



Resolución Directoral

San Juan de Lurigancho, 18 Enero 2023

VISTO:

El Expediente N° 22-031178-001 recepcionado el 10.01.2023, que contiene el Informe N.º 004-2023-OPE-HSJL de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y la Nota Informativa N°210-2022-UGC-HSJL de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, por medio de Decreto Supremo N°013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo la cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, se aprobó el documento técnico del "Sistema de Gestión en Salud", cuyo objetivo es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N°596-2007-MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", el cual fortalece los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación comparativa de los servicios de salud, aplicando los instrumentos de gestión de mejora continua para la atención a los usuarios en los establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico Política Nacional de la Calidad en Salud", el cual establece el desarrollo de las intervenciones destinada a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante la Resolución Ministerial N°095-2012-MINSA se aprobó la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;



URGENTE



HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL

22/12/2022 10:50:30
HSJL-UGC-kmundaca
Página 1 de 1



Tipo Documento: NOTA INFORMATIVA
N° Documento: 210-2022-UGC-HSJL

N° Expediente: 22-031178-001 /
Operador: HSJL-UGC-kmundaca
Fecha Registro: 22/12/2022 10:50

Interesado: UGC-VILCHEZ VASQUEZ MARIA ANGELA
Asunto: OFICIALIZACIÓN CON RD DEL PLAN DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2023.

N°	Destinatario (1)	Prio	Ind. (2)	Fecha Registro	Remitente (3)
1	DE-PAJUELO KOQUI LEONCIO FREDDY	NORM	2,6	22/12/2022	UGC-VILCHEZ VASQUEZ MARIA ANGELA
2	OPE		2-6	23/12/22	
3	planes	N	2-6	23.12.22	MC. L. PAJUELO
4	Dirección General	N	2-6	06-12-23	
5	Asesoría- Abog. Hito		2-6	09/12/23	
6	Abog Hito		26	11/01/2023	
7	Dr. Hito Hc. Recencia		26	11/01/23	
8					G. HITO
9					
10					
11					
12					

- | | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|
| 01. Aprobación | 06. Por Corresponderle | 11. Archivar | (B) Baja |
| 02. Atención | 07. Para Conversar | 12. Acción Inmediata | (I) Inmediato |
| 03. Su Conocimiento | 08. Acompañar Antecedente | 13. Prepare Contestación | (MB) Muy baja |
| 04. Opinión | 09. Según Solicitado | 14. Proyecto Resolución | (N) Normal |
| 05. Informe y Devolver | 10. Según lo coordinado | 15. Ver Observación | (U) Urgente |

N°	OBSERVACIONES POR MOVIMIENTO
	<p>Adjudic. Proyecto de RD.</p> <p>RECIBIDO 10 ENE. 2023</p> <p>RECIBIDO 22 DIC. 2022</p>

IMPORTANTE NO DESGLOSAR ESTA HOJA

COORDINACIÓN DE ASESORÍA JURÍDICA

10 ENE. 2023

RECIBIDO

Folio: Ingreso: Hora: Firma:

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

SECRETARÍA DIRECCIÓN

18 ENE. 2023

RECIBIDO

Hora: Firma:



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombr
"Año de Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

NOTA INFORMATIVA N° 16 -2023-EAJ-HSJL-DIRIS-LC-MINSA

A : MC. JUAN CARLOS BECERRA FLORES
Director Ejecutivo del HSJL

ASUNTO : SE REMITE PROYECTADO DE RESOLUCION DIRECTORAL

REFERENCIA : a) INFORME N°004-2023-OPE-HSJL
b) EXP: 23-031178-001

FECHA : San Juan de Lurigancho, 18 de Enero del 2023

Es grato dirigirme a su despacho, con el objeto de remitirle adjunto el Presente, Proyecto de Resolución Directoral, sobre **"PLAN DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD 2023 DEL HSJL "** durante el año fiscal 2023, lo cual adjunto al presente.

Por lo expuesto, adjunto el Presente, Proyecto de Resolución Directoral.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente

Abog. MARCO ANTONIO FERNÁNDEZ VARGAS
REG. CAL N°70089
Coordinador del Equipo de Asesoría Jurídica

JCBF/MAFV/avgc
C.c. Interesado
C. Archivo

Siempre
con el pueblo



**INFORME N° 001 - - 2023-OPE-HSJL**

A : MC JUAN CARLOS BECERRA FLORES
Director Ejecutivo del Hospital de San Juan de Lurigancho

ATENCIÓN : ABOG. GIOVANNA TTITO HUARHUA
Coordinadora del Equipo de Asesoría Jurídica

ASUNTO : Informe de viabilidad técnica del Anteproyecto del Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad" - 2023

REFERENCIA : MEMORANDO CIRCULAR N°026-2022-OPE-HSJL

FECHA : San Juan de Lurigancho, 06 de Enero del 2023.

Me dirijo a usted Señor Director Ejecutivo para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, mediante el cual se solicita realizar los trámites correspondientes para su respectiva aprobación mediante resolución directoral del Anteproyecto del Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad" - 2023 del Hospital San Juan de Lurigancho, para lo cual debo informar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

- 1.1 Que, el 09 de Noviembre de 2022, se socializó el Memorando Circular N°026-2022-OPE-HSJL/MINSA y el Correo Electrónico N°198-2022-EP/OPE-HSJL, donde la Oficina de Planeamiento Estratégico solicita los Planes de Trabajo 2023, a los Órganos, Oficinas, Departamentos y Programas Presupuestales del Hospital San Juan de Lurigancho, asimismo se socializó las indicaciones y plantillas que se requieren para poder desarrollar el presente plan.
- 1.2 Que, el 22 de Diciembre, la Unidad de Gestión de la Calidad, emitió la Nota Informativa N°210-2022-UGC-HSJL, donde remite Anteproyecto del Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"-2023, para su oficialización con Resolución Directoral.
- 1.3 Que, el 11 de julio de 2021, el MINSA emite la Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 1.4 Que, el 30 de diciembre de 2021, se emite la Resolución Directoral N°299-2021-DE-HSJL/MINSA, que aprueba con Eficacia Anticipada al 06 de diciembre del 2022, la Directiva Administrativa N°013-HSJL/2021-OPE-V.02 "Programación, Formulación, Ejecución y Evaluación de Planes de trabajo y de Acción de los órganos, Unidades Orgánicas y Programas Presupuestales del Hospital San Juan de Lurigancho".





- 1.5 Que, el 19 de mayo de 2022, se emite la **Resolución Ministerial N°367-2022-MINSA**, que aprueba el Plan Operativo Institucional Multianual 2023 - 2025 del Pliego 011: Ministerio de Salud.
- 1.6 Que, el 16 de mayo del 2022, se emite la **Resolución Ministerial N°354-2022/MINSA**, que aprueba la ampliación del horizonte Temporal del Plan Estratégico Institucional PEI-2019-2024 del Ministerio de Salud al año 2025; quedando denominado "Plan Estratégico Institucional PEI-2019 -2025 Ampliado del Ministerio de Salud".
- 1.7 Que, el 11 de julio de 2021, el MINSA emite la **Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA**, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 1.8 Que, el 06 de Diciembre del 2022, se promulgó la Ley N°31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023.
- 1.9 Que, el 07 de Diciembre del 2021, se emite la **Resolución Ministerial N°1281-2021-MINSA**, que modifica los numerales 6.2.2 y 6.2.4 del artículo VI. y 7.2 del artículo VII. de la Directiva Administrativa N°305-MINSA/2021/OGPPM "Directiva Administrativa que establece lineamientos para la aplicación de lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto de Urgencia N°012-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19 para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de salud", aprobada con Resolución Ministerial N°232-2021/MINSA.

