



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N.° 023-02/2026-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 04 de febrero de 2026.



VISTOS:

El Expediente N.° 0000936, el cual contiene la solicitud de aprobación del "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026", Nota Informativa N.° 115-01-2026-UGC-HCLLH/MINSA, Informe Técnico N.° 001-01/2026-ETPOP-OPE-HCLLH, Nota Informativa N.° 019-01-2026-OPE-HCLLH/MINSA, Informe Legal N.° 015-02/2026-SEML/DE-HCLLH/MINSA, y;



CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú reconoce que, todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. En concordancia con ello, el artículo 9 dispone que, el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;



Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud considera que, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; en concordancia con ello, el artículo II dispone que, la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Del mismo modo, los artículos IV y VI del mismo cuerpo normativo determinan que, la salud pública es responsabilidad primaria del Estado, siendo responsable de promover condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, conforme a lo determinado por el Tribunal Constitucional¹, la salud es un derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; por ello, el acceso a los servicios de salud deben ser brindados de modo integral, es decir, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria, siendo estos elementos que constituyen el contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud;

¹ Expediente N.° 00422-2021-PA/TC – Fundamentos 2 y 3

Que, por otro lado, el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, regula las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras; entre estos documentos normativos se encuentran los documentos técnicos, que a su vez abarcan a los "Planes" (de diversa naturaleza);

Que, por su parte, el numeral 5.2 de la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025 - "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, de fecha 25 de marzo del 2025 (en adelante, **Directiva de Planes Específicos del MINSA**), define al Plan Especifico como, una herramienta de gestión que establece los objetivos que se desea alcanzar, sobre una determinada materia; asimismo, orienta la asignación de recursos para implementar actividades y proyectos específicos para abordar determinados campos (intervenciones sanitarias y administrativas relevantes) programados o de emergencia a ser ejecutadas en un periodo mensual, anual o multianual, de aplicación sectorial o multisectorial;

Que, asimismo, la Directiva de Planes Específicos del MINSA establece los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud, de acuerdo a los instrumentos de gestión sectorial e institucional. Además, establece los mecanismos de coordinación y articulación para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos, alineando los objetivos y actividades de los Planes Específicos, con los objetivos, acciones y actividades de los Planes Estratégicos Institucionales y Operativos del Ministerio de Salud, estableciendo además los procesos de seguimiento y evaluación de los planes específicos aprobados;

Que, por su parte, el numeral 5.3 de la Administrativa N° 001-HCLLH-2024/OPE - "Directiva Administrativa para la Elaboración de Planes de Trabajo V.02 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", aprobado mediante Resolución Directoral N° 397-12/2024-DE-HCLLH/MINSA, de fecha 20 de diciembre del 2024 (en adelante, **Directiva de Planes de Trabajo del HCLLH**) establece que, los planes de trabajo, son instrumentos de gestión a corto plazo, orientados a operativizar intervenciones sanitarias priorizadas y administrativas de forma específica; estas se formulan y se ejecutan de forma articulada al Plan Estratégico Institucional (en adelante, **PEI**) del Ministerio de Salud (en adelante, **MINSA**) y al Plan Operativo Institucional (en adelante, **POI**) correspondiente al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (en adelante, **HCLLH**), debiendo ser elaborados para un periodo de hasta un año, conforme lo dispone el literal f) del numeral 6.1. Además de ello, el literal j) del numeral 6.1 de la mencionada Directiva precisa que, el plazo máximo de presentación del anteproyecto del Plan de Trabajo, es el último día hábil del mes de enero de cada año;

Que, así también, el numeral 5.5 de la Directiva de Planes de Trabajo del HCLLH señala que, el órgano proponente de los Planes de Trabajo, es el responsable y encargado de su formulación, implementación, seguimiento y evaluación; asimismo, el numeral 5.4 de la mencionada Directiva establece que, la Oficina de Planeamiento Estratégico, a través del Equipo de Trabajo de Planeamiento, brinda asesoramiento en el proceso de formulación, seguimiento y evaluación respectiva;

Que, en cuanto a la aprobación de los Planes de Trabajo, el numeral 6.2 de la Directiva Administrativa N° 001-HCLLH-2024/OPE dispone que, el área de asesoría jurídica, con la opinión técnica favorable por la Oficina de Planeamiento Estratégico y la opinión legal, derivara la propuesta del Plan de Trabajo a secretaria de la Dirección Ejecutiva, juntamente con el proyecto de resolución, a fin de que asigne el número de Resolución Directoral, y solicitar los vistos de las unidades orgánicas competentes y posterior firma; asimismo, la Dirección Ejecutiva remitirá la Resolución Directoral y el proyecto de Plan de Trabajo al área del Portal de transparencia para su publicación en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano;


Que, mediante Nota Informativa N.° 115-01-2026-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 28 de enero del 2026, el jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite al Director Ejecutivo el PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026, para su revisión y aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe Técnico N.° 001-01/2026-ETPOP-OPE-HCLLH, de fecha 29 de enero del 2026, el coordinador del Equipo de Planeamiento informa al jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico que, el Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad, esta alineado con el Plan Operativo Institucional 2026, que cuenta con una actividad operativa, a la vez es elaborado con el objetivo de mejorar los procesos







