TOTAL DE PROFESIONALES
1	MÉDICO AUDITOR	-	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			1	1
2	ABOGADO	-				1	1
3	LIC. EN ENFERMERÍA	-			2		2
4	LIC. EN OBSTETRICIA	-				1	1
5	TECNICO ADMINISTRATIVO	-			1	12	13
6	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	-			1	6	8
TOTAL				1	4	20	25

a.5.Funciones Específicas:

a. FUNCIÓN BÁSICA:

- Organizar, coordinar, dirigir, controlar e informar la ejecución de los procesos y sub - procesos técnicos y administrativos de la Gestión de la Calidad, que comprende la seguridad del paciente, la mejora continua de la atención asistencial y administrativa, la auditoria de la calidad en salud, la acreditación hospitalaria y otros aspectos orientados a la satisfacción de nuestros usuarios: todo lo cual está orientado a lograr objetivos funcionales de la unidad, en coherencia con los objetivos generales y estratégicos del Hospital San Juan de Lurigancho.

b. FUNCIONES ESPECÍFICAS:

- Proponer la incorporación de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales para el mejoramiento continuo de la atención asistencial y administrativa del paciente.
- Asesorar, formular y proponer a la Dirección Ejecutiva, los lineamientos y documentos técnicos necesarios, para implementar la Gestión de la Calidad en el Hospital, incorporando el enfoque de calidad en los planes institucionales, así como en la gestión de los recursos humanos del hospital,
- Proponer y dirigir las estrategias metodologías e instrumentos de la calidad para mejora continua en los servicios.
- Participar en la ejecución de planes y programas que permitan conocer y mejorar continuamente la atención asistencial y/o administrativa del paciente, así como identificar y proponer los alcances y elementos para generar y evaluar la calidad de la atención en el Hospital.
- Dirigir el monitoreo de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección Ejecutiva.
- Asesorar, difundir aspectos técnicos, desarrollar y supervisar, así como presentar información sobre el proceso de acreditación, Seguridad del Paciente y Auditoría de la Calidad en Salud.
- Asesorar a los jefes de departamentos y servicios que brindan atención al paciente en la formulación de las Guías de práctica y de procedimientos de atención de la salud, en aras de formalizar los criterios de atención al paciente que acude al Hospital.
- Promover, opinar sobre estudios de investigación, proyectos, planes y programas técnicos, relacionados a la implementación y desarrollo de la Gestión de la calidad en el hospital.





PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

- Supervisar el cumplimiento del plan de gestión de la Calidad y los planes que lo comprenden.
- Promover la implementación de proyectos y documentos técnicos para garantizar la seguridad del paciente del Hospital.
- Coordinar y supervisar las actividades del Comité de auditoría de la Calidad de la atención en salud.
- Difundir y aplicar normas de Gestión de la Calidad, Seguridad del Paciente, Acreditación y Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Participar junto a las unidades involucradas, en la mejora del clima organizacional proponiendo y/o ejecutando programas de capacitación y sensibilización al personal del hospital para desarrollar una filosofía de cambio de actitud, cultivo de valores y vocación del servicio.
- Difundir los resultados de las actividades del personal de evaluación de la satisfacción del usuario, sistema de quejas y sugerencias, clima organizacional y otras.
- Dirigir y supervisar las actividades del personal de la UGC, para asegurar el cumplimiento de los objetivos funcionales, en coherencia a la normatividad vigente.
- Coordinar y formular el Plan Operativo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad, para su incorporación en el Plan Operativo Institucional, así como informar el avance de metas físicas.
- Aprobar todo tipo de documentos que se emita de la Unidad de Gestión de la Calidad, como producto de las actividades técnicas y/o administrativas.
- Cumplir y hacer cumplir las normas técnicas y/o administrativas de los sistemas de control, evaluación, abastecimiento, información, según corresponda.
- Formular y actualizar el manual de Organización y Funciones, acorde a las directivas y/o lineamientos vigentes emanados de los órganos correspondientes, así como otros documentos de gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Participar en comités, comisiones, equipos multidisciplinarios y/o de gestión institucional, para incorporar el enfoque de la calidad.
- Supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención integral y especializada de salud en el Hospital.
- Supervisar y controlar el cumplimiento de las programaciones en consulta externa en los horarios establecidos.
- Administrar bienes materiales, equipos e instrumentos de trabajo, en aras de cumplir los objetivos funcionales, velando por su conservación y uso adecuado.
- Participar en la formulación y evaluación de los documentos de gestión institucional como POI, PEI, etc. velando por la incorporación de enfoques de la calidad.
- Ejercer y demostrar eficiencia y calidad en las intervenciones operacionales y desarrollo de los procesos técnicos alusivos a su competencia.
- Las demás funciones que le asigne el Director Ejecutivo del Hospital.

b. Resumen Ejecutivo del Diagnóstico situacional de la Unidad Orgánica.

- El Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) es una de las principales instituciones de salud pública en Lima Este, con más de un millón de habitantes a su cargo. La Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) fue creada con el objetivo de mejorar la eficiencia, efectividad y seguridad en los servicios hospitalarios, implementando políticas y procesos de calidad. A pesar de los avances en la implementación de



PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

normativas nacionales e internacionales, y la obtención de certificaciones de calidad, persisten desafíos significativos en la estandarización y consistencia de los procesos en todos los niveles del hospital.

El principal problema identificado en la UGC es la variabilidad en la calidad de los servicios prestados. Aunque existen esfuerzos por estandarizar los procesos de atención, la implementación inconsistente de protocolos genera diferencias en los resultados de atención entre departamentos. Este problema se ve agravado por la alta demanda de pacientes, especialmente en áreas críticas como emergencias y consultas externas, y la limitación de recursos humanos y materiales, que afecta la capacidad del hospital para mantener estándares constantes de calidad.

Entre las causas del problema destacan la falta de coordinación interna entre departamentos, la resistencia al cambio por parte de algunos sectores del personal, la sobrecarga de pacientes, y la desactualización de protocolos que no se han alineado con los avances tecnológicos y las nuevas normativas.

Para abordar estos problemas, se proponen varias alternativas de solución, entre ellas: fortalecer la comunicación y coordinación interna mediante el uso de plataformas tecnológicas, invertir en capacitación continua para todo el personal, optimizar recursos disponibles para mejorar la contratación de personal y adquisición de equipos, y establecer un sistema de evaluación y seguimiento que permita monitorear indicadores de calidad. Además, se sugiere ajustar y actualizar los procesos y protocolos para alinearlos con los avances en el sector salud y mejorar la gestión de la demanda de pacientes, utilizando tecnologías como la telemedicina y optimizando horarios y citas.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

c. MATRIZ DE ANÁLISIS DE PROBLEMA Y SOLUCIONES:

