



Resolución Directoral

Lima, 28 OCT 2021

VISTOS:

La Hoja de Trámite Interno-DG Nº 000893, que contiene el Informe Nº 51-2021-OEPE-HEP/MINSA de fecha 31 de agosto de 2021, emitido por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe Nº 022-2021-OGC-HEP/MINSA, de fecha 24 de agosto de 2021, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, en su numeral I y II del Título Preliminar establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;

Que, el numeral 3.2 del Anexo del Decreto Supremo Nº 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, establece los "Pilares Centrales de la Política de Modernización de la gestión pública", siendo la gestión por procesos y la organización institucional uno de ellos, el cual debe implementarse paulatinamente en todas las entidades a fin de brindar a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y lograr resultados que los beneficien. Para ello deberán priorizar aquellos de sus procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieran a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 087-2017-SERVIR-PE se dispone a formalizar la aprobación de la Directiva Nº 002-2017-SERVIR/GDSRH "Normas para la Elaboración del Mapeo de procesos y el Plan de Mejoras de las Entidades Públicas en Proceso de Tránsito"; la misma que contempla actividades referidas al mapeo de procesos de la entidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 1134-2017/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud", cuyo objetivo es determinar criterios técnicos que orienten y faciliten la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el MINSA, permitiendo mejorar el desempeño a través de resultados previsible, maximizando el uso de los recursos, alcanzando ciclos de tiempos mínimos en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública;

Que, el numeral 5.4.2 de la Directiva Administrativa Nº 245-OGPPM/MINSA, establece que el Manual de Procesos es un documento técnico de gestión que contiene la descripción de los procesos desde el nivel 0 desagregado hasta el último nivel, del cual debe contener los Diagramas de Bloques, Ficha Técnica de Procesos, Fichas Técnicas de Indicadores y Fichas Técnica de Gestión de Riesgos en sus diferentes niveles; asimismo el literal d) del numeral 6.3, de la referida Directiva, señala que el Manual de Procedimientos contiene las Fichas Técnicas de Procedimientos y los Diagramas de flujo por cada procedimiento (flujogramas) ejecutado por un órgano, programa o proyecto responsable de su ejecución;

Que, el literal c) del numeral 6.4.2 de la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA, establece que los Manuales de Procedimientos (MAPRO), se aprueban mediante Resolución Directoral del órgano desconcentrado, programa o proyecto responsable de la ejecución de los procedimientos. Debe ser visado por los responsables de los respectivos procedimientos o la que haga sus veces del Órgano Desconcentrado, Programa o Proyecto, o en su defecto por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del MINSA;

Que, mediante Resolución Directoral N° 082-2014-DG-HEP/MINSA, de fecha 27 de febrero de 2014, se aprobó el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad" del Hospital de Emergencias Pediátricas;

Que, mediante Resolución Directoral N° 103-2019-DG-HEP/MINSA, se aprobó el Mapa de Procesos Nivel 0 y 1 del Hospital de Emergencias Pediátricas;

Que, mediante documento de visto, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en el ámbito de sus funciones concluye que la Oficina de Gestión de la Calidad ha finalizado la elaboración y actualización del Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO), así como se ha revisado y emitido opinión favorable a la propuesta del referido Manual, por lo que sugiere su aprobación mediante el acto resolutivo correspondiente;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente la aprobación del Manual de Procesos y procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas;

Contando con la opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, los visados de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

En uso de la facultad conferida en el literal e) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado por Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA y la Resolución Viceministerial N° 002-2021-SA/DVMPAS;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad", del Hospital de Emergencias Pediátricas, documento que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- DEJAR sin efecto la Resolución Directoral N° 082-2014-DG-HEP/MINSA, de fecha 27 de febrero de 2014.

Artículo 3°.- ENCARGAR al Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución Directoral y su respectivo Anexo, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: www.hep.gob.pe.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
M.C. FERNANDO W. RAMOS NEYRA
C.M.P. 18741
DIRECTOR GENERAL

FWRN/KRVR/krvr

Distribución CC:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Gestión de la Calidad.
- Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP
- Archivo.

Reg.277 /347



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RUBRO	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad		26 AGO, 2021
REVISIÓN	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		27 AGO, 2021
APROBADO	Director General del Hospital de Emergencias Pediátricas		31 AGO 2021

ÍNDICE

SIGLAS Y DEFINICIONES	3
INTRODUCCIÓN	4
I. OBJETIVO.....	5
II. ALCANCE	5
III. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.....	5
IV. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	10





SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLA O TÉRMINO	DEFINICIÓN
Actividad	Tarea o conjunto de tareas necesarias para realizar un proceso
Diagrama de Flujo	Representación Gráfica de las etapas de un proceso/procedimiento, útil para investigar las oportunidades de mejora, al obtener un conocimiento detallado del modo real del funcionamiento del proceso/procedimiento en ese momento.
Exoneración Total	Reducir en un 100% el pago de atención de consulta, examen de laboratorio o examen de apoyo al diagnóstico
Exoneración Parcial:	Reducir en forma parcial el pago de consulta, examen de laboratorio o examen de apoyo al diagnóstico
Ficha Técnica de Procedimiento	Herramienta que describe el nombre del procedimiento, propósito, alcance, marco legal, la descripción y un diagrama de flujo de los pasos a seguir para el logro del propósito.
Manual de Procesos	Documento técnico de gestión que contiene la descripción de un proceso de nivel 0, desagregado hasta el último nivel 2 o 3 (según complejidad), en este último nivel describe la secuencia detallada de los flujos de trabajo de las actividades. Adicionalmente, contienen la descripción detallada de los procedimientos que están enmarcados en el alcance del proceso de nivel 0.
Procedimiento	Descripción de una forma específica y detallada para llevar a cabo una tarea, o un proceso específico. Los procedimientos están impulsados por la finalización de una tarea.
Procedimiento Administrativo	Conjunto de actos y diligencias tramitados ante la entidad, conducentes a la emisión de un acto administrativo que produzca efectos jurídicos individuales o individualizables sobre intereses, obligaciones o derechos de los administrados.
Proceso	Conjunto de actividades interrelacionadas que agregan valor en cada etapa, transformando insumo(s) en producto(s). Los procesos están impulsados por la consecución de un resultado.
Proceso nivel 1	Son los procesos que en conjunto forman al proceso de nivel 0 y que explicitan una cadena que genera valor.
Proceso nivel 2	Son los procesos o actividades que en conjunto forman al proceso nivel 1 y que explicitan una cadena que genera valor.
Proceso nivel 3	Son las actividades que en conjunto forman el proceso nivel 2 y que explicitan una cadena que genera valor.



INTRODUCCIÓN

El Hospital de Emergencias Pediátricas es un órgano desconcentrado de la Dirección de Redes Integradas en Salud de Lima, que brinda atención de salud especializada y de alta complejidad en emergencias y urgencias pediátricas, siendo responsable de lograr el desarrollo de las personas en edad pediátrica, de 0 a 17 años, a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

El Manual de Procesos y Procedimientos del Hospital de Emergencias Pediátricas, es el documento técnico normativo de gestión institucional que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones y/o actividades que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales, en el nivel de subprocesos o actividades, en los que intervienen una o más unidades orgánicas. El Manual incluye los encargados/ejecutores que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación, el tiempo que demanda cada actividad y además, los flujogramas de actividades que se realizan para alcanzar los objetivos de cada procedimiento.

En el presente documento se describe el **Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad**, cuya elaboración se ha basado en la Resolución secretarial N° 063-2020-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 288 – MINS/2020/OGPPM *“Lineamientos para la Implementación de la gestión por procesos en Salud”*

Para ello, el Hospital Emergencias Pediátricas ha aprobado el Mapa de Procesos Nivel 0 y Nivel I mediante Resolución Directoral N° 103-2019-DG-HEP/MINSA, que brinda el esquema general que permite clasificar cada procedimiento de los Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital.