II. ANÁLISIS

- 2.1 Mediante, **Memorando Circular N°026-2022-OPE-HSJL/MINSA** y a través del CORREO ELECTRÓNICO N°198-2022-EP/OPE-HSJL, la Oficina de Planeamiento Estratégico solicita los Planes de Trabajo 2023, de los Órganos, Oficinas, Departamentos y Programas Presupuestales del Hospital San Juan de Lurigancho, a su vez se socializó las indicaciones y plantillas que se requieren para poder desarrollar el presente plan.
- 2.2 Mediante **Nota Informativa N°210-2022-UGC-HSJL**, la Unidad de Gestión de la Calidad, remite el Anteproyecto del Documento Técnico: "**Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad**" - 2023, para su oficialización con Resolución Directoral.
- 2.3 Mediante la **Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA**, el Minsa aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, y en su numeral 6.1 Estructura de los Documentos Normativos, establece la estructura que debe contar los Documentos Técnicos, dentro de los que se encuentran los Planes, según el tipo que corresponde contando con el: Título, Introducción, Finalidad, Objetivos, Ámbito de Aplicación, Base Legal, Contenido, Responsabilidades, Anexos y Bibliografía. Consecuentemente el numeral 6.3.4, establece que las recomendaciones para la Formulación de Planes, en caso de los Documentos Normativos que tienen la





denominación "Planes", la formulación de planes debe hacerse aplicando además lo dispuesto en la 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, aprobado mediante R.M N°1143-2019/MINSA, o la que haga sus veces.

- 2.4 A través de la **Resolución Directoral N°299-2021-DE-HSJL/MINSA**, se aprueba la Directiva Administrativa N°013-HSJL/2021-OPE-V.02 "Programación, Formulación, Ejecución y Evaluación de Planes de trabajo y de Acción de los órganos, Unidades Orgánicas y Programas Presupuestales del Hospital San Juan de Lurigancho", cuya finalidad es fortalecer el adecuado proceso de planeamiento en el Hospital San Juan de Lurigancho. En ese sentido, luego de realizar la revisión se determina que el Anteproyecto del Documento Técnico: "**Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad**" - 2023 cumple con la estructura y normatividad correspondiente.
- 2.5 Mediante, **Resolución Ministerial N°367-2022-MINSA**, se aprueba el Plan Operativo Institucional Multianual 2023-2025 del Pliego 011: Ministerio de Salud, el cual es un instrumento de gestión, donde se establece la programación de metas físicas y de costo que se espera alcanzar entre los años 2023 - 2025, constituyéndose en un instrumento administrativo de gestión institucional que contiene el conjunto de actividades priorizadas, precisando metas concretas y la oportunidad de la intervención a desarrollarse durante los tres años a nivel de cada dependencia del pliego 011 MINSA, quienes tienen la responsabilidad de desarrollar las actividades programadas y dar cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.
- 2.6 Mediante la **Resolución Directoral N°354-2022/MINSA**, que aprueba la ampliación del horizonte Temporal del Plan Estratégico Institucional PEI-2019-2024 del Ministerio de Salud al año 2025; quedando denominado "Plan Estratégico Institucional PEI-2019 -2025 Ampliado del Ministerio de Salud", documento de gestión que alinea los objetivos y acciones estratégicas e indicadores de desempeño y hospitalarios, a las políticas de salud, es el documento al cual se articula al Plan Operativo Institucional Multianual 2023-2025 del Hospital San Juan de Lurigancho.
- 2.7 Asimismo, mediante **Resolución Directoral N°147-2022-DE-HSJL/MINSA**, se aprueba el Plan Operativo Institucional Multianual 2023-2025 de la Unidad Ejecutora 0049: Hospital San Juan de Lurigancho, el cual es un instrumento de gestión, que se elabora en concordancia con las políticas públicas en materia de salud, destacando la importancia en el compromiso y abordaje de las principales enfermedades que aquejan a la población, donde se establece la programación de metas físicas de las actividades operativas y programación financiera que se espera alcanzar entre los años 2023-2025, donde se contempla sus actividades del presente Anteproyecto del Documento Técnico: "**Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad**" - 2023.





- 2.8 Que, en el presente informe se adjunta el Anteproyecto del Documento Técnico: **"Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"-2023**, el cual tiene como finalidad *"Mejorar la calidad y la Seguridad de la Atención en los Servicio de Salud que presta el Hospital San Juan de Lurigancho"*.
- 2.9 Mediante, **Resolución Ministerial N°1281-2021-MINSA**, aprueba la modificación de los numerales 6.2.2 y 6.2.4 del artículo VI. y 7.2 del artículo VII. de la Directiva Administrativa N°305-MINSA/2021/OGPPM "Directiva Administrativa que establece lineamientos para la aplicación de lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto de Urgencia N° 012-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19 para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de salud", cuya finalidad es contribuir con la ejecución y cumplimiento de actividades previstas, para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del sistema nacional de salud. Asimismo, en el numeral 6.2.2. indica lo siguiente: *"Las modificaciones presupuestarias en el nivel Funcional y Programático que comprenden los productos de los Programas Presupuestales se efectúan previa opinión favorable de los responsables de los programas presupuestales involucrados de la correspondiente Unidad Ejecutora"*.
- 2.10 El día 06 de Diciembre del 2022, se promulga la Ley N°31638, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023, que a través del análisis del Presupuesto Público, es uno de los principales instrumentos de gestión del Estado para otorgar un mayor bienestar a la ciudadanía, a través de una asignación eficiente y eficaz de los recursos públicos, acorde con la disponibilidad de los fondos públicos.
- 2.11 Finalmente la Oficina de Planeamiento Estratégico en cumplimiento al artículo 8° del Reglamento de Organización Funciones, aprobado a través de la **Resolución Ministerial N°449-2010/MINSA**, cumple las siguientes funciones:
- (...)
- a) Efectuar el diagnóstico situacional e identificar los objetivos metas y estrategias de largo, mediano y corto plazo.
 - b) Formular el Plan Estratégico y Plan Operativo del Hospital.
 - c) **Evaluar la eficacia y eficiencia de las estrategias y asignación de recursos para el logro de los objetivos y metas establecidas.**
 - d) Evaluar el impacto de los objetivos, metas y estrategias de corto plazo y su eficacia para el reordenamiento, de darse el caso y cumplimiento de los objetivos de mediano y largo plazo.

Por lo que de acuerdo a la normativa vigente y las facultades que competen a la Oficina de Planeamiento Estratégico, se da la **OPINIÓN FAVORABLE** para la aprobación del Anteproyecto denominado Anteproyecto del Documento Técnico: **"Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad "- 2023**.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

III. CONCLUSIÓN

3.1 Del análisis y evaluación a la documentación se concluye, que el Anteproyecto del Documento Técnico: **"Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad "-2023**, tiene como objetivo "Garantizar la calidad y seguridad de la atención de los servicios de salud que presta el Hospital San Juan de Lurigancho"; el cual ha sido elaborado cumpliendo con la estructura establecida en la Directiva Administrativa N°013-HSJL/2021-OPE-V.02 "Programación, Formulación, Ejecución y Evaluación de Planes de trabajo y de Acción de los órganos, Unidades Orgánicas y Programas Presupuestales del Hospital San Juan de Lurigancho", asimismo, teniendo en consideración lo establecido en el numeral 6.3.4 de la Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA; cuyas actividades están contempladas en el Anteproyecto del Documento Técnico "Plan Operativo Institucional Anual 2023" del Hospital San Juan de Lurigancho.