6.2.1. ANTECEDENTES	6.2.2. PROBLEMA	6.2.3. CAUSAS	6.2.4. POBLACIÓN OBJETIVO	6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
El Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) es una de las principales instituciones de salud pública en Lima Este, atendiendo a una población de más de 1 millón de habitantes. La Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) fue establecida con el objetivo de mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios hospitalarios, garantizando la satisfacción del paciente y la seguridad del mismo a través de la implementación de políticas de calidad. A lo largo de los años, el hospital ha buscado alinearse con normativas nacionales, obteniendo diversas certificaciones en gestión de calidad y mejorando la infraestructura y procesos médicos. Sin embargo, a pesar de los avances, persisten desafíos significativos en la implementación consistente de prácticas de calidad en todos los niveles del hospital.	El principal problema identificado en la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho es la variabilidad en la calidad de los servicios prestados. A pesar de los esfuerzos por estandarizar los procesos de atención, existen inconsistencias en la implementación de protocolos, lo que genera diferencias en los resultados de la atención entre los distintos departamentos. Además, la alta demanda de pacientes, sumada a la falta de recursos suficientes (tanto humanos como materiales), afecta la capacidad del hospital para mantener estándares de calidad constantes en todas las áreas de atención.	Falta de coordinación interna: La comunicación deficiente entre los distintos departamentos del hospital (emergencias, consultas externas, laboratorio, entre otros) provoca descoordinación en los procesos y dificulta el cumplimiento homogéneo de los estándares de calidad.	PACIENTES: Personas de todas las edades que requieren atención médica en los distintos servicios del hospital, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, urgencias y complicaciones de salud. PERSONAL DE SALUD: Médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo que interactúan directamente con los pacientes y participan en la implementación de protocolos de calidad. FAMILIAS DE LOS PACIENTES: Quienes también son importantes en la percepción de la calidad de los servicios prestados y su satisfacción general con la atención brindada.	Implementar un sistema de gestión de la comunicación más eficiente entre los distintos departamentos del hospital, utilizando herramientas tecnológicas como plataformas digitales para la coordinación de pacientes y la integración de información médica en tiempo real.
		Limitación de recursos: El hospital enfrenta restricciones presupuestarias que afectan tanto la contratación de personal especializado como la adquisición de equipos médicos de última generación, lo que impide optimizar los procesos de atención y el cumplimiento de estándares de calidad.		Buscar alternativas para mejorar la gestión de los recursos, priorizando la adquisición de equipos médicos esenciales y la contratación de personal en áreas críticas para mejorar la atención y reducir la sobrecarga de trabajo.
		Resistencia al cambio: Existe resistencia por parte de algunos sectores del personal a la adopción de nuevos procedimientos y protocolos de calidad, lo que retrasa la implementación de mejoras continuas.		Establecer un sistema para el monitoreo continuo de los indicadores de calidad, realizando auditorías internas periódicas y evaluaciones de satisfacción de los pacientes para identificar áreas de mejora.
		Sobrecarga de pacientes: La alta demanda de atención, especialmente en áreas como emergencias y consultas externas, genera una sobrecarga en los servicios, lo que dificulta ofrecer una atención de calidad a todos los pacientes de manera oportuna y eficiente.		Establecer un programa de capacitación constante para todo el personal, enfocado en las mejores prácticas de gestión de calidad, protocolos médicos actualizados, y manejo adecuado de nuevas tecnologías.
		Desactualización de procesos y protocolos: Algunos procesos y protocolos de calidad no han sido actualizados para adaptarse a los avances tecnológicos y las nuevas normativas del sector salud, lo que impacta en la consistencia y efectividad de las acciones.		Implementar estrategias para manejar de manera más eficiente la alta demanda de atención, como la optimización de horarios, el uso de tecnologías como la telemedicina para consultas no urgentes, y la mejora en la gestión de citas y trámites administrativos.
				Realizar una revisión exhaustiva de los procesos y protocolos de calidad para garantizar que estén alineados con las normativas actuales y con los avances tecnológicos en el sector salud.



PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS DEL PEI Y ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI:

6.3.1. MISIÓN DEL HSJL:

- Somos un Órgano desconcentrado del MINSA, categorizado como hospital de mediana complejidad, nivel II-2, que brinda servicios de cuidado integral a través de la atención especializada a demanda de la población, con oportunidad, calidad y calidez humana, contamos con equipos biomédicos modernos y recursos humanos capacitados.

6.3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES:

- **OEI.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**

6.3.3. ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES:

- **AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.**
 - Planificar, coordinar, dirigir, gestionar y evaluar las actividades para la gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad mediante la implementación de un marco integral de evaluación y mejora continua que garantice la satisfacción del paciente y el cumplimiento de estándares de calidad.
 - Implementar un sistema de gestión de la calidad que promueva la estandarización de procesos y la evaluación continua del desempeño, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente y asegurar el cumplimiento de los estándares normativos y de acreditación.
 - Implementar un marco de trabajo de auditoría interna que evalúe de manera sistemática los procesos de atención en salud, identificando oportunidades de mejora y garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad y normativas vigentes, con el fin de optimizar la seguridad del paciente y la efectividad de los servicios prestados.
 - Establecer una mejora de procesos y de la satisfacción del paciente; fomentar una cultura de transparencia y confianza en los servicios de salud, así como implementar herramientas y metodologías para la recolección sistemática de la retroalimentación de los usuarios, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y buzón de sugerencias.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:

6.4.1. DESCRIPCIÓN OPERATIVA

a. Matriz 2: Matriz de articulación de OEI y Actividad Presupuestal a nivel de subproducto/ tarea

MARCO ESTRATÉGICO		OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PLAN	ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA Y OPERATIVA A NIVEL DE SUBPRODUCTO 2025							
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	SUBPRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
OEI 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	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	Planificar, coordinar, dirigir, gestionar y evaluar las actividades para la gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad mediante la implementación de un marco integral de evaluación y mejora continua que garantice la satisfacción del paciente y el cumplimiento de estándares de calidad.	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999. SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ACTIVIDAD 0001. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	PLAN	3	JEFATURA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
		ACTIVIDAD 0002. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL				DOCUMENTO	1			
		Implementar un sistema de gestión de la calidad que promueva la estandarización de procesos y la evaluación continua del desempeño, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente y asegurar el cumplimiento de los estándares normativos y de acreditación.				ACTIVIDAD 0003. IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTROS QUIRÚRGICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALICEN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.	INFORME	2	EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
						ACTIVIDAD 0004. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	INFORME	2		
						ACTIVIDAD 0005. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA SEGÚN NORMATIVA VIGENTE (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3).	INFORME	2		
						ACTIVIDAD 0006. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3)	INFORME	4		
						ACTIVIDAD 0007. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS	INFORME	8		



PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

MARCO ESTRATÉGICO		OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PLAN	ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA Y OPERATIVA A NIVEL DE SUBPRODUCTO 2025							
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL		CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	SUBPRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
						DE SALUD.				
						ACTIVIDAD 0008. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-1)	INFORME	2		
		Implementar un marco de trabajo de auditoría interna que evalúe de manera sistemática los procesos de atención en salud, identificando oportunidades de mejora y garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad y normativas vigentes, con el fin de optimizar la seguridad del paciente y la efectividad de los servicios prestados.				ACTIVIDAD 0009. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	INFORME	5		
						ACTIVIDAD 0010. CONDUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, ASEGURANDO QUE SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS Y DE CALIDAD ESTABLECIDOS.	GUIA	12	EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	
		Establecer una mejora de procesos y de la satisfacción del paciente; fomentar una cultura de transparencia y confianza en los servicios de salud, así como implementar herramientas y metodologías para la recolección sistemática de la retroalimentación de los usuarios, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y buzones de sugerencias.				ACTIVIDAD 0011. ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES, CON EL APOYO DE ASESORÍA LEGAL PARA GARANTIZAR LA LEGALIDAD DE LAS DECISIONES.	INFORME	2		
						ACTIVIDAD 0012. ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS.	INFORME	6	EQUIPO DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO	
								49		