I. OBJETIVO

Establecer formalmente los Procedimientos requeridos para la ejecución de los Procesos Institucionales que se ejecutan en la Oficina de Gestión de la Calidad

II. ALCANCE

Órganos u Unidades Orgánicas del Hospital Emergencias Pediátricas



III. BASE LEGAL

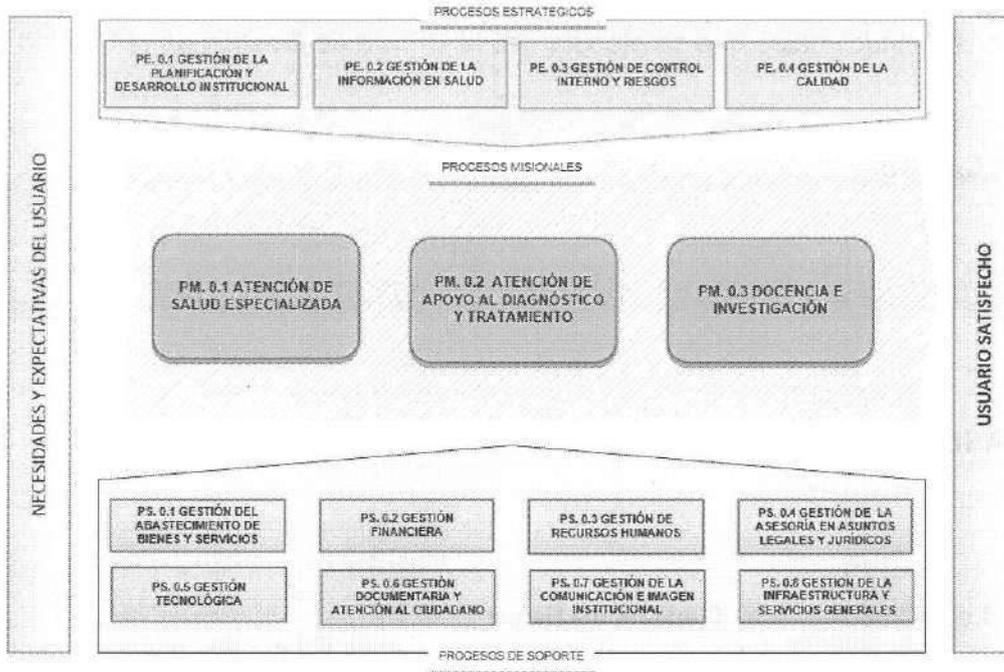
- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT 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° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"



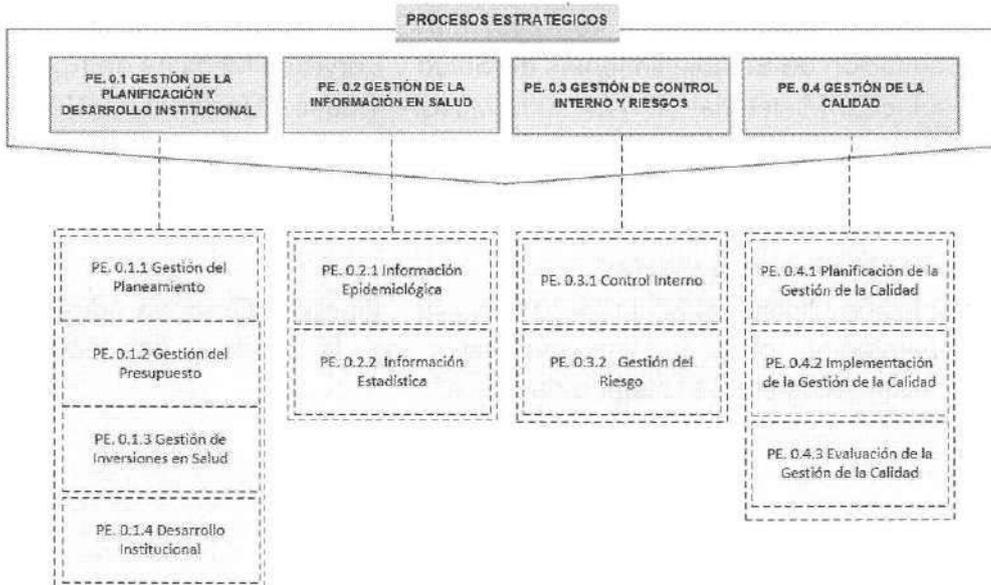


IV. DIAGRAMA DE PROCESOS

MAPA DE PROCESOS DE HOSPITALES NIVEL 0



PROCESOS ESTRATEGICOS DE HOSPITALES NIVEL 0 Y 1





V. FICHA TÉCNICA DEL PROCESO

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO							
1. Nombre	GESTIÓN DE LA CALIDAD		2. Código	P.E.03	3.- Tipo de Proceso:	Estratégico	4.- Versión: V.01
5. Objetivo del proceso	Proceso Estratégico orientado a proponer, implementar, monitorear y evaluar mecanismos e instrumentos de mejora continua de los procesos y procedimientos, tanto asistenciales como administrativos para alcanzar la satisfacción del paciente y sus acompañantes.						
6. Dueño del Proceso	Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad						
7. Alcance	El proceso se inicia con el análisis situacional, la implementación de la mejora y su seguimiento para alcanzar los estándares de atención hospitalaria.						
8.- Base legal	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad • Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Decreto Supremo N° 027-2015-PRODUCE, que aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 008-2016-PRODUCE, que modifican Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 027-2016-SA, que aprueban Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. • Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública • Decreto Supremo N° 049-2014-PCM, se aprobó la Política Nacional para la Calidad • Resolución Ministerial N° 519-2008/MINSA - Aprueban Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 596-2007-MINSA. Aprueban el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Aprueban Política Nacional de Calidad en Salud • Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA - Aprueban "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA Aprueban 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° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" • Ley N° 30895 Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud • Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público. • Resolución Secretarial N° 63-2020-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 288 - MINSA/2020/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por procesos en Salud". 						
9. Proveedores	10. Entradas (Insumos)		11. Proceso Nivel 1	12. Salidas (Productos)		13. Receptor Final	
Internos Externos			Descripción			Internos Externos	
		<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de programación del Ministerio de Salud • Normas y guías técnicas de calidad en salud • Indicadores de atención hospitalaria. • Política Nacional de Calidad en Salud • Resultados de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • Registro de reclamos y/o denuncias • Normativa Institucional • Informe Interposición de Buenos Oficios (Reporte de PAUS) • Sistema de Notificación y reporte de incidente y evento adverso • Normas Técnicas para a gestión de calidad de Servicio en el Sector Público 	PE. 04.1- Planificación de la Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Gestión de la Calidad • Plan de auditoría • Plan de Seguridad del paciente • Plan de Mejora de Procesos • Plan de Autoevaluación • Informe de ejecución de Directivas sanitarias 			
Órganos y unidades orgánicas del Hospitales	1. MINSA 2. SUSALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis situacional • Indicadores Gestión Hospitalaria • Registro de reclamos y/o denuncias • Resultados de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • Lista de verificación en Cirugía segura 	PE. 04.2- Implementación de la Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de implementación de mejora de procesos y procedimientos asistenciales y administrativos. • Informe de implementación de Buenas Prácticas de atención y de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente. • Informe de Monitoreo y Mejora Continua • Proyectos de mejora • Informe de la Gestión de la atención de reclamos. • Informe de implementación de acciones de mejora • Sistema de Notificación y reporte de incidente y evento adverso • Informe de implementación de la lista de verificación en cirugía segura • Informe de adherencia de Higiene de manos. • Guías de Práctica Clínica 	Órganos y unidades orgánicas del Hospitales	1. MINSA 2. SUSALUD 3. DIRIS	
		<ul style="list-style-type: none"> • Normas de acreditación • Resultados de la Autoevaluación del hospital • Normativa Institucional • Encuestas de satisfacción del usuario. • Guías de Práctica Clínica 	PE. 04.3- Evaluación de la Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Informe técnico de autoevaluación • Informe de cumplimiento de los planes de Gestión de la Calidad, Seguridad del paciente, Mejora de Procesos • Informe de Satisfacción del Usuario • Informe de medición del tiempo de espera • Informe de evaluación de adherencia a las Guía de Práctica Clínica • Informe de Auditoría Médica • Informe del Análisis de los eventos adversos 			





14.- Indicador de Desempeño				
15.- Controles				
16.- Recursos:				
Recursos Humanos		Sistemas Informáticos		
Instalaciones		Equipos		
17.- Elaboración, revisión y aprobación				
	Nombres y Apellidos	Órganos/Unidad Orgánica	Firma y sello	Fecha
Elaborado por:				
Revisado por:				
Aprobado por:				





VI. FICHA INDICADOR DE DESEMPEÑO

FICHA DE INDICADOR DE DESEMPEÑO	
Código de Indicador	FID-CAL-001
Proceso	GESTIÓN DE LA CALIDAD
Objetivo	Proceso Estratégico orientado a proponer , implementar, monitorear y evaluar mecanismos e instrumentos de mejora continua de los procesos y procedimientos, tanto asistenciales como administrativos para alcanzar la satisfacción del paciente y sus acompañantes.
Indicador	% de cumplimiento de documentos aprobados
Finalidad del Indicador	Verificar el cumplimiento de los plazos de entrega de los productos
Tipo de Indicador	Eficacia
Formula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes elaborados en el periodo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de informes programados en el mismo periodo}}$
Unidad de Medida	%
Frecuencia	Semestralmente
Oportunidad de Medida	Cada 6 meses
Linea Base	El año anterior
Meta	100% aprobación
Fuente de Datos	Mapro calidad 2014
Responsable	Oficina de Calidad