Finalmente indicar que el presente plan, se encuentra sujeto a disponibilidad presupuestal, habiendo sido analizado por el Equipo de Organización y Modernización, Equipo de Planificación y Equipo de Presupuesto y Costos se encuentra apto para su aprobación y oficialización correspondiente, por lo que se da la **OPINIÓN FAVORABLE** y se insta a los involucrados en la implementación y ejecución del presente plan, a realizar acciones con arreglo a ley.

IV. RECOMENDACIONES

4.1 Se recomienda continuar con los trámites correspondientes para oficializar la aprobación del Anteproyecto del Documento Técnico: **"Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad "-2023**, a través del acto resolutivo correspondiente.

Sin otro particular, agradezco la atención al presente.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Mg. JORGE FAJAL OROSOCO
JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

JCO/rech/djism
CC. Archivo.



BICENTENARIO
PERÚ

NOTA INFORMATIVA N° 210-2022-UGC-HSJL

A : **M.C. Leoncio Freddy Pajuelo Koqui.**
Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Lurigancho.

Atención : **MG. Jorge Cama Orosco**
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico.

Asunto : Oficialización con RD del Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad – 2023.

Fecha : San Juan de Lurigancho, 22 de diciembre del 2022.


Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a su vez remitir el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2023 para su oficialización con Resolución Directoral, teniendo por finalidad mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital San Juan de Lurigancho.

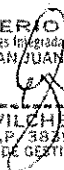
Se adjunta:

Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2023 (folios 43)

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes agradecerle su atención.

Atentamente,

 **MINISTERIO DE SALUD**
Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO



Lic. MARÍA VILCHEZ VASQUEZ
C.E.P. 38798
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MAVV /kymr
Cc. Archivo



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"

"2023"



El presente Documento es Copia del DEL ORIGINAL que se tenia a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

23 ENE 2023

C.D. IVAN N. MAJORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

MIEMBROS INTEGRANTES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lic. En Enf. María Angelica Vílchez Vasquez

EQUIPO DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO

Sandra Judith Rojas Medrano

EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Lic. En Enf. Martha Alessandra Andrade Cano

Lic. En Enf. Nancy Mamani Maldonado

EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MC José Francisco Verastégui Acuña

SECRETARIA

Tec. Adm. Katerin Mundaca Rojas



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FINALIDAD	1
III. OBJETIVOS	1
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	1
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	2
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	2
V. BASE LEGAL.....	2
VI. CONTENIDO	4
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	4
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	6
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS DEL PEI Y ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.....	7
6.4. PRESUPUESTO	13
6.5. Financiamiento	14
6.6. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	15
VII. RESPONSABILIDADES	17
VIII. ANEXOS	18
IX. BIBLIOGRAFÍA	40



40

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en salud es "la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios". De este modo la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salubridad y bienestar de la población son factores fundamentales al momento de evaluar dicho concepto.

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". Esto es reconocido como un valor imprescindible en la cultura organizacional. Al aplicarse metodologías y herramientas de calidad, desarrolladas de manera conjunta con los usuarios internos y externos, las instituciones de salud, y la sociedad en general, habrá una mejora sustancial en la atención de los establecimientos. Esto se manifestará en la satisfacción de todos los actores.

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. Garantizando 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.

II. FINALIDAD


Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital San Juan de Lurigancho.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar la calidad y seguridad de la atención de los servicios de salud que presta el Hospital San Juan de Lurigancho.



	PERÚ Ministerio de Salud	Ministerio de Promoción y Atención en Salud	Hospital San Juan de Lurigancho	Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Optimizar una cultura orientada al fortalecimiento del control, mejora continua de los Procesos y a la prevención de eventos que puedan afectar el desarrollo del direccionamiento institucional.
- Desarrollar un Hospital acreditado mediante el compromiso de un sistema de acceso a los servicios de salud satisfactorio.
- Garantizar la satisfacción del usuario en sus dimensiones y entorno.


IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2023 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas los Departamentos, Unidades y Oficinas del Hospital San Juan de Lurigancho.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30023, "Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el Día Nacional de la Salud y del Buen Trato al Paciente.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 007-2020-PCM Disposiciones para la Gestión de Reclamos en las entidades de la Administración Pública.
- Resolución Secretaria 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° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01-"Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.



	PERÚ Ministerio de Salud	Ministerio de Promoción y Protección del Estado	Hospital San Juan de Lurigancho	Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"
---	---	--	--	---

- 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° 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° 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° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- 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° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- 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° 546-2011/MINSA, que aprueba Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03: "Categorías de establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud".
- 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° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica 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° 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° 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° 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° 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° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 225-2020-DE-HSJL-DIRIS-LC/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 006-HSJL/2020-OPE V0.01 "Programación, formulación, aprobación, monitoreo y evaluación de planes de trabajo en el hospital San Juan de Lurigancho".
- Resolución Directoral N° 0030-2020-EF/50.01, que aprueba la Directiva N° 0005-2020-EF/50.01 "Directiva para el diseño de los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados".
- 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 Directoral N° 299-2021-DE-HSJL /MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 013-HSJL/2021-OPE V0.02 "Programación, formulación, ejecución y evaluación de planes de trabajo y de acción de los órganos, unidades orgánicas y programas presupuestales del hospital San Juan de Lurigancho".
- Resolución Directoral N° 0030-2020-EF/50.01, aprueba la Directiva N° 0005-2020-EF/50.01 "Directiva para el diseño de los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados".

VI. CONTENIDO

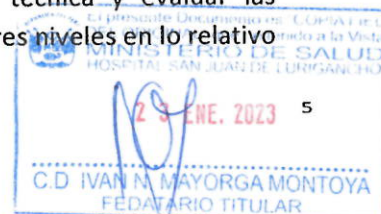
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- **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.
- **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.



	PERÚ Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Promoción y Asesoramiento en Salud	Hospital San Juan de Lurigancho	Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"
---	---	---	--	---

- **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.
- **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.
- **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 oportuna, 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.

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

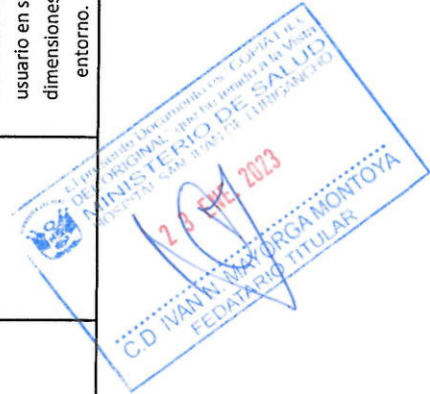
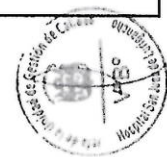
6.2.1. ANTECEDENTES	6.2.2. PROBLEMA	6.2.3. CAUSAS	6.2.4. POBLACIÓN OBJETIVO	6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<p>El HSJL es un hospital de mediana complejidad según los estudios realizados en el Estudio SERVQUAL 2022, muestran que la satisfacción del paciente es baja durante el proceso de atención recibida en las diferentes áreas, estando relacionado a diversos factores tanto humanos como sistemáticos y/o tecnológicos.</p> <p>Esto constituye uno de los mayores obstáculos para enfrentar los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales.</p>	<p>Incumplimiento de la ejecución de los estándares de Gestión de la Calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente número de médicos especialistas para consulta externa. - Amplio tiempo de espera en la atención de Consulta Externa. - Señalización incompleta en los ambientes de consultorios externos, debido al escaso espacio físico para definir con especialidades fijas en nuestra institución. - Fallas en el sistema de red 	<p>El presente Plan de Trabajo está dirigido a los diferentes equipos que la conforman la UGC: Equipo de Intercomunicación con el Usuario, Equipo de Garantía de la Calidad y Seguridad del Paciente, y Equipo de Auditoría de la Calidad; también a las diferentes Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital San Juan de Lurigancho.</p>	<p>Cada equipo debe realizar la monitorización, implementación, seguimiento y retroalimentación en los diferentes Departamentos, Unidades, Áreas, Oficinas y Servicios, con respecto a mejorar la atención en los servicios de salud que presta nuestra institución.</p> <p>Realizar la gestión necesaria para brindar las herramientas necesarias a todo el personal para que puedan llevar a cabo sus labores siguiendo los estándares de calidad.</p>