Resolución Directoral




asistenciales y administrativos a través de la organización y monitoreo de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en el HCLLH; en merito a ello, **emite opinión favorable del Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2026, resaltando que cumple con la estructura de la Directiva Administrativa para Elaboración de Planes de Trabajo**, precisando que se ejecutara de acuerdo a la disponibilidad de la Entidad;



Que, mediante Nota Informativa N.º 019-01-2026-OPE-HCLLH/MINSA, de fecha 29 de enero del 2026, el jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, comunica al Director Ejecutivo que, el Equipo de Trabajo de Planeamiento ha emitido opinión favorable del "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026", por lo que solicita la aprobación mediante acto resolutivo;



Que, de la revisión del "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026", se puede advertir que, esta tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud, para satisfacción de los usuarios que acuden al HCLLH, así como fortalecer el sistema de gestión de la calidad, impulsando la excelencia y una cultura de mejora continua en la atención en salud, abarcando los procesos asistenciales y administrativos, garantizando eficiencia y solidez en nuestros servicios. Asimismo, se evidencia que fue elaborado para un periodo de hasta un año (para todo el 2026), además de haber sido presentado antes del último día hábil del mes de enero del 2026, conforme lo establece la Directiva de Planes de Trabajo del HCLLH;



Que, mediante Informe Legal N.º 015-02/2026-SEML/DE-HCLLH/MINSA, de fecha 4 de febrero del 2026, el área del Servicio Especializado en Materia Legal de la Dirección Ejecutiva opinó que, se debe aprobar el "**PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026**", mediante Resolución Ejecutiva;

Que, tras la revisión del Servicio Especializado en Materia Legal de la Dirección Ejecutiva y contando con el visto bueno de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Planeamiento Estratégico, así como de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Administrativa N.º 001-HCLLH-2024/OPE - "Directiva Administrativa para la Elaboración de Planes de Trabajo V.02 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", aprobado mediante Resolución Directoral N.º 397-12/2024-DE-HCLLH/MINSA, de fecha 20 de diciembre del 2024; y en uso de las Facultades y Atribuciones conferidas por la Resolución Ministerial N.º 463-2010/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", y la Resolución Ministerial N.º 161 - 2025/MINSA, de fecha 07 de marzo del 2025, que dispone designar temporalmente al M.C Luis Enrique Ríos Olivos, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026", el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad realice la implementación, seguimiento, evaluación y/o monitoreo y supervisión del cumplimiento de la ejecución de las actividades del "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2026".

Artículo 5.- ENCARGAR al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la información Pública, la publicación de la presente resolución en el Portal institucional.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Moza
Luis Enrique Rjos Olivos
MC. Luis Enrique Rjos Olivos
CMP. 30544 RNE. 032119
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



LERO/FRAB/gtt

C.c.:

- Unidad de Gestión de la Calidad
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz



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

PLAN DE TRABAJO ANUAL
UNIDAD DE GESTION
DE LA CALIDAD

2026





ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
	Objetivo General	4
	Objetivos Específicos	4
IV.	AMBITO DE APLICACION	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO DEL PLAN	7
	6.1.Aspectos Técnicos Conceptuales	7
	6.2Análisis Situación Actual	11
	6.2.1. Antecedentes	11
	6.2.2. Problemas	13
	6.3Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI	14
	articulación operativa con las actividades operativas del POI	14
	6.4Identificación de los indicadores por objetivo general y objetivos específicos.	15
	6.5Presupuesto	16
	6.6Financiamiento	16
	6.7Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del plan	16
VII.	RESPONSABILIDADES	16
VIII.	ANEXOS	16





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

I. INTRODUCCION

El Estado reconoce que la calidad en la prestación de los servicios de salud es un valor imprescindible en la cultura organizacional de las instituciones y que éste impacta en la vida del ciudadano, tal es así que impulsa el proceso de modernización de la Gestión Pública a través de políticas dirigidas a contribuir con los logros institucionales.