6.4.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CUADRO GANTT

- Cronograma de Actividades (ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN):

CATE/PRES	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	TAREAS	U M	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	39999999.SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN MÁS EFICIENTE ENTRE LOS DISTINTOS DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL, UTILIZANDO HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS COMO PLATAFORMAS DIGITALES PARA LA COORDINACIÓN DE	ACCIÓN				X						X	X		UGC	UGC



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CATE PRES	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	TAREAS	U M	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	AREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
			PACIENTES Y LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EN TIEMPO REAL.															
			BUSCAR ALTERNATIVAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS, PRIORIZANDO LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS ESENCIALES Y LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN ÁREAS CRÍTICAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y REDUCIR LA SOBRECARGA DE TRABAJO.	ACCIÓN						X						X		
			ESTABLECER UN SISTEMA PARA EL MONITOREO CONTINUO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD, REALIZANDO AUDITORÍAS INTERNAS PERIÓDICAS Y EVALUACIONES DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PARA IDENTIFICAR ÁREAS DE MEJORA.	ACCIÓN			X			X			X			X		
			ESTABLECER UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONSTANTE PARA TODO EL PERSONAL, ENFOCADO EN LAS MEJORES PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y PROTOCOLOS MÉDICOS ACTUALIZADOS	CAPACITACIÓN						X						X		
			IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA MANEJAR DE MANERA MÁS EFICIENTE LA ALTA DEMANDA DE ATENCIÓN, COMO LA OPTIMIZACIÓN DE HORARIOS, EL USO DE TECNOLOGÍAS COMO LA TELEMEDICINA PARA CONSULTAS NO URGENTES, Y LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE CITAS Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.	ACCIÓN	X					X						X		
			REALIZAR UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA DE LOS PROCESOS Y PROTOCOLOS DE CALIDAD PARA GARANTIZAR QUE ESTÉN ALINEADOS CON LAS NORMATIVAS ACTUALES Y CON LOS AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL SECTOR SALUD.	ACCIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

6.5. PRESUPUESTO:

6.5.1. Requerimiento de Bienes:

a. Bienes por Actividad Presupuestal y Clasificador (Registrados en el SIGA):

CATEGORÍA PRESUPUESTAL:	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS				
PRODUCTO	3999999.SIN PRODUCTO				
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL:	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD				
CLASIFICADOR	NOM. CLASIFICADOR	PROGRAMACIÓN INICIAL	TECHO PRESUPUESTAL	BRECHA	
2.1.1.13.1.1.	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - INDETERMINADO	S/.185,310.84	S/.91,762.00	-S/.93,548.84	



PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CATEGORÍA PRESUPUESTAL:	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS			
PRODUCTO	3999999.SIN PRODUCTO			
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL:	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
CLASIFICADOR	NOM. CLASIFICADOR	PROGRAMACIÓN INICIAL	TECHO PRESUPUESTAL	BRECHA
2.1.1.13.1.2.	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - TRANSITORIO	S/0.00	S/0.00	S/0.00
2.1.1.9.1.4.	AGUINALDOS DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	S/2,400.00	S/2,400.00	S/0.00
2.1.3.1.1.12.	CONTRIBUCIONES POR EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO	S/0.00	S/1,142.00	S/1,142.00
2.1.3.1.1.15.	CONTRIBUCIONES A ESSALUD DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	S/9,140.52	S/8,259.00	-S/881.52
2.1.3.1.1.6	OTRAS CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR	S/3,274.68	S/0.00	-S/3,274.68
2.3.2.9.1.1.	LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONA NATURAL	S/586,800.00	S/286,325.00	-S/300,475.00
2.3.11.1.1	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO	S/1,159.92	S/0.00	-S/1,159.92
2.3.15.1.2	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	S/17,413.96	S/0.00	-S/17,413.96
TOTAL		S/805,499.92	S/389,888.00	-S/415,611.92

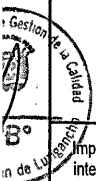
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA				ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA DEL PRESUPUESTO						
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN:				Fortalecer y organizar la ejecución de los procesos y sub - procesos técnicos y administrativos de la Gestión de la Calidad mediante la implementación de un sistema integral de mejora continua que garantice la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de estándares normativos, promoviendo una cultura de excelencia en la atención en salud, desarrollando protocolos de atención que aseguren prácticas seguras y de alta calidad en todos los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROG. DE METAS FÍSICAS AÑO 2025	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL						
				CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	GENÉRICA DE GASTO	AÑO 2025	TOTAL PRESUPUESTO	
Planificar, coordinar, dirigir, gestionar y evaluar las actividades para la gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad mediante la implementación de un marco integral de evaluación y mejora continua que garantice la satisfacción del paciente y el cumplimiento de estándares de calidad.	ACTIVIDAD 0001. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	001. ACCIÓN	49	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999. SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	2.1.PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	S/200,126.04	UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
	ACTIVIDAD 0002. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL									
Implementar un sistema de gestión de la calidad que promueva la estandarización de procesos y la evaluación continua del desempeño, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente y asegurar el cumplimiento de los estándares normativos y de acreditación.	ACTIVIDAD 0003. IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTROS QUIRÚRGICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALICEN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.									



PERÚ

Ministerio
de SaludVice Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA OPERATIVA				ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA DEL PRESUPUESTO						
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN:				Fortalecer y organizar la ejecución de los procesos y sub - procesos técnicos y administrativos de la Gestión de la Calidad mediante la implementación de un sistema integral de mejora continua que garantice la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de estándares normativos, promoviendo una cultura de excelencia en la atención en salud, desarrollando protocolos de atención que aseguren prácticas seguras y de alta calidad en todos los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROG. DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL						
			AÑO 2025	CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	GENÉRICA DE GASTO	AÑO 2025	TOTAL PRESUPUESTO	
 Implementar un marco de trabajo de auditoría interna que evalúe de manera sistemática los procesos de atención en salud, identificando oportunidades de mejora y garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad y normativas vigentes, con el fin de optimizar la seguridad del paciente y la efectividad de los servicios prestados. Establecer una mejora de procesos y de la satisfacción del paciente; fomentar una cultura de transparencia y confianza en los servicios de salud, así como implementar herramientas y metodologías para la recolección sistemática de la retroalimentación de los usuarios, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y buzones de sugerencias.	ACTIVIDAD 0004. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.									
	ACTIVIDAD 0005. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA SEGÚN NORMATIVA VIGENTE (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3).									
	ACTIVIDAD 0006. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3)									
	ACTIVIDAD 0007. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.									
	ACTIVIDAD 0008. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-1)									
	ACTIVIDAD 0009. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.									
	ACTIVIDAD 0010. CONDUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, ASEGURANDO QUE SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS Y DE CALIDAD ESTABLECIDOS.									
	ACTIVIDAD 0011. ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES, CON EL APOYO DE ASESORÍA LEGAL PARA GARANTIZAR LA LEGALIDAD DE LAS DECISIONES.									
	ACTIVIDAD 0012. ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS.									
								2.3.BIENES Y SERVICIOS	S/1,195,387.92	



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "**6.6. FINANCIAMIENTO:****TABLA RESUMIDA POR CATEGORÍA DE GASTO:**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENÉRICA DE GASTO	DESCRIPCIÓN	MONTO
RO	2.1	RECURSOS HUMANOS	S/.200,126.04
	2.3	SERVICIOS BÁSICOS	-
		BIENES Y SERVICIOS	S/.18,573.88
		LOCACIÓN DE SERVICIOS	S/.586,800.00
	TOTAL		S/.805,499.92

6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN:

- Las actividades de Supervisión y Monitoreo deberá realizarlas el jefe/responsable durante todo el año en forma mensual, del avance de la meta física a nivel de Actividad Operativa (subproducto) y de la ejecución presupuestal a nivel de Actividad Presupuestal. El proceso de evaluación se realizará en forma semestral.