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

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

MARCO ESTRATÉGICO		ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA Y OPERATIVA A NIVEL DE SUBPRODUCTO 2023								
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PLAN	CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTO
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.	Optimizar una cultura orientada al fortalecimiento del control, mejora continua de los Procesos y a la prevención de eventos que puedan afectar el desarrollo del direccionamiento institucional. Desarrollar un Hospital acreditado mediante el compromiso de un sistema de acceso a los servicios de salud satisfactorio. Garantizar la satisfacción del usuario en sus dimensiones y entorno.	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	39999999. SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	1. ACCIÓN	79	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	18. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



b. Cronograma de Actividades:

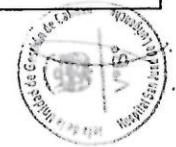
CATE. PRES.	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	TAREAS	UM	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T	N O V	D I C	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
9002	3999999 SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.	RD	X													UGC
			ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	RD	X													UGC
			ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	RD	X													UGC
			ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	RD						X								UGC
			ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	RD								X						UGC
			ACTUALIZACIÓN DE MAPRO DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	RD									X					UGC
0000009.	ACCIONES ADMINISTRATIVAS - EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE																	
			IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN CENTROS QUIRÚRGICOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE II Y III NIVEL DE ATENCIÓN.	RD	X					X							X	UGC
		5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS.	RD	X					X				X			X	UGC
9002	3999999 SIN PRODUCTO			RD						X							X	UGC

EL ORIGINAL DEL ORIGINAL que he firmado en la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 2023 FEB. 2023
 C.D. IVAN V. MAJORGAMONTOYA
 FEDATARIO TITULAR



d. Matriz de articulación de OEI e Indicadores:

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO (*)	ESTÁNDAR O LÍNEA DE BASE	FUENTE DE DATOS	PERIODICIDAD		
OEI. 04 FORTALECER LA RECTORIA 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.	% de Implementación de Proyectos de Mejora aprobados.	N° de proyectos de mejora aprobados	100%	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Semestral		
		% de Acciones de Mejora implementadas.	N° total de proyectos de mejora programados x 100	100%	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Semestral		
			N° Acciones de mejoras implementadas	100%				
		% de Reclamaciones gestionadas	N° total de acciones de mejora propuestas x 100	100%	Informe de Reclamaciones presentados en el Libro de Reclamaciones	Mensual		
			N° de Reclamaciones gestionadas	100%				
		% Satisfacción del Usuario Externo alcanzado	N° Total de Reclamaciones presentadas en el Libro de Reclamaciones x 100	N° de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia	N° de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia x 100	100%	Informe de Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia en establecimientos de salud según categoría.	Anual
		% de Historias Clínicas Auditadas con adherencia a las GPC	N° total de Historias Clínicas auditadas x 100	N° de Guías de Práctica Clínica aprobadas	N° total de Guías de Práctica Clínica presentadas x 100	100%	Informe de Guías de Prácticas Clínicas.	Semestral
		% 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	Anual		




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

				salud	
% Cirugías que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	N° de cirugías que aplican lista de verificación de la seguridad de la cirugía N° Total de cirugías programadas x 100	100%	Informe de la implementación de la Lista de verificación y de la aplicación de la Encuesta.	Semestral	
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas N° de Rondas de Seguridad del Paciente programada x 100	100%	Informe de adherencia de rondas de seguridad del paciente	Mensual	
% Eventos Adversos analizados de acuerdo al Protocolo de Londres.	N° de eventos adversos analizados de acuerdo al protocolo de Londres N° Total de eventos adversos presentados x 100	100%	Reporte de incidentes y/o eventos adversos registrados.	Semestral	
% Adherencia de Lavado de Manos del personal de salud en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	N° de acciones de higiene de manos N° de oportunidades de higiene de manos x 100	85%	Informe de cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos en servicios de los establecimientos de salud	Semestral	


 EL INSTITUTO DE DAN ORTIZ Y SU FAMILIA - C. CAPITAL DEL
 DEL ORIGINAL - TITULO DE IDENTIFICACION
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHA
 23 JUN 2023
 CD IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR



 PERÚ Ministerio de Salud Hospital San Juan de Lurigancho	Documento Técnico: "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad"
--	--

6.4. PRESUPUESTO

6.4.1. Requerimiento de Bienes:

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

TABLA RESUMIDA A NIVEL DE ESPECÍFICA DE GASTO

CATEGORÍA PRESUPUESTAL:	9001. ACCIONES CENTRALES		
CLASIFICADOR	NOM. CLASIFICADOR	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL
2.3.1 5.1 2	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA		11,119.87
2.6.3 2.1 1	MÁQUINAS Y EQUIPOS		3,326.18
TOTAL			14,046.05

b. Déficit de Mobiliario: No aplica

6.4.2. Requerimiento de Servicios:

a. Existente:

N°	DESCRIPCIÓN	ESPECIALIDAD	CONDICIÓN	SERVICIO/ÁREA	N° DE PROFESIONALES
1	PERSONAL DE ENFERMERÍA	-	NOMBRADO	JEFATURA	1
2	PERSONAL DE ENFERMERÍA	-	CAS	EQUIPO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	1
3	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	-	CAS	PAUS	4
4	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	-	CAS	PAUS	1
TOTAL					7

b. Déficit de personal:

N°	CLASIFICADOR	CODIGO SIGA	DESCRIPCIÓN	SERVICIO/ÁREA	N° DE PROFESIONALES
1	2.3.2 9.1 1	070500030106	ATENCIONES ESPECIALIZADAS EN ENFERMERIA	EQUIPO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	1
2	2.3.2 9.1 1	210100010080	SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO	PAUS	1
3	2.3.2 9.1 1	071100380305	SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA ADMINISTRATIVA	PAUS	6
4	2.3.2 9.1 1	070500030059	SERVICIO DE AUDITORIA EN SALUD	EQUIPO DE AUDITORÍA MÉDICA	1
TOTAL					9



6.5. Financiamiento

TABLA RESUMIDA POR CATEGORÍA DE GASTO.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	GENERICA DE GASTO	DESCRIPCIÓN	MONTO
RO	2.1	RECURSOS HUMANOS	S/ 123,337.00
	2.3	CAS	S/ 194,364.00
		SERVICIOS BÁSICOS	-
		BIENES Y SERVICIOS	S/ 14,046.45
		LOCACIÓN DE SERVICIOS	S/ 297,600.00
RDR	2.3	BIENES Y SERVICIOS	-
	2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-
DYT	2.3	BIENES Y SERVICIOS	-
	2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	-
TOTAL			s/ 629,347.45



6.6. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

CATEGORÍA PRESUPUESTAL: 9002-APNOP		META FÍSICA												PRESUPUESTO			CENTRO DE COSTOS				
PRODUCTO	ACTIVIDAD	SUBPRODUCTO / TAREA	MET PRO G	CADENA PRESUPUESTAL												ÁREA RESP.		D E I M V .	P I A	P I M	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC						
				P O G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G	P R E C G			
		ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	1	1																UGC	
		ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	1																	UGC
		ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	1	1																	UGC
Sin producto	000377 MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	1							1											UGC
		ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	1													1					UGC
		ACTUALIZACIÓN DE MAPRO DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	1																		UGC