En el marco de los documentos técnicos "Sistema de gestión de la calidad en salud" y "Política nacional de calidad en Salud", los enfoques de calidad han experimentado una evolución significativa. Actualmente, estos no se limitan exclusivamente a los servicios asistenciales de salud ni a la satisfacción del usuario, sino que se han consolidado como componentes esenciales dentro de un Sistema de gestión de la calidad en Salud. En este contexto, el Ministerio de Salud, en su rol de ente rector, busca consolidar un Sistema nacional de salud moderno, eficiente, efectivo y centrado en la dignidad humana. Para ello, resulta imperativo el desarrollo e implementación progresiva del "Sistema de gestión de la calidad en salud", con el objetivo de fortalecer y optimizar la calidad en la prestación de servicios de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Desde el año anterior, la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ha establecido como objetivo prioritario la implementación gradual de un sistema integral de gestión de calidad en la institución. Este proceso constituye un desafío de gran magnitud, que se materializará mediante acciones planificadas a corto, mediano y largo plazo. En la fase inicial, el enfoque se centra en la optimización de la calidad en la prestación de servicios de salud, lo que implica la evaluación rigurosa de estrategias, metodologías e instrumentos orientados a la obtención de resultados, bajo un modelo de gestión por procesos. Como meta estratégica a mediano plazo, se proyecta la obtención de la acreditación hospitalaria, lo que demanda la garantía de una atención de calidad excepcional, caracterizada por su oportunidad, integralidad, seguridad y enfoque humanizado. El plan de trabajo anual 2026 de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se configura como una herramienta estratégica fundamental para la mejora continua de la calidad en la atención en salud. Este plan no solo tiene el propósito de asegurar el cumplimiento de los estándares regulatorios vigentes, sino también de fortalecer la confianza del paciente y garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los servicios de salud, promoviendo la excelencia en la atención y el trato humanizado. Cabe destacar que las actividades contempladas en este documento están alineadas con los criterios de programación de actividades 2026 para la implementación del Sistema de gestión de la calidad en salud. Estos criterios, a su vez, están en estricto cumplimiento con las directrices establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del MINSA, dirigidas a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de categoría II-2: Hospital de atención general, brinda los servicios de salud básica y especializada, en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad, con el enfoque preventivo, curativo y recuperativo de la salud de





los usuarios que acuden a los servicios de salud, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y pleno accesibilidad en consultorio externo, hospitalización y emergencia.

La Organización Mundial de Salud define la calidad asistencial como “la medida en la cual los servicios de salud que ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas. Avedis Donabedian en 1966 introdujo los conceptos de “estructura”, “proceso y resultado”, que constituyen actualmente el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.

La Unidad de Gestión de la Calidad por medio del trabajo en los diferentes ejes estratégicos como son: Autoevaluación en el marco de la acreditación, seguridad del paciente, mejora continua, auditoria, gestión de relaciones con el usuario externo, encuesta SERVQUAL y medición del tiempo de espera y movimientos en los consultorios externos, Hospitalización y Emergencia está comprometido en mejorar la calidad de atención a nuestros usuarios, haciendo que este tenga una experiencia positiva al relacionarse con nuestro servicios.

La Unidad de Gestión de la Calidad como órgano transversal y de asesoramiento que interviene en los procesos estratégicos, encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención de calidad y humanizada del paciente, con la participación activa del personal y cuya dependencia es de la Dirección Ejecutiva.

La Unidad de Gestión de la Calidad interviene de manera transversal en los procesos institucionales, y para ello se propone actividades que permitan dirigir y monitorizar los procesos de Gestión de la calidad en sus líneas de trabajo denominado: “Gestión del proceso de auditoria”, “Gestión para la cultura de la calidad, mejora continua y acreditación,” Gestión de riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente” y “Gestión de atención al usuario externo”.

II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en el marco de la Política nacional de calidad en salud, para satisfacción de usuarios que acuden al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; así como fortalecer el Sistema de gestión de la calidad en nuestra institución, impulsando la excelencia y una cultura de mejora continua en la atención en salud. Este enfoque integral abarca los procesos asistenciales y administrativos, garantizando eficiencia y solidez en nuestros servicios.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Mejorar los procesos asistenciales y administrativos a través de la organización y monitoreo de los componentes del Sistema de gestión de la calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Objetivos Específicos

- Mejorar los procesos en áreas que componen la Unidad Gestión de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

- Organizar y monitorizar la gestión de la mejora y acreditación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Organizar y monitorizar la gestión del proceso de garantía y buenas prácticas en seguridad del paciente en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Promover la satisfacción de los usuarios externos, mediante la gestión de la información de calidad.
- Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el libro de reclamaciones y buzón de sugerencias orientado a la mejora de calidad de atención.

IV. AMBITO DE APLICACION

El presente Plan de Trabajo anual es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30023, Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día Nacional de la Salud y del Buen trato al Paciente
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, que aprueba la Política Nacional para la calidad.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, aprueba el Reglamento para la Gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas
- Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo V.02”.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, directiva administrativa para el proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de los establecimientos del sector Salud".
- Resolución Ministerial N°372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
- 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° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la gestión de la calidad".
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 197-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud"
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117- MINSA/DGSP- V.01, "NTS para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N°160-2019-MINSA/DIRIS-LN/6 el 13 de noviembre del 2019, que otorga la Categoría II-2: Hospital de atención general, al establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- Resolución Ministerial N° 255 -2016/MINSA, Guía Técnica para la Implementación del Proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA "que aprueba la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud V 0.2", 2da. Versión.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139- MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica".