VII. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

NIVEL 0	NIVEL I	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
Gestión de la Calidad	Planificación de la Gestión de la Calidad	Mejora de Procesos	PRO-OGC-001
	Planificación de la Gestión de la Calidad	Proyectos de Mejora	PRO-OGC-002
	Planificación de la Gestión de la Calidad	Evaluación Interna	PRO-OGC-003
	Evaluación de la Gestión de la Calidad	Notificación y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos	PRO-OGC-004
	Implementación de la Gestión de la Calidad	Atención de Reclamos	PRO-OGC-005
	Evaluación de la Gestión de la Calidad	Evaluación de la Satisfacción al Usuario Externo	PRO-OGC-006
	Planificación de la Gestión de la Calidad	Seguridad del Paciente	PRO-OGC-007
	Planificación de la Gestión de la Calidad	Auditoria de la Calidad de Atención	PRO-OGC-008
	Planificación de la Gestión de la Calidad	Ejecución y Seguimiento de una Auditoria	PRO-OGC-009



VIII. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		Versión	CÓDIGO	
MEJORA DE PROCESOS		2.0	PRO-OGC-001	
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Identificación de problemas y puntos críticos, diseño e implementación de propuesta de mejora de procesos para la mejora continua de la calidad de servicios que brinda el HEP.			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Reglas y Definiciones:	<p>Acción de mejora de procesos: Conjunto acciones no programadas que requieren análisis e implementación de los procesos nuevos o ya establecidos en el corto plazo.</p> <p>Mejora continua de procesos: Deriva de la priorización de procesos identificados que requieren atención en un periodo.</p>			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Detectar problemas en procesos del HEP, Informar a Dirección y solicita asesoría a OGC.	Memo/ Correo electrónico	Jefe(a) de Oficina/Servicio	Órganos y Unidades Orgánicas
2	Recibir solicitud y conformar Equipo de mejora.	Convocar equipo de trabajo	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Asesorar y participar en el equipo de mejora para definir el objetivo, elaborar el cronograma, actividades y responsables.	Documento	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Identificar y analizar los problemas y puntos críticos en los procesos y diseñar las propuestas de	Acta	Equipo de Mejora	Oficina de Gestión de la Calidad





	mejoras de procesos.			
5	Elaborar el Informe de Análisis de Procesos y plan de acción.	Informe	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Revisar y aprobar el Informe. Remitir a Dirección General del Hospital.	informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
7	Aprobar implementación de la mejora	Informe	Director General	Dirección General
8	Implementar la mejora de procesos aprobada por la DG.	Informe	Jefe(a) de Departamento/servicio/Oficina	Órganos y Unidades Orgánicas
9	Monitorizar avances del plan de implementación.	Informe	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Revisar el informe, si hay observaciones envía al responsable. Firmar y remitir a la Dirección General	Informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad

Otros

Procesos Relacionados:

Anexos:

Flujo de procedimientos

Aprobación

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Gestión de la Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		

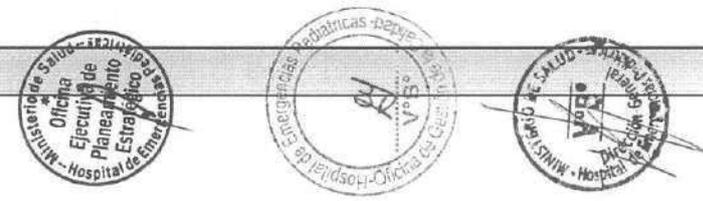
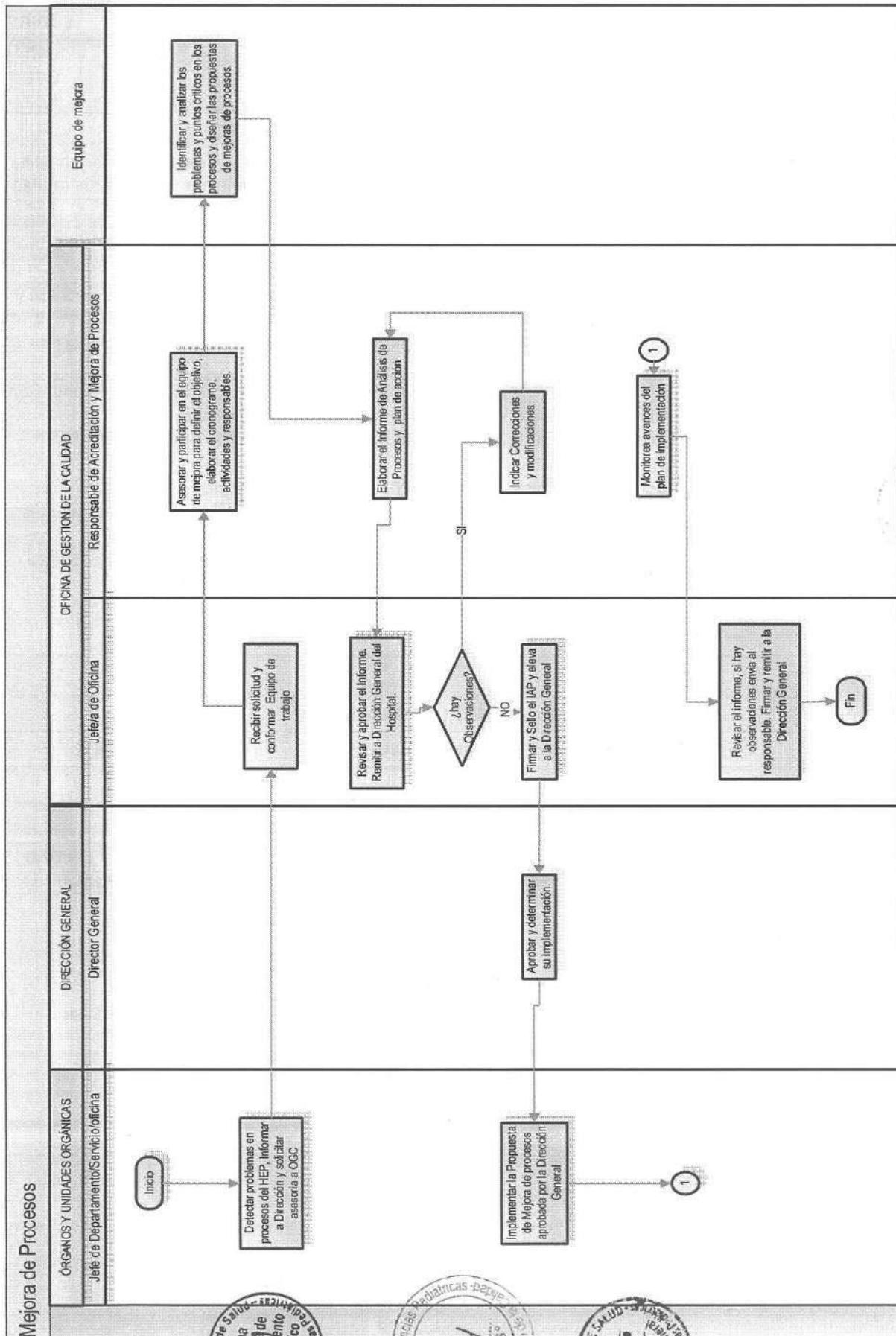
Versión

Sección del Procedimiento

Descripción del Cambio

1.0	Código	Se cambió código CAL-006 por PRO-OGC-001
1.0	Formato de ficha de procedimiento	Se actualizó formato de ficha.
1.0	Descripción de procedimientos	Se actualizó procedimientos.