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

CADENA PRESUPUESTAL			CUMPLIMIENTO META FÍSICA									EJECUCIÓN PRESUPUESTAL								
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad Operativa	UNIDAD DE MEDIDA	I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL			I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL		
			PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% DE AVANCE META FÍSICA ANUAL	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC. PRESUPUESTAL
Planificar, coordinar, dirigir, gestionar y evaluar las actividades para la gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad mediante la implementación de un marco integral de evaluación y mejora continua que garantice la satisfacción del paciente y el cumplimiento de estándares de calidad.	ACTIVIDAD 0001. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	PLAN	2			1			3											
	ACTIVIDAD 0002. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	DOCUMENTO	0			1			1											
Implementar un sistema de gestión de la calidad que promueva la estandarización de procesos y la evaluación continua del desempeño, con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente y asegurar el cumplimiento	ACTIVIDAD 0003. IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTROS QUIRÚRGICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALICEN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.	INFORME	1			1			2											



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL		CUMPLIMIENTO META FÍSICA									EJECUCIÓN PRESUPUESTAL									
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad Operativa	UNIDAD DE MEDIDA	I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL			I SEMESTRE			II SEMESTRE			ANUAL		
			PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% DE AVANCE META FÍSICA ANUAL	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC.	PROG.	EJEC.	% EJEC. PRESUPUESTAL
de los estándares normativos y de acreditación.	ACTIVIDAD 0004. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	INFORME	4			4			8											
	ACTIVIDAD 0005. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA SEGÚN NORMATIVA VIGENTE (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3).	INFORME	1			1			2											
	ACTIVIDAD 0006. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-3)	INFORME	2			2			4											
	ACTIVIDAD 0007. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	INFORME	12			10			22											
	ACTIVIDAD 0008. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-1)	INFORME	1			1			2											
Implementar un marco de trabajo de auditoría interna que evalúe de manera sistemática los procesos de atención en salud, identificando oportunidades de mejora y garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad y normativas vigentes, con el fin de optimizar la seguridad del paciente y la efectividad de los servicios prestados.	ACTIVIDAD 0009. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	INFORME	3			2			5											
	ACTIVIDAD 0010. CONDUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, ASEGURANDO QUE SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS Y DE CALIDAD ESTABLECIDOS.	GUIA	6			6			12											
Establecer una mejora de procesos y de la satisfacción del paciente; fomentar una cultura de transparencia y confianza en los servicios de salud, así como implementar herramientas y metodologías para la recolección sistemática de la retroalimentación de los usuarios, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y buzones de sugerencias.	ACTIVIDAD 0011. ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES, CON EL APOYO DE ASESORÍA LEGAL PARA GARANTIZAR LA LEGALIDAD DE LAS DECISIONES.	INFORME	1			1			2											
	ACTIVIDAD 0012. ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS.	INFORME	3			3			6											
			27			22			49											



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones
y Seguro en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES POR ACTIVIDAD OPERATIVA Y TAREA - 2025 :

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								AREA RESPONSABLE DE LA INFORMACION			
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ	META FISICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC				
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E	P	E
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTAR IAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999. SIN PRODUCTO O	5000377 .MEJORAMIENT O DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ACTIVIDAD 0001. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	1.1. ELABORAR DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	PLAN	X	1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		JEFATURA DE LA CALIDAD		
				1.2. REALIZAR INFORME TÉCNICO PARA LA APROBACIÓN MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO DEL PLAN DE TRABAJO	INFORME		1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0				
				1.3. REALIZAR EL INFORME DE EVALUACIÓN SEMESTRAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	X	2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1				
			ACTIVIDAD 0002. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	2.1. REVISAR Y REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DE LOS LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS RELACIONADOS A LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DOCUME NTO	X	1	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
				3.1. GESTIONAR Y CONFORMAR LOS EQUIPOS DE CONDUCTORES Y COORDINADORES DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC) POR TURNO QUIRÚRGICO	RESOLUCI ÓN DIRECTOR AL		1	0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				3.2. REALIZAR INFORME DE LA ENCUESTA SEMESTRAL DE LA EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)	INFORME	X	2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		1		
3.3. REALIZAR EL CONSOLIDADO DE LAS ACCIONES DESARROLLADOS EN BASE A LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA SEMESTRAL DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA	DOCUMENTO		2	0		0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		1				



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN					
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ.	META FÍSICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC						
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E	P	E	P	E
				SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)																																
				3.4. REALIZAR CAPACITACIONES ASISTENCIAS TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)	CAPACITACIÓN		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			ACTIVIDAD 0004. IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS PARA EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	4.1. REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN Y LA FRECUENCIA DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SU RESPECTIVA TASA DE PREVALENCIA.	INFORME		2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1							
				4.2. REALIZAR EL INFORME CONSOLIDADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS, ASÍ COMO DEL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS CENTINELA (MEDIANTE LA METODOLOGÍA CAUSA RAÍZ).	INFORME	X	18	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	3														
				4.3. REALIZAR CAPACITACIONES/ ASISTENCIAS TÉCNICAS SOBRE EL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS EN INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.	CAPACITACIÓN		1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				ACTIVIDAD 0005. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA SEGÚN NORMATIVA VIGENTE (A PARTIR DE CATEGORÍA 1-3).	5.1. GESTIONAR Y CONFORMAR EL EQUIPO DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			5.2. PROGRAMAR Y REALIZAR TALLERES DE ELABORACIÓN DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA CON LAS UNIDADES ORGÁNICAS		CAPACITACIÓN		2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1							