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN “Rondas de Seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente.
- Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, se aprobó el Reglamento de organización y funciones del HCLLH.
- Resolución Directoral N°514-11/2012-DE-HCLLH/SA, se aprobó el Manual de organización y funciones del HCLLH
- Resolución Directoral N°073-03/2011-HCLLH/SA, se aprobó el Manual de procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH.
- Resolución Jefatural N°764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 “Análisis de los eventos centinelas en la IPRESS y UGIPRESS”.
- Resolución Jefatura N° 631-2016/IGSS; Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 “Sistema de registro y notificación de eventos adversos y eventos centinelas”.
- Resolución Directoral N° 371-12/2025-DE-HCLLH/MINSA, aprobó el Plan Operativo Institucional (POI) anual 2026 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N°397-12/2024-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-HCLLH-2020/OPE: “Directiva para la elaboración de planes de trabajo V.02 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz”.
- Resolución Directoral N° 028-02/2023-DE-HCLLH/MINSA, aprobar la Directiva Administrativa N°001-HCLLH/OPE-2023, Directiva Administrativa para la elaboración, aprobación, registro y control de documentos normativos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI. CONTENIDO DEL PLAN

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

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

Acciones correctivas: Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización, están encaminadas a mejorarlos

Acción insegura: Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo y que puede poner en riesgo la salud del paciente. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

Análisis de caso: Es una metodología de análisis multicausal para investigar los hechos ocurridos, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del hecho y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

Acreditación: Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño de la institución prestadora de servicios de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

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 capacitados, hace uso del listado de estándares de acreditación, para determinar el nivel de cumplimiento y fortalecer áreas susceptibles de mejora.

Auditoría médica: Tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda

Auditoría en salud: Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud. Se realiza sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar auditoría de la calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

Auditoría programada: Tipo de auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial.

Auditoría de caso: Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud, se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

Cultura de seguridad: Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Cultura organizacional centrada en el paciente: Se refiere a un conjunto de valores, normas y prácticas dentro de una institución de salud que prioriza el bienestar y la seguridad del paciente en todas las decisiones y acciones. Los miembros de la institución están comprometidos con proporcionar una atención de alta calidad, segura, efectiva y centrada en las necesidades de cada paciente.

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

Estrategia de cirugía limpia: Estrategia que incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

Estrategia de anestesia segura: Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioximetría disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

Estrategia de profesionales seguros: Presencia de personal competente, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes.

Evaluación de la capacidad resolutive del servicio: Proceso que nos permitirá observar si los profesionales cuentan con todo el material y equipamiento necesario para realizar una atención de calidad.

Evaluación de competencias profesionales: Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. Esta evaluación establece las brechas que deben ser resueltas por el respectivo "Plan de mejora".

Evaluación de la satisfacción del usuario externo: Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.

Evento adverso: Es la lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente

Evento centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

Gestión de la calidad: Componente que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Gestión del riesgo: Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

Guía técnica: Es aquel documento normativo interno del hospital, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permiten al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica. Las guías técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario. Cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de práctica clínica (GPC). Dentro de la denominación guía técnica se incluye a los denominados "protocolos" que pueden ser del campo asistencial, sanitario o administrativo.

Herramientas de calidad: Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la





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

Higiene de manos: Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora bacteriana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con antiséptico de base alcohólica o en lavarse las manos con agua y jabón normal o antimicrobiano.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

Infección asociada a la atención de salud – IAAS: Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.

Instituciones prestadoras de servicios de salud –IPRESS: Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Mejora continua: es un proceso que pretende mejorar los servicios y procesos de la institución mediante una actitud general, la cual configura la base para asegurar la estabilización de los circuitos y una continuada detección de brechas o áreas que precisan de ser mejoradas.

Medición del grado de satisfacción del usuario externo: La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención.

Pausa quirúrgica: Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Plan de acción: Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cualitativos, cuantitativos, y verificables a lo largo del proyecto.

Proceso: Es un conjunto de actividades secuenciales que interactúan entre sí, que añaden valor, con un punto de inicio o entrada y un punto de termino o salida claramente definidos y que generan productos (bienes o servicios) para satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente.

Protocolo de Londres: Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.





Proyectos de mejora en salud: Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad, su principal objetivo es mejorar la satisfacción del usuario en salud.

Rondas de seguridad: Es un herramienta de calidad que permite evaluar las buenas prácticas de atención de salud, recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes a través de una visita programada de un servicio seleccionado al azar de las UPSS priorizadas, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el personal de salud, pacientes y familia, cuidando en todo momento de guardar una 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.

Seguridad del paciente: Es la reducción del riesgo de daños incensarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el cual se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Sistema de gestión de la calidad: Conjunto de elementos y procesos relacionados que permiten conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud en lo relativo a la calidad de atención y a la gestión para la calidad.

Técnicas de calidad: Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

Atención segura: Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados. Para ofrecer una atención segura se requieren profesionales enfocados en la prevención de errores a través de prácticas seguras como la identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, y seguridad en la medicación y procedimientos y la implementación de una cultura de seguridad.

Unidad de organización: Es la denominación general que se emplea para referirse, según corresponda, a los órganos, unidades orgánicas, subunidades orgánicas y áreas que se formalizan en la estructura orgánica de la entidad, según su nivel organizacional.