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Proyectos de Mejora		1.0	PRO-OGC-002	
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Elaborar proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:				
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO		FUENTE	
1				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Identificación de problemas (Oportunidades de mejora) E.A, auditorías, encuestas, Quejas y reclamos, otras fuentes de información y priorizar proyectos de mejora (acuerdo entre Órganos y Unidades Orgánicas)	Acta	Jefe(a) de Oficina/servicio/Departamento	Órganos y Unidades Orgánicas
2	Conformar Equipo(s) de Mejora Continua	Resolución Directoral	Responsable del Área de Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Asesorar y participar en la elaboración de la propuesta de proyecto de mejora	Proyecto de mejora	Responsable del Área de Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad



4	Elaborar informe para aprobación a DG	Informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Aprobar el Proyecto con RD.	Resolución Directoral	Director/a	Dirección General
6	Ejecutar, implementar actividades, evaluar indicadores. Institucionalización	Informe	Jefe(a) de Oficina/servicio/Departamento	Equipo de Mejora Continua
7	Realizar el seguimiento del proyecto de mejora	Informe	Responsable del Área de Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
8	Elaborar el informe Final de Proyecto implementado	Informe Final	Responsable del Área de Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
	Revisar y Aprobar el informe y deriva a DG	Nota informativa	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad

Otros

Procesos Relacionados:

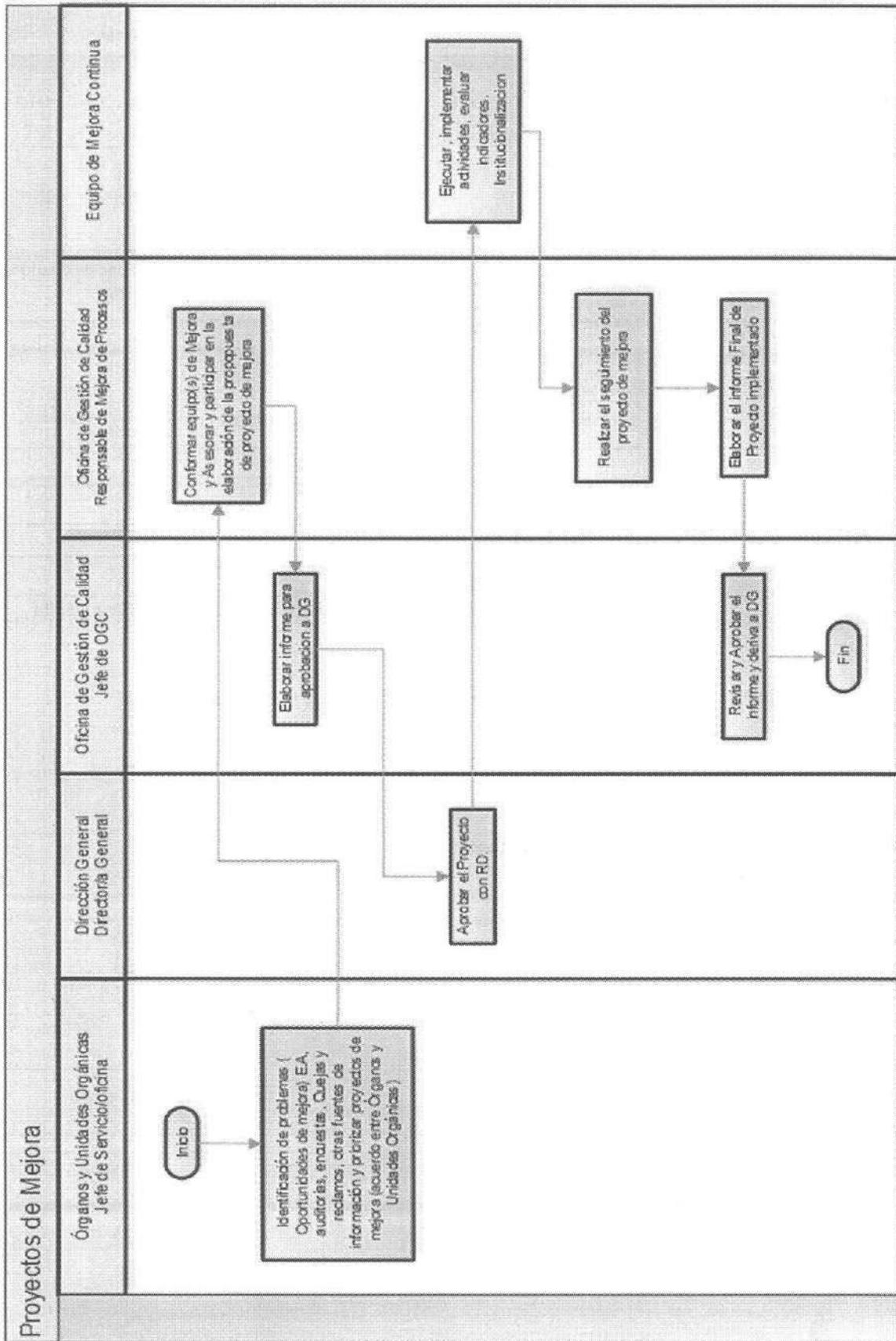
Anexos:

Flujo de procedimientos

Aprobación

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Gestión de la Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
-	-	-		







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Evaluación Interna		1.0	PRO-OGC-003	
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Preparar a la institución para la Acreditación			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:	-			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Conformar del equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos	informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Aprobación del equipo de acreditación y Equipo de evaluadores internos	Resolución Directoral	Director /a	Dirección General
3	Elaborar Plan de Evaluación Interna	Plan de Evaluación	Evaluadores Internos	Órganos y Unidades Orgánicas
4	Revisa y remite el plan para aprobación	Informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Aprobar plan con RD	Resolución Directoral	Director/a	Dirección General
6	Reunión de apertura (acta de apertura)	Acta de Apertura	Equipo de Acreditación	Órganos y Unidades Orgánicas
7	Comunicar Inicio de Evaluación Interna en el periodo correspondiente	Evaluación Interna	Director/a	Dirección General





8	Capacitar y designar de responsables por macroprocesos	Designar responsables	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Ejecutar plan de evaluación interna	Acción	Evaluadores internos	Órganos y Unidades Orgánicas
10	Reunión de Cierre y presentación de resultados de Autoevaluación	Acta de Cierre	Equipo de Acreditación	Órganos y Unidades Orgánicas
11	Ingreso de resultados por criterios en aplicativo del MINSa	Aplicativo	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
12	Elaborar el informe técnico de la Evaluación Interna	Informe técnico	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
13	Revisar el informe. Si existe observaciones se realiza las correcciones correspondientes.	Nota informativa	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
14	Aprobar y remitir informe Técnico de Autoevaluación a DIRIS LC	Oficio	Director/a	Dirección General
15	Elabora el Plan de Mejora de la Evaluación Interna y socializa	Plan de Mejora de la Evaluación Interna	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
16	Ejecutar plan de Mejora de Evaluación interna	Acción	Equipo de Acreditación	Órganos y Unidades Orgánicas
17	Realizar seguimiento del Plan de Mejora de la Evaluación Interna	Informe	Responsable de Acreditación y Mejora de Procesos	Oficina de Gestión de la Calidad
18	Revisar y remitir a Dirección General	Nota informativa	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad

Otros

Procesos Relacionados:

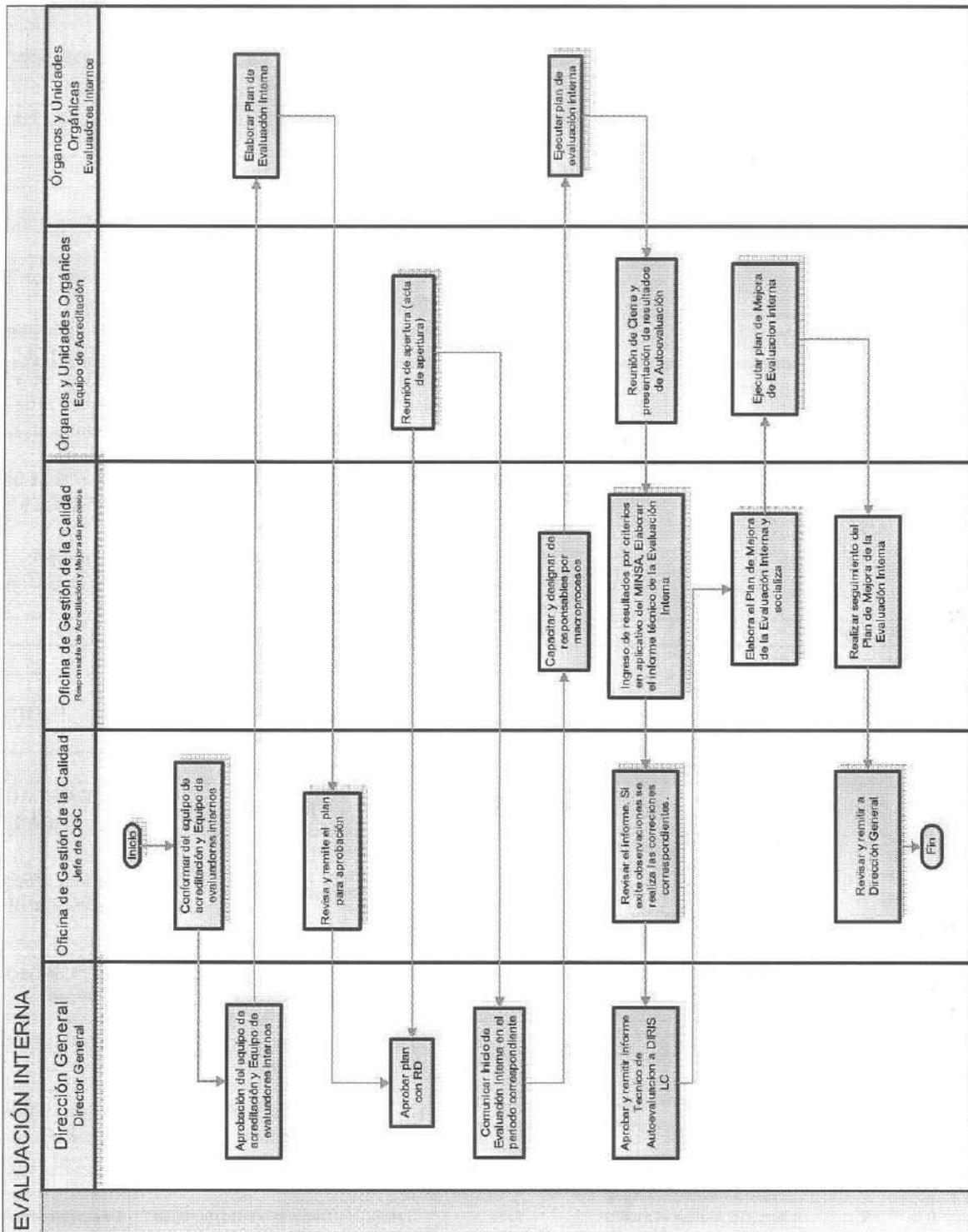
Anexos:

Flujo de procedimientos

Aprobación

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina De Gestión de la Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
-	-	-		







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Notificación y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos		1.0	PRO-OGC-004	
NIVEL O/I :	Gestión de la Calidad/Evaluación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Notificar, evaluar y responder oportunamente frente a los incidentes y eventos adversos ocurridos en el Hospital.			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Calidad			
Siglas y Definiciones:				
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1	-	-		
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Identificar y registrar ficha de Incidentes y/o Eventos Adversos. Enviar información a la Oficina de Gestión de la Calidad	Ficha de registro de incidentes	Personal asistencial	Órganos y Unidades Orgánicas asistenciales
2	Recibir reportes de incidentes y eventos adversos	Reporte	Responsable de auditoría y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Evaluar Ficha de registro de incidentes y/o eventos adversos	Ficha de registro	Responsable de auditoría y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Clasificar reportes de incidentes y/o eventos adversos.	Reporte	Responsable de auditoría y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Si es un Incidente y Evento Adverso Leve, el servicio realiza el análisis mediante la metodología del protocolo de Londres	Acta	Jefe(a) de Departamento/Servicio	Departamento/Servicio
6	Plantear acciones correctivas o preventiva. Retroalimentar a todo el personal e implementar acciones de mejora y barreras de seguridad	Plan de acción	Jefe(a) de Departamento/Servicio	Departamento/Servicio



7	Informa a OGC las acciones de mejora y barreras de seguridad implementadas	Informe	Jefe(a) de Departamento/Servicio	Departamento/Servicio
8	Si es un EA moderado, severo (EA centinela) se conforma un equipo investigador. Realizar Investigación de Evento Adverso	Notificación	Comité de Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Presentar resultados de Investigación	Informe	Comité de Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Realizar análisis del evento adverso mediante la metodología del protocolo de Londres	Análisis	Comité de Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
11	Plantear acciones de mejora y Barreras de Seguridad. Informa a DG	Plan de acción	Comité de Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
12	Socializa análisis del evento adversos a jefaturas correspondientes	Informe	Director/a de Hospital	Dirección General
13	Retroalimentar e implementa acciones de mejora y barreras de seguridad. Informa a OGC las acciones de mejora y barreras de seguridad implementadas	Documento	Jefe(a) de Departamento/Servicio	Departamento/Servicio
14	Realizar seguimiento	Informe	Responsable de auditoria y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
15	. Informa resultados a DG	Nota informativa	jefe(a) de Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad

Otros

Procesos Relacionados:

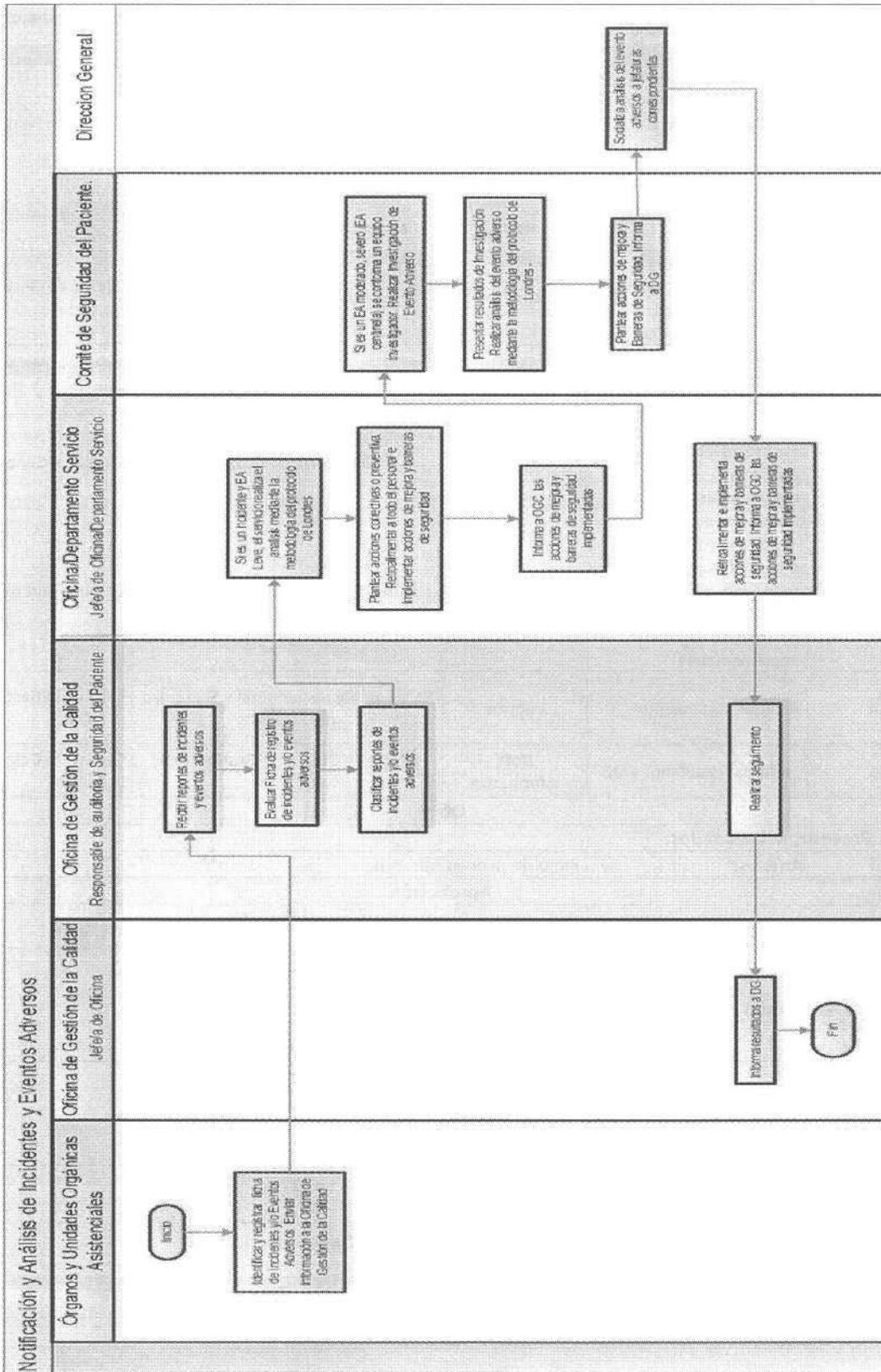
Anexos:

Flujo de procedimientos

Aprobación

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
-	-	-		







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Atención de Reclamos		2.0	PRO-OGC-005	
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Implementación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Atender, evaluar y resolver oportunamente los reclamos de los usuarios externos.			
ALCANCE :	A todas las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:	-			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1	-	-		
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Recibir e intervenir en la solución del reclamo del usuario externo	Reporte	Personal del PAUS	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Si el usuario decide formalizar reclamo. Asignar folio y orientar en llenado en el libro de reclamaciones en salud	Formato de Hoja de Reclamación en Salud	Personal del PAUS	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Si se resuelve el reclamo en trato directo con el usuario se indica firmar o colocar huella en el ítem 6 de la hoja de reclamaciones como solución a su reclamo	Firma en hoja de reclamación	Responsable del Libro de Reclamaciones en Salud/Personal del PAUS	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Si el reclamo no se soluciona por trato directo, enviar hoja de reclamo a responsable de Libro de Reclamos e informe de orientador de PAUS/SERVICIO SOCIAL	Hoja de reclamaciones	Personal del PAUS	Oficina de Gestión de la Calidad