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 23/08/2023
 IVANN MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

Hospital San Juan de Lurigancho

VII. RESPONSABILIDADES

APNOP: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	JEFE DEL CENTRO DE COSTO:	Lic. En Enf. Maria Angelica Vilchez Vasquez
	EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Lic. En Enf. Martha Alessandra Andrade Cano Lic. En Enf. Nancy Mamani Maldonado
	EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	MC José Francisco Verastegui Acuña
	EQUIPO DE INTERCOMUNICACIÓN CON EL USUARIO	Sandra Judith Rojas Medrano

El presente Documento es: C.G.P.A.T. del
 DEL ORIGINAL que se remite a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 23 JUN 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR





VIII. ANEXOS

- ANEXO 1: FORMATO DEL LIBRO DE RECLAMACIONES DEL HSJL
- ANEXO 2: FORMATO DEL LIBRO DE FELICITACIONES DEL HSJL
- ANEXO 3: FORMATO DE BUZÓN DE SUGERENCIAS
- ANEXO 4: APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- ANEXO 5: HOJA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS
- ANEXO 6: FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA
- ANEXO 7: CRITERIOS PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA
- ANEXO 8: FORMATOS DE AUDITORIA

El presente Documento es el original que ha sido emitido por el
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 23 MAR. 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTROYA
 FEDATARIO TITULAR



ANEXO 1: FORMATO DEL LIBRO DE RECLAMACIONES DEL HSJL

 PERÚ	Ministerio de Salud	Ministerio de Promoción de la Salud y Regulación de Salud	Hospital San Juan de Lurigancho	 SUSALUD <small>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</small>
Hospital San Juan de Lurigancho - IGSS			HOJA DE RECLAMACION EN SALUD	
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO: Prolongación Av. Canto Grande S/N San Juan de Lurigancho				
FECHA: / /				
1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO				
NOMBRE (RAZÓN SOCIAL): _____			E-MAIL: _____	
DIRECCIÓN: _____			TELÉFONO: _____	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD () DNI () CCE () PASAPORTE () RUE			N° DOCUMENTO: _____	
2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____			E-MAIL: _____	
DIRECCIÓN: _____			TELÉFONO: _____	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD () DNI () CCE () PASAPORTE () RUE			N° DOCUMENTO: _____	
3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)				
4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)				
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)				
FIRMA O FUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA LETRADA	[FIRMA]		[FUELLA DIGITAL]	
6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO				
DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD		
[DETALLAR]	[FIRMA O FUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA LETRADA]	[FIRMA DEL RESPONSABLE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD]		
Las MPAL, MPRES o IMPRES deben atender reclamaciones en plazo de 30 días hábiles. "Este formato es una herramienta que puede ser utilizada por SUSALUD cuando no se hayan brindado un servicio, prestación o cobertura sanitaria, o resultado de las MPAL o IMPRES, o que dependan de las UGIRSS, o cuando se presenten quejas o reclamos. También se utilizará para registrar el resultado de las acciones de atención de los reclamos, independientemente de su naturaleza o clasificación inicial con el resultado de cada caso".				






El presente Documento es una COPIA DEL ORIGINAL que fue leído a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
23 ENE 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

ANEXO 2: 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 N° _____
FECHA: / /	

I. IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL QUE RECIBIRA LA FELICITACIÓN:				
1. COLABORADOR ASISTENCIAL:				
Medico ()	Lic. en Obstetricia ()	Lic. en Enfermería ()	Lic. en Psicología ()	Quim. Farmacéutico()
Tecnólogo ()	Téc. en Enfermería ()	Trabajadora Social ()	Lic. en Nutrición ()	Residente ()
Otro: _____				
Nombres y Apellidos: _____			Área/Servicio: _____	
2. COLABORADOR ADMINISTRATIVO:				
Cajero ()	Admisión ()	Secretaría ()	Personal de Informes ()	Otro: _____
Nombres y Apellidos: _____			Área/Servicio: _____	
II. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO QUE REALIZA LA FELICITACIÓN:				
Nombres y Apellidos: _____				
N° 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 <u>felicitación</u> :				
 BUENO(1)	 MUY BUENO(2)	 EXCELENTE(3)	<i>Muchas gracias por su opinión.</i>	



ANEXO 3: FORMATO DE BUZÓN DE SUGERENCIAS

BUZÓN 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


 El presente Documento es COPIA de L
 DEL ORIGINAL que he tenido a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 23 ENE. 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR



ANEXO 4: 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



TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:

IPRESS:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SELECCIONADO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NO EN CONTRATO
MICRORED DE SALUD	NO EN CONTRATO
RED DE SALUD	NO EN CONTRATO
DIRESA/GERESA/DIRIS	NO EN CONTRATO

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

IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE
MPSE:	SELECCIONE	FECHA EJECUCIÓN:	DD/MM/AAAA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	SELECCIONE	IP.EPIDEMIOLOGÍA:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SELECCIONE	RESP. DE LA IPRESS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	SELECCIONE	RESP. OFIC./UNIDAD CA			
		OTROS RESPONSABLES:			

-
-
-
-
-
-

BUENAS PRÁCTICAS	X	VERIFICADOR	COMPLIEMENT	OBSERVACIONES
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	



El presente Documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que ha tenido a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

23 ENE 2023

C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
FEDATARIO TITULAR

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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
FECHA EJECUCIÓN:	(DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			
RESP. DE LA UPSS:			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
OTROS RESPONSABLES:			

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA - CIENTÍFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

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

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
FECHA EJECUCIÓN:	(DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			
RESP. DE LA UPSS:			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
OTROS RESPONSABLES:			

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (EAGG)	PLAZO (dd/mm/aaaa)



Este presente Documento es Copia del
 DEL ORIGINAL que ha tenido a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 23 ENE. 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

ANEXO 5: HOJA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

PERSONA QUE NOTIFICA						SUCESO		TIPO DE EVENTO ADVERSO		DATOS GENERALES	
MÉDICO						INCIDENTE		LEVE		EDAD:	
ENFERMERA						EVENTO ADVERSO		MODERADO		SEXO:	
OBSTETRA							GRAVE		Nº DE HCL:		
OTRO PROF.									Nº DE CAMA:		
TEC. ASIST.									DÍAS DE ESTANCIA:		

EVENTOS ADVERSOS	
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	ODONTOESTOMATOLOGÍA
Infección de tracto urinario por catéter urinario	Fractura radicular durante exodoncia
Infección de torrente sanguíneo por cateterismo periférico	Tumefacción y dolor post tratamiento 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 subaracnoidea total
Lesión de órgano durante procedimiento quirúrgico	Cefalea post punción de dura madre
Dehiscencia de anastomosis	Otros:
Disfuncionalidad de ostomía y anastomosis	EMERGENCIA/UCI
Evisceración abdominal	Neumotórax por catéter venoso central
Embolia pulmonar post operatoria	Neumotórax 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	Paro cardio respiratorio post procedimiento
Hemorragia abdominal intraoperatoria	Apendicitis que deriven 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 ósea mal consolidada	Suicidio
Infección de fracturas expuestas	Intento de suicidio del paciente
Reintervención quirúrgica	Agresión al personal
Otros:	Autogresión
GINECO-OBSTETRICIA	No colabora/graves
Óbito fetal en paciente hospitalizado	Otros:
Mastitis puerperal	GENERALES
Histerectomía post cesárea	Caida del paciente, con lesión o daño
Desgarro vulvoperineal 3º y 4º grado	Extravasación de vía endovenosa
Dehiscencia de episiotomía	Úlceras por presión
Trauma obstétrico durante el parto	Quemaduras
Trauma obstétrico durante la cesárea	Flebitis en sitio de venopunción
Eclampsia o HELLIP antes 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 logrodo	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 venopunciones
Punción lumbar frustrada	Sepsis a shock séptico
Neumotórax por ventilación mecánica	Exposición a radiaciones a gestante
Retinopatía en prematura	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: Es todo que no ha causado daño pero susceptible de provocarles a otras circunstancias que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