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LunganchóDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ	META FISICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E
				5.3. REALIZAR EL CONSOLIDADO SEMESTRAL ACTUALIZADO DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DE CALIDAD SEGÚN ETAPA, SUS ACCIONES DE MEJORAR DE LA CALIDAD POR TEMÁTICA PRIORIZADA, Y REMITIR OFICIALMENTE	INFORME	X	2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0006. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA 1-3)	6.1. INFORME CONSOLIDADO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS (5 DE MAYO)	INFORME		1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		
				6.2. INFORME TRIMESTRAL DEL MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES HIGIENE DE MANOS	INFORME	X	4	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0007. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	7.1. CONFORMAR EL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CON ACTO RESOLUTIVO.	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				7.2. REALIZAR EL CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, Y POSTERIOR A ELLO SOLICITAR LA APROBACIÓN MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO.	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				7.3. ELABORAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DONDE INCLUYE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	PLAN	X	1	0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				7.4. REALIZAR INFORMES TRIMESTRALES DE EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EL CUAL CONTIENE EL PORCENTAJE DE RONDAS REALIZADAS Y DE BUENAS PRÁCTICAS IMPLEMENTADAS	INFORME	X	4	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		
				7.5. ELABORAR EL PLAN DE CERO COLAS	PLAN	X	1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ.	META FÍSICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E
				7.6. ELABORAR INFORME DE SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PLAN DE CERO COLAS	INFORME	X	2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0008. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (A PARTIR DE CATEGORÍA I-1)	8.1.REALIZAR LA SELECCIÓN DE LOS EVALUADORES INTERNOS Y REALIZAR LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN.	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		
				8.2..REALIZAR LA SELECCIÓN DE LOS EVALUADORES INTERNOS Y REALIZAR LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		
				8.3. ELABORAR EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN Y SOLICITAR LA APROBACIÓN MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	X	1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		
				8.4. ELABORAR MEMORANDO QUE INDIQUE EL INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN	DOCUMENTO		1	0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		
				8.5. ELABORAR INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN.	INFORME	X	1	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0009. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	9.1. SOLICITAR MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO, LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM)	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				9.2. SOLICITAR MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO, LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD (CAS)	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				9.3. ELABORAR EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	PLAN	X	1	0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				9.4. ELABORAR INFORME CONSOLIDADO DE AUDITORÍA DE CASOS SOLICITADOS SOBRE LAS AUDITORÍAS REALIZADAS EN SU ÁMBITO (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE	INFORME		16	2		1		2		1		2		1		2		1		1		1		1		1		
																																EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones
Asseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ	META FISICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E
				REGISTROS DE HISTORIA CLÍNICA, AUDITORÍAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, AUDITORÍAS DE CASO), CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PERTINENTES DIRIGIDAS A DIRECCIÓN EJECUTIVA.																												
				9.5. SOCIALIZAR EL INFORME FINAL, AL TÉRMINO DE LA AUDITORÍA DE CASOS SEGÚN CORRESPONDA, Y HACER SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS A LAS JEFATURAS DE SERVICIO QUE GUARDAN RELACIÓN CON LOS HECHOS QUE PROPICIARON LA SOLICITUD DE LA AUDITORÍA DE CASO.	INFORME	X	4	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0010. CONDUCCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, ASEGURANDO QUE SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS NORMATIVOS Y DE CALIDAD ESTABLECIDOS.	10.1. CONSTITUIR EL COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO.	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		1	1		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		
				10.2. MONITORIZAR LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, Y ELABORAR EL INFORME DE OPINIÓN TÉCNICA POR EMISIÓN DE ACTO RESOLUTIVO (RD).	INFORME TÉCNICO	X	12	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		
			ACTIVIDAD 0011. ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES, CON EL APOYO DE ASESORÍA LEGAL PARA GARANTIZAR LA	11.1. ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES, CON EL APOYO DE ASESORÍA LEGAL PARA GARANTIZAR LA LEGALIDAD DE LAS DECISIONES.	ACCIÓN		200	16		17		17		16		17		17		16		17		17		16		17		17		EQUIPO DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CADENA PRESUPUESTAL							META FISICA																								ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ.	META FISICA ANUAL	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
								P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		E
			LEGALIDAD DE LAS DECISIONES.	11.2. ELABORAR INFORME DE REPORTE DE RECLAMOS Y REMITIR A DIRECCIÓN PARA CONOCIMIENTO Y FINES	INFORME	X	2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		
			ACTIVIDAD 0012. ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS.	12.1. ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LOS SERVICIOS	ACCIÓN		2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		
				12.2. REALIZAR INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES A JEFATURAS INVOLUCRADAS.	INFORME		2	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		
				12.3. ELABORAR INFORME DE REPORTE DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS Y REMITIR A DIRECCIÓN PARA CONOCIMIENTO Y FINES	INFORME	X	6	0		0		1		0		0		1		0		0		1		0		0		1		



VII. RESPONSABILIDADES:

APNOP: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	JEFE DEL CENTRO DE COSTO:	- Lic. en Enf. Maria Angela Vilchez Vasquez
	EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	- Lic. en Enf. Raquel Milena Maravi Inga - Lic. en Obst. Dania Josabeth Solorzano Medina
	EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	- MC Jose Francisco Verastegui Acuña
	EQUIPO DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO	- Cesar Alberto Mondragon Pinche





PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

VIII. ANEXOS:

ANEXO 1:

- MATRIZ DE INDICADORES SANITARIOS U HOSPITALARIOS:

					AÑO 2024											
					I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE					
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO (*)	ESTÁNDAR O LÍNEA DE BASE	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN	ÁREA RESPONSABLE	PERIODO	
OEL 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.	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	Porcentaje de pacientes nuevos no atendidos.	Nº de pacientes nuevos no atendidos en un periodo *100	<1%									Unidad de Estadística e Informática	MONITOR UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	TRIM	
			Nº de pacientes nuevos en el mismo periodo.													
		Promedio de días de espera para la atención (Continuador)	Nº total de días de espera para atención en consulta externa(por servicio o especialidad) en un periodo	<7 días										Unidad de Estadística e Informática	MONITOR UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	TRIMESTRAL
			Nº de pacientes citados en el mismo periodo.													
		Promedio de minutos de espera para el inicio de la atención	Nº total de minutos de espera de los atendidos en consulta externa(por servicio o especialidad) en un periodo	≤30min										Unidad de Estadística e Informática	MONITOR UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	TRIMESTRAL
			Nº de atendidos continuadores (por servicio o especialidad) en el mismo periodo.													
		Porcentaje de cumplimiento de citas.	Nº de pacientes que no acuden a su cita en la fecha indicada en un periodo *100	≤10%										Unidad de Estadística e Informática	MONITOR UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	TRIMESTRAL
			Nº total de pacientes citados en el mismo periodo.													
		% DE IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA APROBADOS.	Nº DE PROYECTOS DE MEJORA APROBADOS	100%										INFORME SOBRE PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADOS.	MONITOR UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	SEMESTRAL
			Nº TOTAL DE PROYECTOS DE MEJORA PROGRAMADOS X 100													
		% DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS.	Nº ACCIONES DE MEJORAS IMPLEMENTADAS	100%										INFORME SOBRE PROYECTOS Y/O ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADOS.	SEMESTRAL	SEMESTRAL
			Nº TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS X 100													
% DE RECLAMACIONES	Nº DE RECLAMACIONES GESTIONADAS	100%										INFORME DE RECLAMOS	MENSUAL	MENSUAL		



PERU

Ministerio
de SaludVice Ministerio
de Prestaciones
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