5	Recibir hoja de reclamaciones físico o virtual	Hoja de reclamaciones	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Registrar reclamo en sistema de control de reclamos y solicitar Informe a jefe de unidad orgánica	Registro	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
7	Solicitar informe respecto al reclamo a personal involucrado y remitir respuesta con opinión y/o acciones adoptadas a OGC	Memorando/Correo institucional	Jefes de Órganos y Unidades Orgánicas	Órganos y Unidades Orgánicas
8	Recibir respuesta y declaración del reclamo de la jefatura involucrada	Memorando/Correo institucional	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Elaborar propuesta de respuesta al reclamo	Informe / Carta	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Si no está de acuerdo con el informe de respuesta, citar a OGC y Jefatura de servicio para conciliar acuerdos y respuesta a usuario	Acta	Responsable de Libro de Reclamaciones	Dirección General
11	Visar Informe de Resultado del reclamo	Informe	Jefes de Órganos y Unidades Orgánicas	Órganos y Unidades Orgánicas
12	Firmar carta de respuesta al usuario	carta	Director/a de Hospital	Dirección General
13	Gestionar entrega de carta de respuesta e informe de resultado del reclamo a usuario.	Carta e Informe	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
14	Responsable del Libro de Reclamos registra en sistema de control de reclamos y remite cargo a los involucrados	Registro	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
15	Si el reclamo es fundado, realizar seguimiento de acciones adoptadas	Documento	Responsable de Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
16	Remitir información mensual de los reclamos a SUSALUD	trama	Responsable de la PAUS	Oficina de Gestión de la Calidad
Otros				
Procesos Relacionados:				
Anexos:		Flujo de procedimientos		
Aprobación				
		Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello
Elaborado por:		Dra. Maybebe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad	



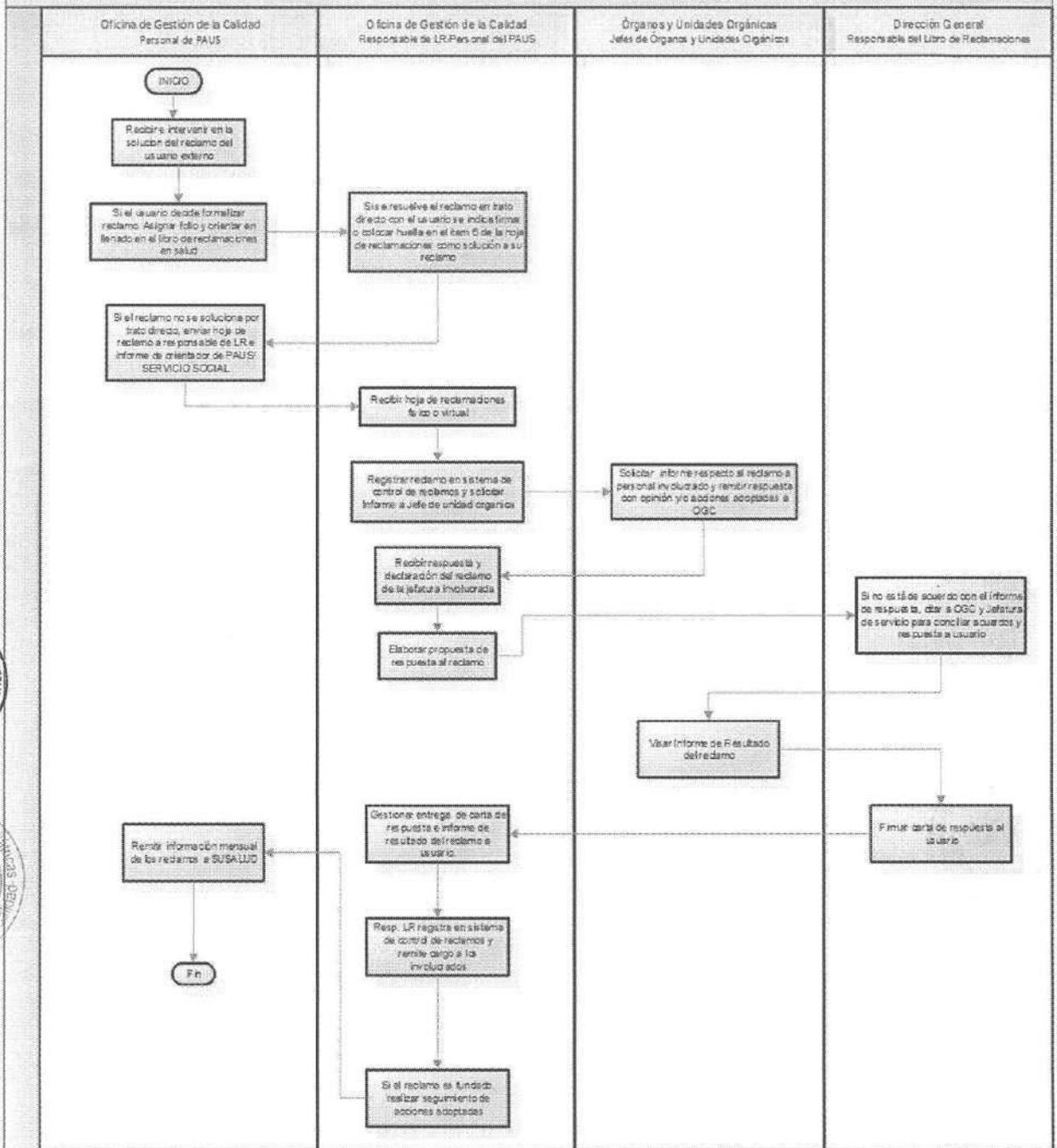


Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
1.0	Código	Se cambió código CAL-001 por PRO-OGC-007		
1.0	Formato de ficha de procedimiento	Se actualizó formato de ficha.		
1.0	Descripción de procedimiento	Se actualizó procedimientos.		





ATENCIÓN DE RECLAMOS





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Evaluación de la Satisfacción al Usuario Externo		2.0	PRO-OGC-006	
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Evaluación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Elaborar, ejecutar y analizar la satisfacción del usuario externo.			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad • Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueban Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud • Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Aprueban Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Aprueban Política Nacional de Calidad en Salud • Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA - Aprueban "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" • Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" 			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:	-			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1	-	-		
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Plantear Tópicos a medir	Documento	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Elaborar el cronograma de encuestas	Cronograma	Técnico encuestador	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Si no se usa la encuesta Servqual, diseñar encuesta para validación	Diseño de encuesta	Técnico encuestador	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Aprobar encuesta	Encuesta aprobada	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Procesar y analizar la información obtenida y emite un reporte	Reporte Piloto	Técnico encuestador	Oficina de Gestión de la Calidad