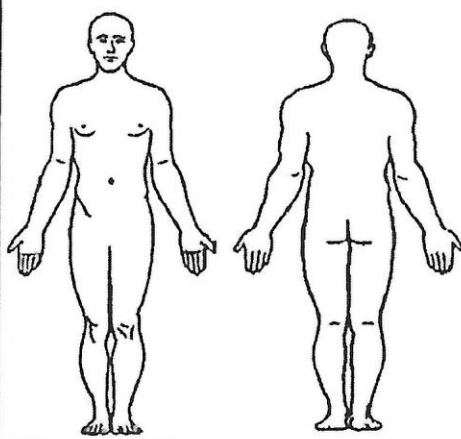
EVENTO ADVERSO: Evento que afecta la salud del paciente relacionado con la atención de salud recibida y no a la enfermedad de fondo.

- **LEVE:** Cualquier evento adverso que no prolonga estancia, requiere intervención o tratamiento menor.
- **MODERADO:** Ocasión o aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño tener en cuenta pero no es permanente.
- **GRAVE:** Es un evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual a la hora o 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 utilizado para sancionar a los involucrados.



Copia del original que debe ser devuelto a la Unidad de Gestión de la Calidad
 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 7 JUN 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

ANEXO 01 - HOJA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS			
INCIDENTES			
INCIDENTE EN LA MEDICACIÓN	INCIDENTES RELACIONADOS A PROCEDIMIENTOS		
En la prescripción	PROCEDIMIENTOS	INCIDENTES	
En la transcripción	Accesos vasculares venosos o arteriales	Preparación inadecuada antes del procedimiento	
En la dispensación	Intubación traqueal	Procedimiento inadecuado	
En la preparación / dosis	Sondaje gástrico	Retraso evitable en el inicio	
En la administración	Sondaje vesical	Sangrado	
En la monitorización	Traqueostomía	Otros:	
Otros:	Intervención Ox.		
INCIDENTE EN LA TRANSFUSIÓN		INCIDENTES RELACIONADOS A FALLAS DE EQUIPOS	
Mala identificación (paciente)	EQUIPOS		
Producto no transfundido	Monitor cardíaco	INCIDENTES	
Reacción transfusional	Pulsoxímetro	Mal funcionamiento	
Retraso en el inicio	Bomba de infusión	Mal uso de alarmas	
Transfusión de producto equivocado	Humidificadores	Falla en el suministro eléctrico	
INCIDENTE RELACIONADA A LAS VÍAS AÉREAS Y VENTILACIÓN		INCIDENTES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Desconexión accidental	Aspirador de secreciones	INCIDENCIA	
Obstrucción de la vía aérea	Respirador	SERVICIO	
Extubación no programada	Cama	Laboratorio	
Reintubación	Otros:	Rayos X	
Oxigenoterapia	INCIDENTES RELACIONADOS AL CUIDADO DE ENFERMERÍA		
Progresión del tubo endotraqueal	Retraso en la ejecución	INCIDENTES RELACIONADOS CON EL ERROR EN EL DIAGNÓSTICO	
Otros:	Resultado erróneo	Enfoque médico incorrecto	
INCIDENTE RELACIONADO A CATÉTERES, SONDAS Y TUBOS DE DRENAJE		Mala interpretación de pruebas complementarias	
Catete venoso periférico	Resultado corresponde a otro paciente	No disponibilidad o retraso en medios diagnósticos	
Catete venoso central	Complicación propia de la prueba	Diagnóstico médico infravalorado por la urgencia	
Catete arterial	No indicación / omisión de la solicitud de prueba diagnóstica	Pruebas complementarias equivocadas	
Drenaje torácico	INCIDENTES RELACIONADOS AL CUIDADO DE ENFERMERÍA		
Sonda Nasogástrica	Error en la identificación del paciente	Rapto de bebé / Entrega a familia e equivocada	
Sonda Vesical	No aplicación de los cuidados pactados	Inmovilización innecesaria	
Drenajes quirúrgicos	Monitorización inadecuada de paciente	Fuga de paciente	
OTROS		Fuga de paciente	
Estancia hospitalaria mayor a 20 días	Rapto de bebé / Entrega a familia e equivocada		
Error/ confusión en la dieta	Inmovilización innecesaria		
DESCRIPCIÓN DEL SUCESO		IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE	
FECHA / HORA:			
SELLO Y FIRMA:			

Directiva Sanitaria N° 003-1955/V03 Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Sentinela.



ANEXO 6: FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestesiista, como mínimo)	Antes de la incisión cutánea (Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)
¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	El enfermero confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	Cirujano, anestesiista y enfermero: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Sí	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Sí	Previsión de eventos críticos Cirujano: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?	
¿Tiene el paciente... ... Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Anestesiista: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?	
... Via aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible	Equipo de enfermería: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?	
... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<input type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	



Este Documento es una Copia FIEL del ORIGINAL que se levantó a la Vista del MINISTRO DE SALUD
 VAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR
 23 ENE 2023

ANEXO 7: CRITERIOS PARA LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

1. Liderazgo y Compromiso con la Alta Gerencia	120 puntos
1.1. <i>Organización de Soporte para Promover el Trabajo en Equipo.</i>	
1.2. <i>Facilidades Otorgadas a los Equipos de Proyectos de Mejora.</i>	
1.3. <i>Apoyo de la Alta Dirección en la Implantación de las Propuestas de solución.</i>	
1.4. <i>Reconocimiento a los Equipos de Mejora.</i>	
2. Identificación y Selección del Proyecto de Mejora	80 puntos
2.1. <i>Análisis de la Estrategia de la Organización y de Oportunidades de Mejora.</i>	
2.2. <i>Estimación del Impacto en los Resultados de la Organización.</i>	
3. Método de Solución de Problemas y Uso de Herramientas de Calidad	220 puntos
3.1. <i>Método de Solución de Problemas.</i>	
3.2. <i>Recolección y Análisis de la Información.</i>	
3.3. <i>Uso de Herramientas de la Calidad.</i>	
3.4. <i>Concordancia entre el Método y las Herramientas.</i>	
4. Gestión del Proyecto y trabajo en Equipo	140 puntos
4.1. <i>Criterios para la Conformación del Equipo de Proyecto.</i>	
4.2. <i>Planificación del Proyecto.</i>	
4.3. <i>Gestión del Tiempo.</i>	
4.4. <i>Gestión de la Relación con Personas y Áreas Clave de la Organización.</i>	
4.5. <i>Documentación.</i>	
5. Capacitación	80 puntos
5.1. <i>Programa de Capacitación del Equipo.</i>	
5.2. <i>Evaluación e Impacto de las Actividades de Capacitación.</i>	
6. Creatividad	90 puntos
6.1. <i>Amplitud en la Búsqueda de Opciones y Desarrollo de Alternativas.</i>	
6.2. <i>Originalidad de la Solución propuesta.</i>	
6.3. <i>Habilidad para Implantar soluciones de Bajo Costo y Alto Impacto.</i>	
7. Continuidad y Mejora de los Resultados	200 puntos
7.1. <i>Resultados de Orientación hacia el Cliente interno/externo.</i>	
7.2. <i>Resultados Financieros.</i>	
7.3. <i>Resultados de la Eficiencia Organizacional.</i>	
8. Sostenibilidad y Mejora	70 puntos