					AÑO 2024										
					I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE				
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO (*)	ESTÁNDAR O LÍNEA DE BASE	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN	ÁREA RESPONSABLE	PERIODO
		GESTIONADAS	N° TOTAL DE RECLAMACIONES PRESENTADAS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES X 100										PRESENTADOS EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES		
		% SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ALCANZADO	N° DE USUARIOS ENCUESTADOS QUE REFIEREN ESTAR SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA	100%									INFORME DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA.	ANUAL	ANUAL
			N° TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA X 100												
		% DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS CON ADHERENCIA A LAS GPC	N° HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS CON ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	100%								INFORME DE AUDITORÍAS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CON ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN REALIZADAS.	SEMESTRAL	SEMESTRAL	
			N° TOTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS X 100												
		% DE GPC APROBADAS	N° DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA APROBADOS	100%									INFORME DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS.	SEMESTRAL	SEMESTRAL
			N° TOTAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PRESENTADAS X 100												
OBTENIDO DE AUTOEVALUACIÓN EN ACREDITACIÓN.	PORCENTAJE OBTENIDO DE AUTOEVALUACIÓN EN ACREDITACIÓN DE ACUERDO AL APLICATIVO DE ACREDITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	85%									INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	ANUAL	ANUAL		
CIRUGÍAS QUE APLICAN LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE	N° DE CIRUGÍAS QUE APLICAN LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA	>90% 100%									INFORME DE LA IMPLEMENTACIÓN	SEMESTRAL	SEMESTRAL		



PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LunganchitoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

					AÑO 2024										
					I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE				
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO (%)	ESTÁNDAR O LÍNEA DE BASE	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	CÁLCULO NUMÉRICO	RESULTADO	FUENTE DE INFORMACIÓN	ÁREA RESPONSABLE	PERIODO
		LA CIRUGÍA.	N° TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS X 100										DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN Y DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.		
		% DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.	N°.DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS	100%									INFORME DE ADHERENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	MENSUAL	MENSUAL
			N° DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PROGRAMADA X 100												
		% EVENTOS ADVERSOS ANALIZADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE LONDRES.	N° DE EVENTOS ADVERSOS ANALIZADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO DE LONDRES	100%									REPORTE DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS REGISTRADOS.	SEMESTRAL	SEMESTRAL
			N° TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS X 100												
		% ADHERENCIA DE LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.	N° DE ACCIONES DE HIGIENE DE MANOS	85%									INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	SEMESTRAL	SEMESTRAL
			N° DE OPORTUNIDADES DE HIGIENE DE MANOS X 100												



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 2:

- ANÁLISIS DE LA PROGRAMACIÓN INICIAL DE BIENES Y SERVICIOS

CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN	CLASIFICADOR	CODIGO SIGA	NOMBRE	UND MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999. SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	BIENES	2.3.1.1.1 ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO	91100070041	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L	UNIDAD	72	S/16,11	S/1.159,92
				2.3.1.5.1.2 PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA	710600010070	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO A4	UNIDAD	42	S/4,96	S/208,32
					716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	UNIDAD	60	S/0,41	S/24,60
					716000010209	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	UNIDAD	60	S/0,41	S/24,60
					716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	UNIDAD	276	S/0,41	S/113,16
					716000010209	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	UNIDAD	276	S/0,41	S/113,16
					716000010187	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	UNIDAD	228	S/0,45	S/102,60
					711100010028	BORRADOR BLANCO PARA LÁPIZ TAMAÑO CHICO	UNIDAD	32	S/0,50	S/16,00
					710600130071	CAJA ARCHIVADORA DE CARTÓN CORRUGADO 35 cm X 35 cm X 50 cm APROX.	UNIDAD	15	S/29,00	S/435,00
					718500060001	CHINCHE CON CABEZA DE COLORES X 100	UNIDAD	16	S/1,16	S/18,56
					718500060002	CHINCHE CON CABEZA DORADA X 100	UNIDAD	12	S/0,74	S/8,88
					710300010053	CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 3/4 in X 72 yd	UNIDAD	19	S/1,70	S/32,30
					718500050001	CLIP DE METAL CHICO Nº 1 X 100	UNIDAD	58	S/0,92	S/53,36
					718500050005	CLIP MARIPOSA DE METAL Nº 2 X 50	UNIDAD	48	S/2,60	S/124,80
					711100030005	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	UNIDAD	29	S/1,30	S/37,70
					717200030014	CUADERNO CUADRICULADO TAMAÑO A4 X 100 HOJAS	UNIDAD	4	S/4,01	S/16,04
					717200030013	CUADERNO CUADRICULADO TAMAÑO A5 X 100 HOJAS	UNIDAD	4	S/3,40	S/13,60
					717200140222	CUADERNO DE CARGO EMPASTADO TAMAÑO A5 X 100 HOJAS	UNIDAD	8	S/3,78	S/30,24
					717200030039	CUADERNO RAYADO TAMAÑO A4 X 100 HOJAS	UNIDAD	4	S/4,00	S/16,00
					715000110048	ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALICATE PARA GRAPA 26/6	UNIDAD	26	S/20,06	S/521,56
					710600040024	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	EMPAQUE X 25	28	S/6,37	S/178,36
					710600060044	FORRO DE PLÁSTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m	UNIDAD	26	S/6,25	S/162,50
					710300060057	GOMA EN BARRA X 40 G APROX.	UNIDAD	16	S/2,56	S/40,96
					718500080025	GRAPA 26/6 X 1000	UNIDAD	46	S/1,75	S/80,50
					716000040069	LAPIZ NEGRO Nº 2 CON BORRADOR X 12	UNIDAD	24	S/0,33	S/7,92
					717200140154	LIBRO DE ACTAS EMPASTADO CUADRICULADO TAMAÑO A4 X 100 HOJAS	UNIDAD	10	S/24,70	S/247,00
					710600120064	MICA PORTAPAPELES TAMAÑO A4	CIENTO	5	S/49,00	S/245,00
					715000440001	MOTA PARA PIZARRA ACRÍLICA	UNIDAD	6	S/1,58	S/9,48
					710300120034	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in APROX. X 400 HOJAS	UNIDAD	4	S/7,26	S/29,04
					710300120076	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in X 5 COLORES X 400 HOJAS	UNIDAD	40	S/6,02	S/240,80
					717200050224	PAPEL BOND 80 G TAMAÑO A4	EMPAQUE X 500	156	S/11,09	S/1.730,04
					717200060044	PAPEL CARBON TAMAÑO A4 COLOR NEGRO	CIENTO	4	S/1,45	S/5,80
					717200170022	PAPEL LUSTRE DE 60 cm X 50 cm	UNIDAD	20	S/0,15	S/3,00
					715000120002	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 200 HOJAS APROX.	UNIDAD	3	S/980,00	S/2.940,00
					716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRÍLICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	UNIDAD	24	S/1,06	S/25,44