Usuario en Salud: Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

6.2 Análisis Situación Actual

6.2.1. Antecedentes

Se aprobó el Plan anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025, con Resolución Directoral N° 112-04/2025-DE-HCLLH/MINSA, para el desarrollo de actividades se llevó a cabo las coordinaciones con el Departamento de Cirugía y la Unidad de Docencia e Investigación, donde se desarrolló el proyecto de Mejora "Mejorando las habilidades y técnicas quirúrgicas de los alumnos en formación de medicina humana, con la asesoría y monitoreo de Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS), Se va implementar estudio de tiempo de espera en





Emergencia de Servicio de Laboratorio para pacientes de prioridad I-II, También con la capacitación de la Oficina de Gestión de la Calidad de DIRIS-LN y la asesoría de SUSALUD; Asimismo, se implementó el Proyecto de mejora en emergencia en el Servicio de Imágenes. Para el Plan Cero Colas se realizó el estudio de tiempo espera de Consulta Externa, Servicios de Apoyo al Tratamiento (Laboratorio, Farmacia, Ecografía y Rayos X), Además en la encuesta de SERQUAL se realizó la medición de satisfacción de los usuarios externos en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consultorios externos con un grado de aceptación de 52% que evidencia sustancial mejora respecto al año 2024 que solo se logró en promedio 40% de satisfacción.

De la misma manera, en cuanto se refiere al proceso de autoevaluación interna para acreditación este año se obtuvo como resultado 76% en global de los 21 macroprocesos.

Plataforma de Atención al Usuario en Salud ha desarrollado actividades de capacitación con la participación de SUSALUD, con el fin mejorar la orientación y acompañamiento al paciente en el marco de sus derechos y trato humanizado.

Finalmente, mostramos algunos cuadros de personal y rondas de seguridad del paciente y de garantía.

Cuadro N°01 personal de la Unidad de Gestión de la Calidad

Personal	Año	
	2024	2025
Nombrado	3	3
Contrato plazo fijo	1	1
CAS	3	2
Locadores de servicio	9	7
TOTAL	16	13

En el año 2024, la Unidad de Gestión de la Calidad, contó con 16 colaboradores, incluido la jefatura de la Unidad y de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud.

Para el año 2025 la unidad cuenta con 13 colaboradores entre jefe, equipos de trabajo y de PAUS. No existe modulo/ambiente apropiado para Plataforma de Atención al Usuario en Salud ni equipo de cómputo, para realizar sus actividades de manera eficiente y calidez.

Cuadro N°02 Frecuencia de incidentes, según UPSS en primer semestre 2025

Servicios	N°	Porcentaje
Hospitalización medicina	2	25%
Neonatología	1	12%
Gineco obstetricia	5	63%
Total	8	100%





Interpretación: Se reportó 8 incidentes siendo Departamento de Gineco Obstetricia el que reportó la mayor cantidad 63% y en menor porcentaje corresponde a servicio de Neonatología.

Cuadro N°03 Frecuencia de eventos adversos, según UPSS en primer semestre 2025

Servicios	N°	Porcentaje
Hospitalización medicina	23	58%
Neonatología	5	13%
Gineco obstetricia	1	2.5%
Hospitalización de Cirugía	6	15%
UCI	1	2.5%
UCIN	4	9%
Total	40	100

Interpretación: Se reportó 40 eventos adversos siendo Hospitalización de Medicina el que reportó la mayor cantidad 58%; de la misma forma el menor porcentaje corresponde a servicio de Ginecología y UCI con 2.5%.

Cuadro N°04 Frecuencia de eventos adversos y categoría de registro, según UPSS en Primer semestre 2025

Servicios	Cuidados	Medicación	IAAS	Procedimiento	Total
Hospitalización Medicina	3	18	2		23
Neonatología				5	5
Gineco Obstetricia		1			1
Hospitalización de Cirugía		6			6
UCI	1				1
UCIN		2			2
Hospitalización de Pediatría	1	1			2
Total	5	28	2	5	40

Interpretación: Se reportó 40 eventos adversos, según categoría: Hospitalización de Medicina reportó 18 casos por medicación, 3 casos por cuidados y 2 por IAAS, 6 casos por medicación en hospitalización de Cirugía, finalmente 5 casos por procedimiento en Neonatología

6.2.2. Problemas

1. Baja participación del personal en los equipos de mejora continua.
2. Alta insatisfacción de los usuarios externos en los procesos de atención.
3. Incumplimiento de los Departamentos, Oficinas, Unidades y Servicios para el proceso de acreditación.





- 4. Incremento de quejas y reclamos de los usuarios externos en los procesos de atención.
- 5. Falta de ambiente para Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) y Libro de Reclamaciones en Hospital.

6.2.3. Causas del Problema

- 1. El personal no cuenta con facilidades para participar en los equipos de mejora continua.
- 2. No se cumple con la dotación de insumos y medicamentos para atención del paciente.
- 3. Desinterés de los Departamentos, Oficinas, Unidades y Servicios en la elaboración de los documentos de gestión.
- 4. Baja participación del trabajador del Hospital en la orientación y acompañamiento del paciente.
- 5. El responsable de Libro de reclamaciones y de PAUS no cuenta con un ambiente adecuado en el Hospital para recibir quejas/reclamos de los usuarios externos por ello, atiende en la sede administrativa.

6.2.4 Alternativas de solución

- 1. Implementar acciones de incentivos/reconocimiento al personal, para promover la participación activa de los trabajadores en los equipos de mejora continua.
- 2. Coordinar con la Oficina de Administración y los servicios de Farmacia y Laboratorio, para la dotación adecuada y oportuna de insumos y medicamentos de acuerdo a la prescripción del profesional de la salud.
- 3. Coordinar con la Dirección ejecutiva para solicitar a los Departamentos, Oficinas, Unidades y Servicios para la elaboración de los documentos de gestión.
- 4. Fomentar una cultura de participación del personal en la orientación y acompañamiento del paciente.
- 5. Realizar coordinación con la Oficina de Administración para solicitar un módulo prefabricado para el área de PAUS y Libro de Reclamaciones en el Hospital.