PERÚ
Ministerio
de Salud



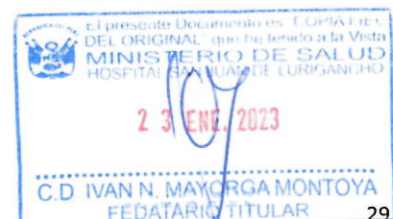
Hospital
San Juan de Lurigancho

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

Ficha individual de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad

Ficha Individual PMCC		
PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD		
Nº	INFORMACIÓN BÁSICA	DESCRIPCIÓN
1	Título del proyecto	
2	Equipo de Mejora	
3	Dependencia	
4	Población Objetivo	
5	Lugar de Ejecución	
6	Duración	
7	Objetivo General	
8	Resultados esperados	
9	Propuesta de financiamiento	

INSTRUCTIVO
1. Título del proyecto: Nombre del proyecto de mejora continua que indicará el contenido del trabajo.
2. Equipo de Mejora: Personal de salud y/o administrativo del EE.SS. o sede administrativa que ha elaborado el proyecto
3. Dependencia: Microrred, Red y DIRESA a la que pertenece el EE.SS.
4. Población Objetivo: Población beneficiaria del proyecto de mejora que se va a implementar.
5. Lugar de Ejecución: Localidad, distrito, provincia y región donde se implementará el proyecto de mejora continua.
6. Duración: Periodo en que se implementará el proyecto.
7. Objetivo General: Es el propósito central del proyecto.
8. Resultados esperados: Son los productos tangibles que el proyecto mismo debe producir, debe responder a la pregunta ¿Qué vamos a lograr? Los resultados deben describirse lo más concretamente posible y en términos verificables, todo objetivo inmediato deberá ser apoyado por lo menos por un resultado.
9. Propuesta de financiamiento: Los recursos financieros: consiste en una estimación de los fondos que se pueden obtener, indicando las diferentes fuentes con que se podrán contar: presupuesto ordinario, subvenciones, pago del servicio por los usuarios, organismos cooperantes, gobierno local o regional, etc. Es necesario también establecer un calendario financiero, en donde se indica cada actividad en determinado momento del proyecto y cuáles son los recursos financieros necesarios para llevarlas a cabo.



ANEXO 8: FORMATOS DE AUDITORIA

I DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE EMERGENCIA DEL AÑO EN CURSO
ASUNTO	NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES
FECHA	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	CÓDIGO
DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
III.- OBSERVACIONES	
DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA	
A) ESTUDIO CLÍNICO	
a) Filiación	COMPLETA: si están todos los datos (estándar), registra edad y sexo, INCOMPLETA, faltan 2 o más datos de filiación, NO EXISTE, no hay filiación.
b) Antecedentes contributorios	COMPLETOS, si están todos los datos (estándar), cuando está consignado el antecedente patológico y/o tratamiento del problema actual, INCOMPLETA: faltan 2 o más datos de filiación, NO EXISTE, no hay.
c) Antecedentes ocupacionales	COMPLETOS: si se consignan los datos ocupacionales (estándar), INCOMPLETOS: faltan datos, NO EXISTE: no hay
d) Enfermedad Actual	COMPLETA, están todos los datos (estándar), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico, con énfasis en aquellos que son motivo de la consulta, INCOMPLETO: no se describe en los hallazgos de todos los aparatos y sistemas. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: faltan datos del problema, los hallazgos no se correlacionan, NO EXISTE: no hay datos
e) Funciones Vitales	COMPLETO: están todos los datos del examen preferencial (estándar), cuando tiene funciones vitales (adultos: FC, PA, T, FR), INCOMPLETA: no están todos los datos del examen preferencial. NO EXISTE: no hay datos.
f) Examen Clínico	COMPLETO, están todos los datos (estándar), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico, con énfasis en aquellos que son motivo de la consulta, INCOMPLETO: faltan datos, INCOMPLETOS Y NO CONCORDANTES: faltan datos del problema, los hallazgos no se correlacionan, NO EXISTE: no hay datos.
g) Plan de Trabajo	COMPLETO: se consignan exámenes auxiliares solicitados, interconsultas, procedimientos. La fecha de solicitud debe estar actualizada. INCOMPLETO, faltan datos, NO EXISTE.
SUBTOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "A"
B) DIAGNÓSTICOS	
a) Presuntivo	POSIBILIDADES ADECUADOS, cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes, INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE
b) Definitivo	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (estándar) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, no figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica, INCOMPLETOS Y NO OPORTUNOS, NO EXISTE
c) Pronóstico	CONCORDANTE CON EL DIAGNÓSTICO, existe y guarda relación con el diagnóstico, NO CONCORDANTE CON EL DIAGNÓSTICO, no guarda relación con el diagnóstico planteado.
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	
a) Identificación de problemas en evolución	POSIBILIDADES: existen completas (estándar) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales, NO EXISTEN
b) Examen Clínico	COMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA HC, todas las evoluciones tienen examen clínico, INCOMPLETO, faltan datos, INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE, faltan datos y no hay correlación, NO EXISTE
c) Interpretación de Exámenes Complementarios	Posibilidades: COMPLETOS, se interpretan haciendo unidad clínica con la HC, INCOMPLETOS: cuando alguno de los anteriores no es interpretado
d) Exámenes de Laboratorio	Posibilidades: COMPLETOS Y OPORTUNOS (estándar), COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS, no se solicita lo requerido.
e) Exámenes de Laboratorio	Posibilidades, COMPLETOS Y OPORTUNOS (estándar), COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.



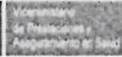

 23 ENE. 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

f) Exámenes Radiológicos	Posibilidades: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTÁNDAR), suficientes pero no oportunos, EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.
g) Diagnósticos de evolución	COMPLETOS Y CONCORDANTES, deben figurar todos los diagnósticos, INCOMPLETOS Y NO CONCORDANTES, faltan algunos diagnósticos, NO EXISTE
h) Plan de Trabajo de evolución	Posibilidades: COMPLETO Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTÁNDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución, INCOMPLETO Y CONCORDANTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la HC, NO EXISTE.
i) Interconsultas	OPORTUNAS Y SUFICIENTES, cuando se solicitan las interconsultas necesarias al ingreso y durante la evolución. NO OPORTUNAS, EXCESIVAS, INSUFICIENTES.
D) NOTAS DE ENFERMERIA	
a) Evoluciones de enfermería	COMPLETAS, registra funciones vitales, medicamento vías, dosis, procedimiento e interocurrencias, incompletas, INCOMPLETAS, NO EXISTE
b) Hoja de funciones vitales	COMPLETAS: PA, T, FG, FR INCOMPLETAS, NO EXISTE
c) Hoja de balance hídrico	Posibilidades: COMPLETAS (ESTÁNDAR), INCOMPLETAS, NO EXISTEN
SUB TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "D"
E) TRATAMIENTO	
a) Tratamiento de soporte o sintomático	ADECUADO Y SUFICIENTE, registra tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos. INSUFICIENTES, EXCESIVO
b) Tratamiento Etiológico	
SUB TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "E"
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	
a) Evolución	FAVORABLE, DESFAVORABLE Y ESPERADA, DESFAVORABLE NO ESPERADA
b) Complicaciones	AUSENTES, IMPREDECIBLES, EVITABLES
c) Estancia	ADECUADA, INSUFICIENTE, PROLONGADA (DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES)
D) Especifica indicaciones del alta	ADECUADAS, NO EXISTEN
SUB TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
a) Pulcritud	POSIBILIDADES: SI 8 estándar), si la historia clínica está limpia ordenada, con formatos adecuados y foliados. NO EXISTE
b) Registro de la hora de Atención	SI, NO
c) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE (estándar), en toda la HC, NO EXISTE
d) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTÁNDAR), en toda la HC, A VECES en partes de la HC, NO EXISTE
SUB TOTAL "G"	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTÁNDAR) SOLO FIRMA, NO EXISTE
TOTAL	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G"
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTÁNDAR
	SERÁN CONSIGNADOS POR EL EQUIPO AUDITOR
V.- INCONFORMIDADES MENORES.-	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTÁNDAR
	SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
VI.- CONCLUSIONES	RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTÁNDAR ESTABLECIDO
VII.-FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO	
VIII.- FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA	
NOTA	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACIÓN