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN	CLASIFICADOR	CODIGO SIGA	NOMBRE	UND MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
					716000060423	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR NEGRO	UNIDAD	24	S/1,06	S/25,44
					716000060389	PLUMON RESALTADOR PUNTA GRUESA BISELADA	UNIDAD	20	S/1,17	S/23,40
					715000150002	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN	UNIDAD	12	S/2,10	S/25,20
					715000150015	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN PARA 200 CLIPS	UNIDAD	3	S/3,06	S/9,18
					715000190001	REGLA DE PLÁSTICO 30 cm	UNIDAD	18	S/0,67	S/12,06
					715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	UNIDAD	32	S/1,94	S/62,08
					710600100234	SOBRE MANILA TAMAÑO A4	EMPAQUE X 50	12	S/16,00	S/192,00
					718500100014	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 50	UNIDAD	20	S/3,89	S/77,80
					715000210027	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL	UNIDAD	4	S/6,47	S/25,88
					715000220021	TAJADOR DE MESA DE METAL	UNIDAD	2	S/33,67	S/67,34
					716000090064	TAMPON CON CUBIERTA DE PLÁSTICO 12.5 CM X 9.5 CM APROX. COLOR AZUL	UNIDAD	16	S/2,87	S/45,92
					716000090068	TAMPON CON CUBIERTA DE PLÁSTICO 12.5 CM X 9.5 CM APROX. COLOR ROJO	UNIDAD	12	S/2,15	S/25,80
					715000230042	TIJERA DE METAL DE 8 in CON MANGO DE PLÁSTICO	UNIDAD	22	S/2,95	S/64,90
					716000160013	TINTA PARA TAMPON X 30 mL APROX. COLOR AZUL	UNIDAD	28	S/1,20	S/33,60
					716000160014	TINTA PARA TAMPON X 30 mL APROX. COLOR NEGRO	UNIDAD	16	S/1,20	S/19,20
					716000160015	TINTA PARA TAMPON X 30 mL APROX. COLOR ROJO	UNIDAD	12	S/1,20	S/14,40
					767400062344	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF226A NEGRO	UNIDAD	16	S/552,09	S/8.833,44
				2.3.2.9.1.1 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES RELACIONADAS AL ROL DE LA ENTIDAD	71100388003	SERVICIO ESPECIALIZADO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD	SERVICIO	1	S/5.000,00	S/60.000,00
					71100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA	SERVICIO	11	S/2.300,00	S/303.600,00
					71100431207	SERVICIO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SERVICIO	7	S/1.800,00	S/151.200,00
					210100020027	SERVICIO DE AUDITORÍA MÉDICA	SERVICIO	1	S/6.000,00	S/72.000,00



PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 3:

- FORMATO DEL LIBRO DE RECLAMACIONES DEL HSJL

PERU Ministerio de Salud		Hospital San Juan de Lurigancho	SUSALUD
Hospital San Juan de Lurigancho - IGSS		HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD	
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: Prolongación Av. Canto Grande S/N San Juan de Lurigancho			
FECHA: / /			
1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		E-MAIL:	
DOMICILIO:		TELÉFONO:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CCE () PASAPORTE () RUC		N° DOCUMENTO:	
2. IDENTIFICACIÓN DE QUIÉN PRESENTA EL RECLAMO. (En caso de ser el usuario afectado por el problema en el servicio)			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		E-MAIL:	
DOMICILIO:		TELÉFONO:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CCE () PASAPORTE () RUC		N° DOCUMENTO:	
3. DETALLE DEL RECLAMO. (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuarse al reverso de la hoja)			
4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)			
SI () NO ()			
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)			
FIRMA O HUILLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA		[FIRMA]	[HUILLA DIGITAL]
6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRÁMITE DIRECTO			
DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE RECLAMACIONES EN SALUD	
[DETALLAR]	[FIRMA O HUILLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA]	[FIRMA DEL RESPONSABLE SERVICIO DE RECLAMACIONES EN SALUD]	
Las firmas, físicas o digitales, deben estar en vigencia en un plazo de 30 días hábiles. El usuario afectado podrá presentar su reclamo ante SUSALUD o acudir en la Atención Inmediata en cualquier horario, garantizando el derecho a su reclamo, a través de las líneas de atención, o por correo electrónico. También podrá presentar su reclamo en la recepción de atención de su reclamo, garantizando su transparencia y accesibilidad con el resultado del reclamo.			





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 4:

FORMATO DEL LIBRO DE FELICITACIONES DEL HSJL

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Av. Canto Grande Alt. Prdo. 11 de Canto Grande - SJL

**HOJA DE
FELICITACIONES**

Nº

FECHA:

/ /

I. IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL QUE RECIBIRA LA FELICITACIÓN:**1. COLABORADOR ASISTENCIAL:**

Médico () Lic. en Obstetricia () Lic. en Enfermería () Lic. en Psicología () Quím. Farmacéutico ()
Tecnólogo () Téc. en Enfermería () Trabajadora Social () Lic. en Nutrición () Residente ()
Otro: _____

Nombres y Apellidos:

Área/Servicio:

2. COLABORADOR ADMINISTRATIVO:

Cajero () Admisión () Secretaria () Personal de Informes () Otro: _____

Nombres y Apellidos:

Área/Servicio:

II. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO QUE REALIZA LA FELICITACIÓN:

Nombres y Apellidos:

Nº DNI:

Celular/Teléfono Fijo:

E-mail:

Dirección:

FIRMA DEL FELICITANTE (Usuario, Representante o Tercero Legitimado)

FIRMA O HUELLA DIGITAL EN
CASO DE SER PERSONA
ILETRADA

[Firma]

[Huella Digital]

III. REDACCIÓN DE LA FELICITACIÓN:Marque Ud. (X), la puntuación que le daría a su felicitación:

BUENO(1)



MUY BUENO(2)



EXCELENTE(3)

Muchas gracias por su opinión.





PERU

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestación y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 5:

- FORMATO DE BUZÓN DE SUGERENCIAS

BUZON DE SUGERENCIAS

FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios, se pone a su disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier queja y/o sugerencia que tenga usted acerca de los diferentes servicios que se brindan, así como del personal que le atiende.

Nombres y apellidos: _____

Documento de Identidad: Edad: Sexo: (M) (F)

Teléfono: Correo:

Dirección:

Lugar donde ocurrieron los hechos:

Personal que le brindó la atención: Cargo:

Favor de exponer brevemente su comentario:

DEPOSITALO EN EL BUZÓN, GRACIAS

Unidad de Gestión en la Calidad



ANEXO 6:

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



FICHA DE EVALUACIÓN

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:

IPRESS:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SELECCIONADO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NO ENCONTRADO
-------------------------------------	---------------

MICRORED DESALUD	NO ENCONTRADO
------------------	---------------

RED DE SALUD	NO ENCONTRADO
--------------	---------------

DIRESA/GERESA/DIRIS	NO ENCONTRADO
---------------------	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	SELECCION:	ABO:	SELECCION:
IPRES:	HOSPITAL SAN JUAN DE ENRIQUENDO	FECHA EJECUCION:		ID FINANCIERO:	
NPIS:	SELECCION:	Y P. EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:		RESP. DE LA NPIS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. OFIC./ENFERMERA CA:			
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:			

[illegible]

游樂人及兒童



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

FECHA DE REALIZACIÓN:	FECHA DE EJECUCIÓN:	TRIMESTRE:	SELECCIÓN:	AÑO:	SELECCIÓN:
IPRES:	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	FECHA EJECUCIÓN:			DOM/MIA/AÑO
UPES:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:		RESP. DE LA UPS:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:			
RESP. OPTO/SERVICIO EN FARMACIA:		OTROS RESPONSABLES:			

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN
(ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
					SELECCIÓN	
					SELECCIÓN	
					SELECCIÓN	
					SELECCIÓN	
					SELECCIÓN	
					SELECCIÓN	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