6.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI articulación operativa con las actividades operativas del POI

Objetivo Estratégico Institucional	Acción Estratégica Institucional	Actividad Operativa POI
OEI.06 Fortalecer la Implementación de los esquemas de modernización en el Ministerio de Salud	AEI.06.02 Gestión por Procesos Fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud	Acciones de Calidad





6.4 Identificación de los indicadores por objetivo general y objetivos específicos.

Objetivos Específicos	Indicador	Forma de cálculo	Línea de base	Valor esperado	Fuente	Periodicidad
Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencias orientado a la mejora de calidad de atención	Porcentaje de satisfacción del usuario externo	$\frac{N^{\circ} \text{ de usuarios satisfechos} \times 100}{\text{Total, de usuarios encuestados}}$	75.71 %	≥80 %	Área de Información/ PUAS	Semestral
Promover la satisfacción de los usuarios externos mediante la gestión de Información de calidad						
Organizar y monitorizar la gestión de proceso de Garantía y Buenas Prácticas de seguridad del Paciente en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Porcentaje de Auditorías en salud	$\frac{N^{\circ} \text{ de auditorías Ejecutadas} \times 100}{N^{\circ} \text{ de auditorías Programadas}}$	95 %	100 %	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de Rondas de Seguridad	$\frac{N^{\circ} \text{ de Rondas Ejecutadas} \times 100}{N^{\circ} \text{ de Rondas programadas}}$	95 %	100 %	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de Adherencia al Lavado de Manos	$\frac{N^{\circ} \text{ de oportunidades cumplidas} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de oportunidades observadas}}$	85%	≥95 %	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de uso correcto de lista de verificación quirúrgica	$\frac{N^{\circ} \text{ de cirugías con lista completa} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de cirugías realizadas}}$	90%	100%	Área de Garantía	Semestral
	Porcentaje de eventos adversos por medicación	$\frac{N^{\circ} \text{ de errores de medicación con daño} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de pacientes hospitalizados}}$	0%	0%	Área de Garantía	Semestral
Organizar y monitorizar la gestión de la Mejora y Acreditación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Porcentaje de grado de cumplimiento de Autoevaluación.	$\frac{\% \text{ Macroprocesos obtenidos} \times 100\% \text{ Macroprocesos programados}}$	77 %	≥78 %	Área de Mejora	Anual
	Porcentaje de Proyectos de Mejora	$\frac{N^{\circ} \text{ de Proyectos ejecutados} \times 100}{N^{\circ} \text{ de Proyectos Programados}}$	50 %	≥ 65 %	Área de Mejora	Anual





6.5 Presupuesto

Actividad Operativa POI	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gastos	Presupuesto
Acciones de Calidad	Acciones Centrales	3999999	5000003	2.3	S/. 138, 649.52

6.6 Financiamiento

Se financiará mediante la actividad presupuestal de acciones de la calidad - 5000003, según la disponibilidad presupuestal de la Institución.

6.7 Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del plan

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es el responsable de la supervisión, seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades programadas en el cronograma del Plan de trabajo anual de Gestión de la Calidad del 2026, Así mismo, de cumplir con los objetivos establecidos en el presente plan.

VII. RESPONSABILIDADES

Responsables	Actividades
Dirección Ejecutiva	Aprobar el Plan de Gestión de Calidad
Oficina de Administración	Canaliza la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de gestión de calidad 2026
Unidad de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de gestión de calidad 2026
Unidad de Gestión de la Calidad con sus coordinadores de Mejora, Garantía, Información de la Calidad y Responsable de Plataforma de Atención al Usuario en Salud	Ejecutará todo el Plan de Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

VIII. ANEXOS

- ANEXO 02 Programación de Metas Físicas a Nivel de la Actividad
- ANEXO 03 Cronograma de Actividades
- ANEXO 04 Seguimiento y Evaluación de Metas Físicas
- ANEXO 05 Detalle de Bienes y Servicios necesarios para implementación del Plan
- ANEXO 06 Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente
- ANEXO 07 Cronograma de Monitoreo Post Ronda de Seguridad del Paciente
- ANEXO 08: Listado de 21 macroprocesos, 71 estándares y 341 criterios de evaluación





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

ANEXO 05

Formato 01: Detalle de Bienes y Servicios necesarios para implementación del Plan

Especifica de Gasto		Detalle del Bien o Servicio	Cantidad	Meses (*)	Costo Unitario Referencial	Presupuesto total
2.3.1 5.1 2	Papelería en general, útiles y materiales de oficina	-----	-----	-----	-----	SI. 21, 599.52
2.3.2 9.1 1	Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol	-----	-----	6	-----	SI. 117,050.00
Total 2.3 Bienes y Servicios						SI. 138, 649.52
Total Genérica 2.6 Adquisición de Activos No Financieros						-----
Total General						SI. 138, 649.52