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital
San Juan de Lurigancho

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

FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

SERVICIO AUDITADO:

AUDITORÍA DEL PACIENTE
FALLECIDOMIEMBRO/S DEL COMITÉ
AUDITOR

ASUNTO:

FECHA:

II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

ÚLTIMA FECHA DE
CONSULTACODIFICACIÓN DE LA
HISTORIA CLÍNICA:CODIFICACIÓN DEL
PERSONAL TRATANTE:

DIAGNÓSTICO

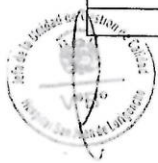
III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLÍNICO

a) Filiación	Estándar/No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b) Antecedentes personales no patológicos.	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
c) Antecedentes personales patológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
d) Antecedentes epidemiológicos.	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
e) Antecedentes ocupacionales.	Estándar/No aplicable	1	No existe	0				
f) Enfermedad Actual	Completa y concordante con los problemas de ingreso.	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso.	1	No existe	0
g) Examen Clínico.	Completa y concordante con la enfermedad actual.	5	Incompleto	3	Incompleta y no concordante con la enfermedad actual.	1	No existe	0
h) Nota de ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0		
i) Plan de trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
j) Epicrisis	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0		



SUB.TOTAL "A"											25	
B) DIAGNÓSTICO												
a) Presuntivo/s	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0						
b) Definitivo/s	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0				
c) Diagnóstico de certificado de defunción	Adecuado y concordante con el diag. Definitivo	4	No concordante con el diag. Definitivo	2	Inadecuado	1	No existe	0				
d) Necropsia	Si	3	No	0								
e) Uso del código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0								
SUB.TOTAL "B"											22	
C) NOTAS DE EVALUACIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS												
a) Notas de evolución	Completas	4	Incompletas	2	No existe	0						
b) Informe de defunción	Suficiente y concordante con el certificado de defunción	2	Insuficiente y no concordante	1	No existe	0						
c) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0				
d) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0				
e) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	Excesivos	1	Insuficientes	0				
SUB.TOTAL "C"											18	
D) NOTAS DE ENFERMERÍA												
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0						
b) Hoja de funciones vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0						
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0						
SUB.TOTAL "D"											6	
E) TRATAMIENTO												
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	5	Insuficiente	3	Excesivos	2	No existe	0				
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	9	Insuficiente	5	Excesivos	3	No existe	0				
SUB.TOTAL "E"											14	
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES												





PERÚ
Ministerio
de Salud



Hospital
San Juan de Lurigancho

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

a) Evolución:	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable esperada	3	Desfavorables no esperada	0		
b) Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	3	Evitables	0		
c) Estancia	Adecuada	4	Prolongada	0				
SUB.TOTAL "F"								14
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA								
a) Registra Consentimiento informado	Si	1.5	No	0				
b) Pulcritud:	Estándar/No aplicable	1	No	0				
c) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0				
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0.5	Nunca	0		
e) Registra médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0				
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Sólo alguno	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "G"								
TOTAL								8.5
CALIFICACIÓN:								
ACEPTABLE:	107.5							
POR MEJORAR								
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:								
Ausencia de firma y sello del médico tratante								
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X								
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa								
Otras:								
V.- INCONFORMIDADES MENORES:								
No consigna hora de atención.								
No señala cantidad de medicación prescrita:								
Otras:								
VI.- CONCLUSIONES:								



VII.- FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII.- FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:	



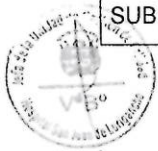
El presente Documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que ha estado a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
23 ENE 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN									
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA									
SERVICIO AUDITADO:									
AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN:									
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:									
ASUNTO:									
FECHA:									
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:									
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:									
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:									
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:									
DIAGNÓSTICO:									
III.- OBSERVACIONES:									
A) ESTUDIO CLÍNICO:									
NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARA EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO									
a) Filiación:	Estándar/NO aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0			
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
c) Antecedentes personales patológicos:	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/NO aplicable	1	No existe	0					
f) Enfermedad Actual:	Completa y concordante con los problemas de ingreso.	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/ los problemas de ingreso.	2	No existe	0	
g) Examen Clínico:	Completa y concordante con la enfermedad actual.	6	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual.	2	No existe	0	
h) Nota de Ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0			
i) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "A"		24							
B) DIAGNÓSTICOS:									



El presente Documento es Copia de
 DEL ORIGINAL que ha estado a la Vista
MINISTERIO DE SALUD
 23 ENE 2023
 C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR

a) Presuntivo/s	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0		
b) Definitivo/s	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0
c) Uso del Código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0				
SUB.TOTAL "B"		15						
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS								
a) Notas de Evolución	Completas	5	Incompletas	3	No existe	0		
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	Completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	Completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
d) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	Excesivas	1	Insuficientes	0
SUB.TOTAL "C"		17						
D) NOTAS DE ENFERMERÍA								
a) Evolución de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
b) Hoja de funciones vitales	Completas	2	incompletas	1	No existe	0		
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "D"		6						
E) TRATAMIENTO								
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	6	Insuficiente	4	Excesivos	2	No existe	0
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	10	Insuficiente	5	Excesivos	3	No existe	0
SUB.TOTAL "E"		16						
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES								
a) Evolución	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable	2.5	Desfavorable no esperada	0		
b) Complicaciones	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0		
c) Estancia	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongadas	0		
d) Alta	Estándar/No aplicable	2	No oportunas	1	No existe	0		
e) Específica indicación de alta	Estándar/No aplicable	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "F"		17						



G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA							
a) Registra consentimiento informado	Si	1.5	No	0			
b) Pulcritud	Estándar/No aplicable	1	No	0			
c) Registro de la hora de atención	Estándar/No aplicable	1	No	0			
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0.5	Nunca	0	
e) Registra médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0			
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Solo alguno	1	No existe	0	
SUB.TOTAL "F"		8.5					
TOTAL						103.5	
CALIFICACIÓN							
ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 80						
POR MEJORAR	MENOR DE 80						
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:							
Ausencia de firma y sello del médico tratante							
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X							
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa.							
Otras:							
V.- INCONFORMIDADES MENORES:							
No consigna hora de atención.							
No señala cantidad de medicación prescrita:							
Otras:							
VI.- CONCLUSIONES:							
VII.- FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:							
VIII.- FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:							

El presente Documento es Copia del DEL ORIGINAL que ha tenido a la Vista
 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

23 ENE 2023

C.D. IVAN N. MAYORGA MONTOYA
 FEDATARIO TITULAR



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5	
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA CIE 10	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa.
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES	
	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.
FILIACIÓN	No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y Síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se registra ningún dato.
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	



IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Maguiña Vargas Ciro, Gastelo Acosta Rosy, Tequen Bernilla Arly. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev. Med Hered [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Dic 15]; 31(2): 125-131. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000200125&lng=es
2. 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 marzo [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>
3. 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
4. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Paho.org. [citado el 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