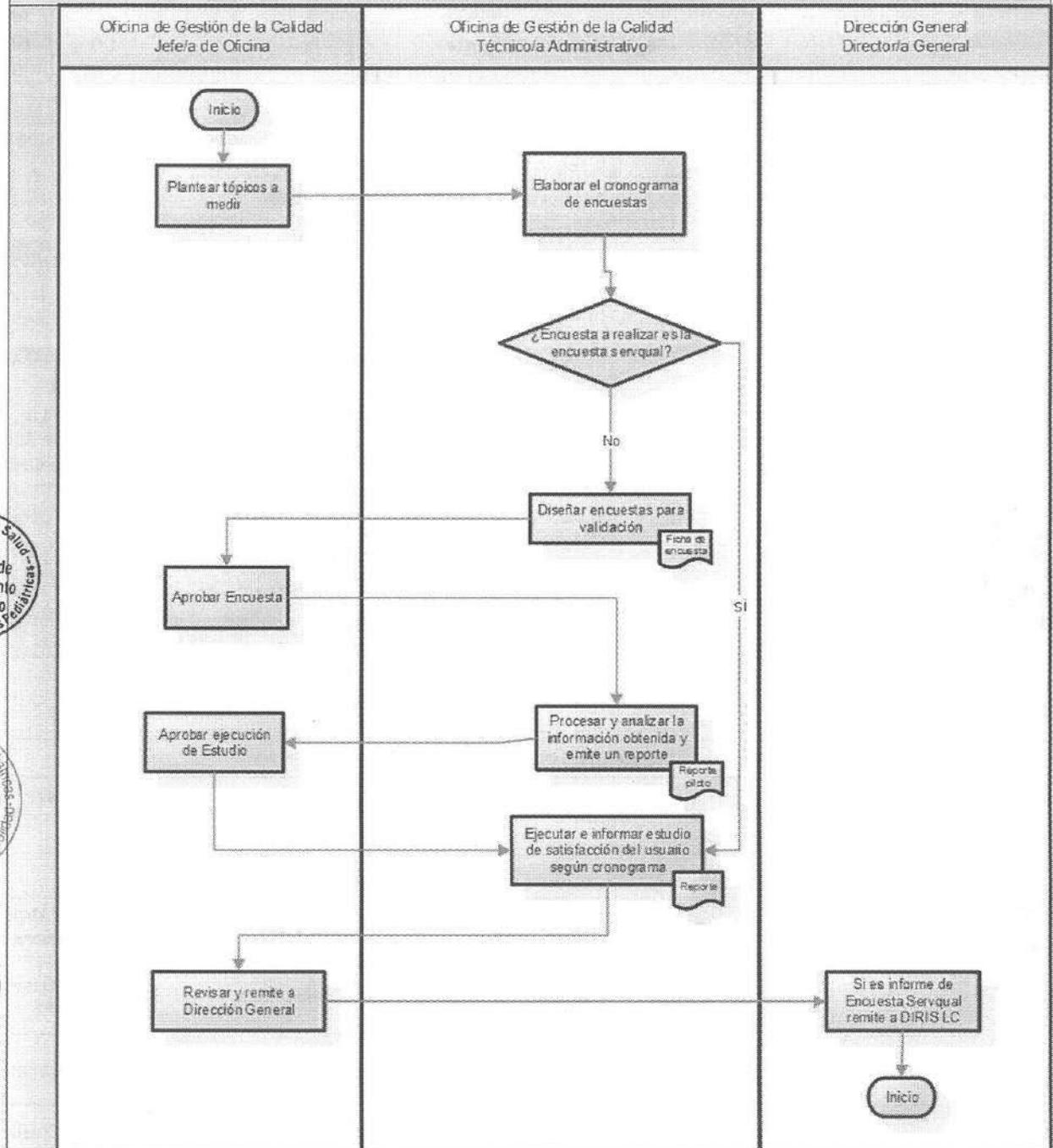


6	Aprobar ejecución de Estudio	Aprobación	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
7	Ejecutar e informar estudio de satisfacción del usuario según cronograma	Informe	Técnico encuestador	Oficina de Gestión de la Calidad
8	Revisar y remite a Dirección General	informe	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Remitir informe de Encuesta Servqual a DIRIS LC	Informe	Director/a de Hospital	Dirección General
Otros				
Procesos Relacionados:				
Anexos:		Flujo de procedimientos		
Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
1.0	Código	Se cambió código CAL-005 por PRO-OGC-008		
1.0	Formato de ficha de procedimiento	Se actualizó formato de ficha.		
1.0	Descripción de procedimientos	Se actualizó procedimientos.		





Evaluación de la Satisfacción al Usuario Externo





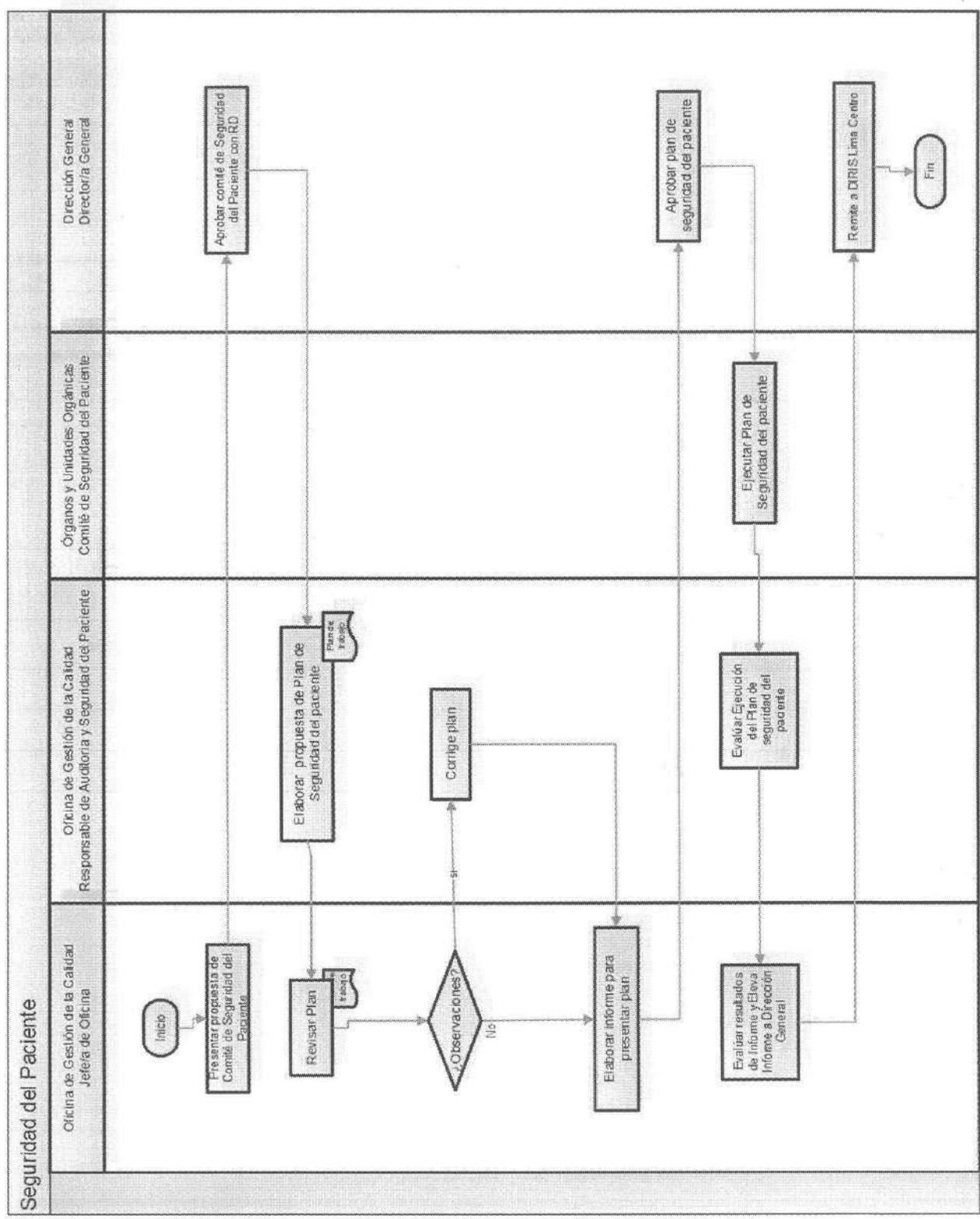
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Seguridad del Paciente		1.0	PRO-OGC-007	
nivel 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Implementar medidas enmarcadas en planes de acción que monitorizen la seguridad del paciente.			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842, "Ley General de Salud"</p> <p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</p> <p>Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"</p> <p>Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – NTS N° 050 NT para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud"</p> <p>Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".</p> <p>Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud"</p>			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:	-			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1	-	-		
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Presentar propuesta de Comité de Seguridad del Paciente	Propuesta	Jefe/a de la Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Aprobar comité de Seguridad del Paciente con RD	Resolución Directoral	Director/a Hospital	Dirección General
3	Elaborar propuesta de Plan de Seguridad del paciente	Plan de Trabajo	Responsable de Auditoría y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Si presenta observaciones remitir para levantar observaciones	Informe	Jefe/a de la Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Aprobar plan de seguridad del paciente	Plan de Trabajo	Director/a Hospital	Dirección General
7	Ejecutar Plan de Seguridad del paciente	Ejecución	Comité de Seguridad del Paciente	Órganos y Unidades Orgánicas





8	Evaluar Ejecución del Plan de seguridad del paciente	Evaluación	Responsable de Auditoria y Seguridad del Paciente	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Evaluar resultados de Informe y Eleva Informe a Dirección General	Informe	Jefe/a de la Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Remitir a DIRIS Lima Centro	Informe	Director/a Hospital	Dirección General
Otros				
Procesos Relacionados:				
Anexos:		Flujo de procedimientos		
Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
-	-	-		
-	-	-		
-	-	-		