ANEXO N° 02

Formato 02: Programación de Metas Físicas a Nivel de la Actividad

Cod. presupuestal	Actividad Operativa	Unidad de medida	Programación física												Total anual
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
5000003	Acciones de calidad	Acción	10	8	12	8	6	11	6	5	11	2	2	14	95

(*) Considerar valores numéricos como meta física



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

ANEXO N°03

Formato 03: Programación de Actividades

Objetivo específico	Actividad o tareas	Unidad de medida	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total anual
Mejorar los procesos en áreas que componen la Unidad de Gestión de la Calidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Elaborar el plan anual de trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral	x												1
	Evaluar de forma semestral el cumplimiento del Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad	Informe							x						1
	Elaborar documento de Manual de Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral						x							1
Organizar y monitorizar la gestión del proceso de garantía y buenas prácticas en seguridad del paciente en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Elaborar el plan anual de auditoría de la calidad de atención en salud	Resolución Directoral	x												1
	Difundir el Plan de Auditoría de la Calidad de atención en Salud	Memorando Circular	x												1
	Actualizar el Comités de Auditoría de la calidad de atención en salud de (CAM-CAS)	Resolución Directoral	x												1
	Estructurar reuniones periódicas con los integrantes de los Comités conformados de forma presencial obligatoria	Acta de Reunión		x		x		x		x		x		x	6
	Realizar Evaluación de la calidad de los registros en consulta externa de Pediatría	Informe		x											1
	Realizar Evaluación de la calidad de los registros en consulta externa de Medicina	Informe									x				1
	Realizar Evaluación de la calidad de los registros en consulta externa de Gineco Obstetricia	Informe						x							1
	Realizar Evaluación de la calidad de los registros en consulta externa de Cirugía	Informe												x	1
	Coordinar para el Taller: Capacitación de la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 a los miembros de los comités de Auditoría Medica y Auditoría en Salud	Informe							x						1



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Brindar capacitación en auditoría de la calidad de la atención para el personal responsables de Departamentos asistenciales: Pediatría, Gineco Obstetricia, Medicina y Cirugía	Acta		x			x							x			x			4
Realizar el consolidado de las auditorías de la calidad de registro realizados por los departamentos asistenciales: Pediatría, Gineco Obstetricia, Medicina y Cirugía para que puedan realizar sus auditorías de calidad de registro en consulta externa	Informe			x			x										x		4
Gestionar la actualización de GPC y GP de Consulta Externa	Resolución Directoral								x										1
Realizar el consolidado de GPC y GP aprobados mediante acto resolutivo	Informe									x									1
Actualizar la conformación del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HCLLH	Resolución Directoral	x																	1
Elaborar el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente del HCLLH	Resolución Directoral	x																	1
Realizar informe mensual de la ejecución de la ronda de seguridad del paciente en las unidades orgánicas y verificar el cumplimiento de los procedimientos de limpieza y desinfección de las unidades de paciente	Informe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
Realizar informe semestral del consolidado de las rondas de seguridad del paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora	Informe																	x	2
Elaborar el informe anual de rondas de seguridad del paciente para su difusión por la página web institucional	Informe																	x	1
Elaborar el informe de consolidado de incidentes, eventos adversos y eventos centinela para los servicios	Informe																	x	2
Informe de monitoreo de cumplimiento del plan de acción de incidentes, eventos adversos y eventos centinela del HCLLH	Informe				x													x	4
Actualizar la conformación del equipo conductor de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del HCLLH	Resolución Directoral	x																	1
Aplicar de la encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Informe				x														1
Verificar el grado de cumplimiento de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, en Cirugías programadas y Emergencia	Informe																		1



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

	Capacitar a los profesionales de salud en relación a seguridad del paciente (implementación de la LVSC, rondas de seguridad del paciente, incidentes, eventos adversos y eventos centinela)	Acta		x											1
	Realizar el informe de capacitación del eje de gestión de riesgos y buenas prácticas en seguridad del paciente sobre los temas relacionados a seguridad del paciente	Informe			x										1
	Brindar asistencia técnica en buen registro de Eventos Adversos al personal responsable de servicios de enfermería: Pediatría, Gineco Obstetricia, Medicina y Cirugía	Informe			x		x			x			x		4
	Realizar el consolidado del registro de eventos adversos realizados por el departamento de Enfermería: Pediatría, Gineco Obstetricia, Medicina y Cirugía	Informe		x			x			x			x		4
	Gestionar la revisión de Guías de Enfermería	Informe					x								1
	Desarrollar actividades por el día mundial de la seguridad del paciente	Informe								x					1
Organizar y monitorizar la gestión de la mejora y acreditación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Actualizar la conformación del equipo de evaluadores internos del HCLLH	Resolución Directoral	x												1
	Actualizar La conformación del equipo de acreditación del HCLLH	Resolución Directoral	x												1
	Elaboración del Plan de autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Resolución Directoral	x												1
	Capacitar a los equipos de evaluadores internos y equipo de Acreditación del HCLLH	Acta			x					x					2
	Actualizar la conformación del equipo de Evaluadores internos	Resolución Ministerial	x												1
	Consolidar el resultado de la capacitación a los equipos de evaluadores internos y de acreditación del HCLLH	Informe					x								1
	Elaborar el informe del proceso de autoevaluación para la acreditación del HCLLH	Informe											x		1
	Monitorear la implementación de las acciones de mejora en base a los resultados de autoevaluación 2026	Informe						x							1