FECHA DE REALIZACIÓN:	FECHA DE EJECUCIÓN:	TRIMESTRE:	SELECCIÓN:	AÑO:	SELECCIÓN:
IPRES:	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	FECHA EJECUCIÓN:			DOM/MIA/AÑO
UPES:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:		RESP. DE LA UPS:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:			
RESP. OPTO/SERVICIO EN FARMACIA:		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZACIÓN PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	ACCIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (DÍAS/HRS)



- MENU
- RONDA DE EVALUACIÓN
- RESULTADOS DE EVALUACIÓN
- MATRIZ DE RIESGOS
- PLAN DE ACCIÓN
- MONITOREO

LIMPIAR LISTA

- MENU
- RONDA DE EVALUACIÓN
- RESULTADOS DE EVALUACIÓN
- MATRIZ DE RIESGOS
- PLAN DE ACCIÓN
- MONITOREO



PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 7:

- HOJA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS
ADVERSOS

ANEXO 01 - HOJA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS					
UPSS QUE NOTIFICA:			FECHA DE NOTIFICACIÓN:		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:					
PERSONA QUE NOTIFICA		SUCESO		TIPO DE EVENTO ADVERSO	
MÉDICO		INCIDENTE		LEVE	
ENFERMERA				MODERADO	
OBSTETRA				GRAVE	
OTRO PROF.		EVENTO ADVERSO		MUERTE	
TEC. ASIST.					
DATOS GENERALES					
EDAD:					
SEXO:					
Nº DE HCL:					
Nº DE CAMA:					
DÍAS DE ESTANCIA:					
EVENTOS ADVERSOS					
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS			ODONTOESTOMATOLOGÍA		
Infección de tracto urinario por catéter urinario			Fractura radicular durante exodoncia		
Infección de torrentes sanguíneos por cateterismo periférico			Tumefacción y dolor posttratamiento pulpar		
Endometritis puerperal post cesárea			Alveolitis post exodoncia		
Endometritis puerperal por parto vaginal			Hemorragia post exodoncia		
Infección de herida operatoria post cesárea			Otros:		
Infección de herida operatoria post hernioplastia inguinal			ANESTESIOLOGÍA		
Infección de herida operatoria post colestectomía			Hipotensión arterial		
Otros:			Arritmia cardíaca		
EVENTOS QUIRÚRGICOS			Anestesia subaracnóide total		
Lesión de órgano durante procedimiento quirúrgico			Cefalea post punción de dura madre		
Desvinencia de anastomosis			Otros:		
Disfuncionalidad de estenosis y anastomosis			EMERGENCIA/UCI		
Evisceración abdominal			Neumotorax por catéter venoso central		
Embolia pulmonar post operatoria			Neumotorax por ventilación mecánica		
Trombosis venosa profunda post operatoria			Colocación inadecuada de CVC		
Error de punto de operación			Extubación accidental		
Olvido de cuerpo extraño en la intervención quirúrgica			Pareo cardiopulmonar post procedimiento		
Hemorragia abdominal intraperitoneal			Apendicitis que derivan en peritonitis		
Hemorragia interna post quirúrgica			Reingreso al servicio por la misma causa		
Fístula vesico-vaginales post quirúrgica			Otros:		
Fístula recto-vaginales post quirúrgica			SALUD MENTAL		
Fractura de sea nasal con movilidad			Suicidio		
Infección de fracturas expuestas			Intento de suicidio del paciente		
Reintervención quirúrgica			Agresión al personal		
Otros:			Autoagresión		
GINECO-OBSTETRICIA			No colabora/gros ero		
Óbito fetal en paciente hospitalizado			Otros:		
Mastitis puerperal			GENERALES		
Histerectomía post cesárea			Caída del paciente, contusión o daño		
Desgarro vulvoperineal 3º y 4º grado			Extravasación de vía endovenosa		
Debilidad de episiotomía/sarrafia			Úlceras por presión		
Trauma obstétrico durante el parto			Quemaduras		
Trauma obstétrico durante la cesárea			Flebitis en sitio de vena punción		
Eclampsia o Hipo anteparto o post parto intrahospitalario			Intoxicación alimentaria		
Muerte materna relacionada con el embarazo			Reingreso a la institución o muerte no esperada		
Muerte materna relacionada con el puerperio			Reacción adversa a medicamentos		
Muerte perinatal			Reacción adversa post transfusión sanguínea		
Perforación uterina en legrado			Reacción anafiláctica		
Shock hemorrágico de origen ginecológico			Traslado no esperado a UCI y/o a otro hospital		
Otros:			Incumplimiento de protocolos, GPC		
PEDIATRÍA			Lesión con objeto punzocortante en personal		
Apgar <4 en RN >27ss			Hematoma post vendajes		
Punción lumbar frustrada			Sepsis o shock séptico		
Neumotórax por ventilación mecánica			Exposición a radiaciones a gestante		
Retinopatía en prematuro			Infarto al miocardio, trombosis venosa		
Onfalitis			Hematoma post AGA		
Fractura de clavícula en el recién nacido			Otros:		
Lesión del plexo braquial					
Otras fracturas en el recién nacido					
Muerte inesperada de recién nacido					
Otros:					
INCIDENTE: Evento que no ha causado daño pero es susceptible de provocar daños y otros riesgos si no se toman medidas oportunas para evitarlo.					
EVENTO ADVERSO: Evento que afecta la salud del paciente relacionado con la atención de salud recibida y no se anticipa de fondo.					
LEVE: Cualquier evento adverso que se prolonga levemente, requiere observación o tratamiento menor.					
MODERADO: Evento adverso que se prolonga levemente, requiere observación o tratamiento menor.					
GRAVE: Evento adverso que ocasiona complicaciones, lesiones o daños residuales y no se requiere intervención quirúrgica.					
El reporte de incidentes y/o eventos adversos que usted va a realizar es una oportunidad para aprender y mejorar más, y no será utilizada para sancionar a los involucrados.					





PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDocumento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

ANEXO 8:

- FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad,
el sitio quirúrgico, el procedimiento y su
consentimiento?

☐ SI

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

☐ SI☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación
de los aparatos de anestesia y la medicación
anestésica?

☐ SI

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente
y funciona?

☐ SI

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

☐ No☐ SI

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No

☐ SI, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml
(7 ml/kg en niños)?

☐ No

☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y
dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

☐ Confirmar que todos los miembros del
equipo se hayan presentado por su nombre
y función

☐ Confirmar la identidad del paciente,
el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica
en los últimos 60 minutos?

☐ SI☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no
sistematizados?

☐ ¿Cuánto durará la operación?

☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesta:

☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados
de los indicadores)?

☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el
instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes
diagnósticas esenciales?

☐ SI☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

☐ El nombre del procedimiento

☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas

☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta
en voz alta, incluido el nombre del paciente)

☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el
instrumental y los equipos

Cirujano, anestesta y enfermero:

☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación
y el tratamiento del paciente?



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

Documento Técnico: " Plan de Trabajo de la Unidad de
Gestión de la Calidad - 2025 "

IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Arias-Botero José Hugo, Gómez-Arias Rubén Dario. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med [Internet]. 2017 Marz [citado 2021 Dic 15]; 31(2):180–91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
2. Ministerio de Salud. [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF