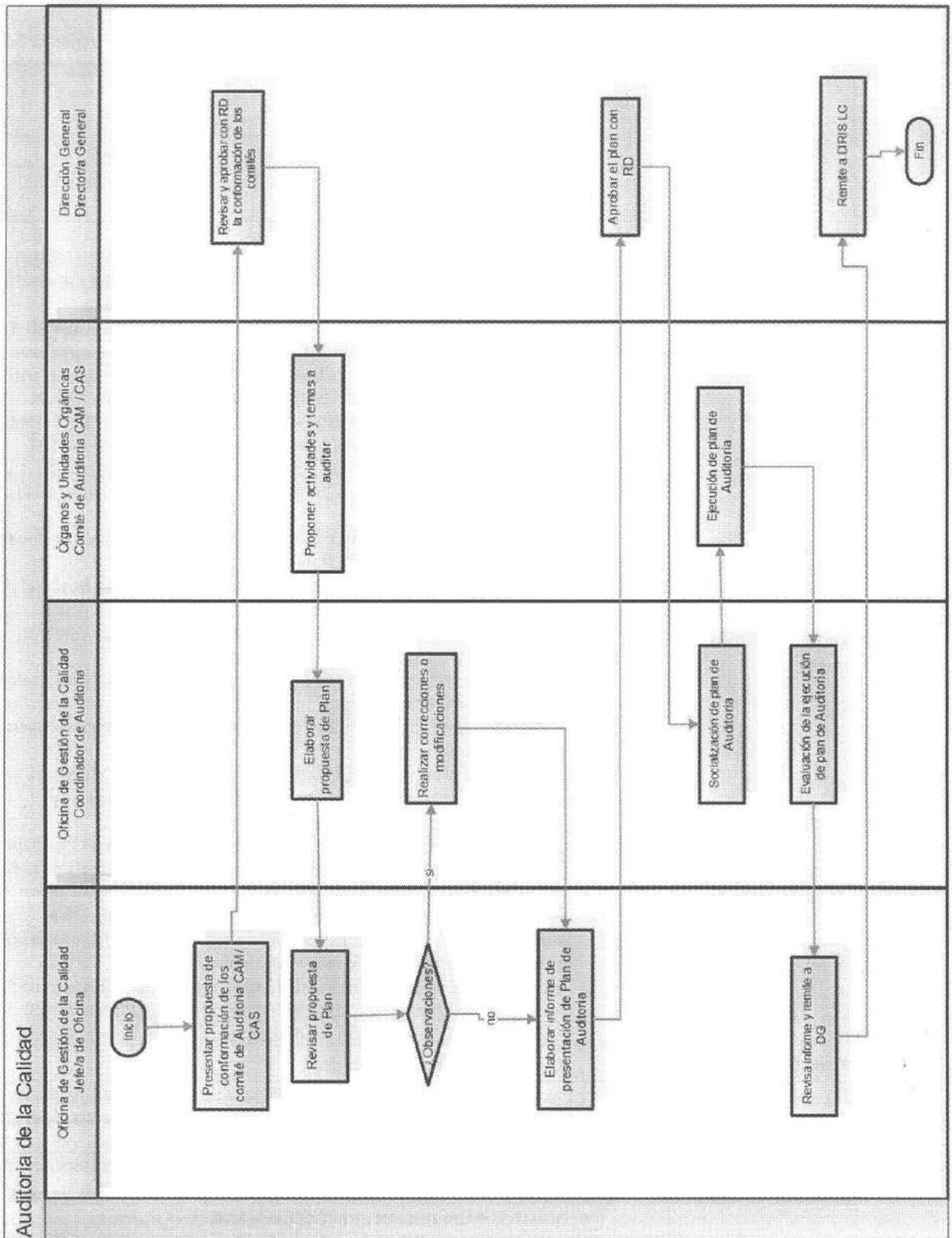
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO	
Auditoria de la Calidad de Atención		2.0	PRO-OGC-008	
Nivel 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad			
OBJETIVO :	Organizar, planificar, ejecutar y dar seguimiento a las actividades programadas de auditorías de calidad de atención			
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP			
MARCO LEGAL :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad • Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Decreto Supremo N° 027-2015-PRODUCE, que aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 008-2015-PRODUCE, que modifican Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueban Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud • Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública • Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, se aprobó la Política Nacional para la Calidad • Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Aprueban Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 596-2007-MINSA. Aprueban el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Aprueban Política Nacional de Calidad en Salud • Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA - Aprueban "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA Aprueban 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° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" • Ley N° 30895 Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud • Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público 			
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad			
Siglas y Definiciones:	-			
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO				
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE		
1	-	-		
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Presentar propuesta de conformación de los	Propuesta de Comité	Jefe/a de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad





	comités de Auditoria CAM/ CAS			
2	Revisar y aprobar con RD la conformación de los comités.	Resolución Directoral	Director/a de Hospital	Dirección General
3	Proponer actividades y temas a auditar	Temas Para Auditar	Comité de Auditoria CAM/CAS	Órganos y Unidades Orgánicas
4	Elaborar propuesta de Plan	Plan de Trabajo	Comité de Auditoria CAM/CAS	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Si no tiene observaciones, Elaborar informe de presentación de Plan de Auditoria	Informe	Jefe/a de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
7	Aprobar el Plan con Resolución Directoral	Resolución Directoral	Director/a de Hospital	Dirección General
8	Socialización de plan de Auditoria	Plan de Auditoria	Coordinador de Auditoria	Oficina de Gestión de la Calidad
9	Ejecución de plan de Auditoria	Ejecución	Comité de Auditoria CAM/CAS	Órganos y Unidades Orgánicas
10	Evaluación de la ejecución de plan de Auditoria	Plan de Auditoria	Coordinador de Auditoria	Oficina de Gestión de la Calidad
11	Revisar informe y remite a DG	Informe	Jefe/a de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
12	Remitir a DIRIS LC	Informe	Director/a de Hospital	Dirección General
Otros				
Procesos Relacionados:		-		
Anexos:		Flujo de procedimientos		
Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado por:	Dra. Maybbe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad		
Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio		
1.0	Código	Se cambió código CAL-007 por PRO-OGC-010		
1.0	Formato de ficha de procedimiento	Se actualizó formato de ficha.		
1.0	Descripción de procedimientos	Se actualizó procedimientos.		





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		VERSIÓN	CÓDIGO
Ejecución y Seguimiento de una Auditoría		2.0	PRO-OGC-009
NIVEL 0/I :	Gestión de la Calidad/Planificación de la Gestión de la Calidad		
OBJETIVO :	Realizar y dar seguimiento a Auditoría programada o de Caso según corresponda		
ALCANCE :	A todos las Unidades Orgánicas del HEP		
MARCO LEGAL :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad • Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Decreto Supremo N° 027-2015-PRODUCE, que aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 008-2015-PRODUCE, que modifican Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Calidad - INACAL • Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueban Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud • Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública • Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, se aprobó la Política Nacional para la Calidad • Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Aprueban Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 596-2007-MINSA. Aprueban el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Aprueban Política Nacional de Calidad en Salud • Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA - Aprueban "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad" • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA Aprueban 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° 1134-2017-MINSA. Aprueba Directiva Administrativa "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" • Ley N° 30895 Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud • Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público 		
RESPONSABLE :	Oficina de Gestión de la Calidad		
Siglas y Definiciones:	<p>Auditoría de caso: Es la auditoría solicitada por la autoridad institucional ante la presencia de un evento adverso, reclamo, y no se encuentra en el plan anual de auditoría</p> <p>Auditoría programada: Es la auditoría que se realiza en el cumplimiento de la planificación anual.</p>		
REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO			
N°	DESCRIPCIÓN DEL REQUISITO	FUENTE	
1			





DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Cumplir con la ejecución de auditoria programada/Recibir solicitud de Auditoria de Caso	Plan/Documento	Comité de Auditoria (CAS, CAM)	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Convocar al comité correspondiente	Acta	Presidente del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Realizar auditoria.	Acción	Comité de Auditoria (CAS, CAM)	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Remitir informe a la Oficina de Calidad	Informe	Presidente del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Remitir informe a DG	Nota informativa	Jefe(a) de Oficina	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Socializar a jefaturas	Documento	Director/a de Hospital	Dirección General
7	Implementar recomendaciones	Informe	Jefes de Departamento y Servicio	Órganos y Unidades Orgánicas
8	Realizar seguimiento de recomendaciones	Informe	Coordinador de Auditoria	Oficina de Gestión de la Calidad
Otros				
Procesos Relacionados:		-		
Anexos:		Flujo de procedimientos		
Aprobación				
		Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello
	Elaborado por:	Dra. Maybebe Mendoza	Jefe/a de Oficina / Oficina de Calidad	
	Revisado por:	Dra. Gloria La Hoz	Jefe/a de Oficina/ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
	Aprobado por:	Dr. Fernando Ramos	Director de Hospital/ Dirección General	
	Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del Cambio	
	1.0	Código	Se cambió código CAL-007 por PRO-OGC-011	
	1.0	Formato de ficha de procedimiento	Se actualizó formato de ficha.	
	1.0	Descripción de procedimientos	Se actualizó procedimientos.	