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Promover la satisfacción de los usuarios externos, mediante la gestión de la información de calidad	Elaborar el Plan para la evaluación de satisfacción de los usuarios externos del HCLLH	Plan			x													1		
	Elaborar el informe de la satisfacción del usuario externo SERVQUAL en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa y remitir a la Dirección Ejecutiva	Informe							x										1	
	Elaborar plan de Proyecto de mejora	Plan		x															1	
	Elaborar el plan de Plan de capacitación sobre proyecto de mejora	Plan			x														1	
	Elaborar el Plan de medición de tiempo de espera en los Consultorios Externos	Plan					x												1	
	Elaborar el Plan de Medición de tiempo de espera en los Servicios de Apoyo al Tratamiento (Farmacia, laboratorio e Imágenes)	Plan								x									1	
	Elaborar el informe de capacitación de proyectos de mejora	Informe									x								1	
Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo, mediante el libro de reclamaciones y buzón de sugerencias orientado a la mejora de calidad de atención	Elaborar Plan de Plataforma de atención al usuario en Salud	Informe		x															1	
	Actualización de la conformación del Comité por el día nacional de salud y buen trato al paciente	Resolución Directoral		x															1	
	Realizar el informe por el Día Nacional de Salud y Buen trato al paciente	Informe										x							1	
	Elaborar el Plan de capacitación de los derechos y deberes de los usuarios	Informe							x										1	
	Elabora el informe anual de Libro de reclamaciones	Informe															x		1	
	Realizar encuesta de la demanda insatisfecha de los usuarios externos en dos semestres	Informe								x								x		2
	Elaborar el informe de capacitación sobre derechos y deberes de los usuarios externos	Informe								x									x	



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



ANEXO N°06

Formato 06: CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Formato 06: Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
RESPONSABLE: MC. LUIS ENRIQUE RIOS OLIVOS

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
1	09/01/2026	10:30 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
2	06/02/2026	10:30 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
3	06/03/2026	10:30 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
4	03/04/2026	10:30 am

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
5	08/05/2026	10:30 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
6	05/06/2026	10:30 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
7	03/07/2026	10:30 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
8	07/08/2026	10:30 am

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
9	04/09/2026	10:30 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
10	02/10/2026	10:30 am

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
11	06/11/2026	10:30 am

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
12	4/12/2026	10:30 am

MC. Luis Enrique Rios Olivos
 C.O.P. 30346 R.O.E. 032118
 DIRECTOR EJECUTIVO IPRESS
 Titular Responsable de la IPRESS

LIC. VICTOR E. SILVA ESPINOZA
 Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH
 Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad

LIC. JOSE LUIS B. ESPINOZA
 Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
 Responsable de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

LIC. MARY C. QUINONES
 Jefa del Departamento de Enfermería
 Responsable del Departamento de Enfermería

Fuente: Directiva Sanitaria N° 003 – IGSS/V.1





ANEXO 08

ANEXO N°07

Formato 07: Cronograma de Monitoreo de Post Rondas de Seguridad

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

TITULAR/IPRESS: C.M. LUIS ENRIQUE RIOS OLIVOS

ENERO			FEBRERO			MARZO		
MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA
	30/01/2026	10.30 am		27/02/2026	10.30 am		30/03/2026	10.30 am

ABRIL			MAYO			JUNIO		
MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA
	29/04/2026	10.30 am		29/05/2026	10.30 am		29/06/2026	10.30 am

JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA
	31/07/2026	10.30 am		31/08/2026	10.30 am		30/09/2026	10.30 am

OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA	MONITOREO	FECHA	HORA
	30/10/2026	10.30 am		30/11/2026	10.30 am		21/12/2026	10.30 am





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

ANEXO 08

Formato 08: Listado de 21 Macroprocesos, 71 Estándares y 341 Criterios de Evaluación

N°	MACROPROCESOS	ESTANDARES	CRITERIOS DE EVALUACION
01	Direccionamiento	02	11
02	Gestión de Recursos Humanos	04	11
03	Gestión de la Calidad	03	22
04	Manejo de Riesgo de Atención	08	50
05	Emergencias y Desastres	03	21
06	Control de la Gestión y Prestación	2	15
07	Atención Ambulatoria	04	17
08	Atención de Hospitalización	07	26
09	Atención de Emergencia	03	14
10	Atención Quirúrgica	04	24
11	Docencia e Investigación	02	15
12	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	03	11
13	Admisión y Alta	04	16
14	Referencia y Contrarreferencia	04	13
15	Gestión de Medicamentos	03	15
16	Gestión de la Información	03	14
17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	04	17
18	Manejo de Riesgo Social	02	06
19	Manejo de la Nutrición de Pacientes	02	10
20	Gestión de Insumos y Materiales	02	08
21	Gestión de Equipos e Infraestructura	02	12

