




## Resolución Directoral


Miraflores, 01 de Marzo de 2021

### VISTO:




El Expediente N° 21-002439-001 que contiene el Informe N° 017-2021-OGC-HEJCU emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 033-2021-OEPP-HEJCU de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, quien a su vez, remite el Informe N° 016-2021-EOM-OEPP-HEJCU emitido por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;


### CONSIDERANDO:



Que, mediante Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, se estableció que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla. Del mismo modo se estableció que el Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, las mismas que deben implementar las estrategias de mediano plazo, así como que los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos.



Con base a lo señalado, mediante Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, de fecha 28 de mayo de 2020, el Ministerio de Salud aprobó la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM: Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos en Salud (aplicable a sus órganos adscritos) el cual tiene como finalidad implementar la gestión por procesos en el Ministerio de Salud, para brindar productos (bienes y servicios) de maneras eficaz y eficiente a los ciudadanos.



Que, el literal e4 del numeral 6.3.1 de la precitada Directiva estableció que el Manual de Procesos y Procedimientos es elaborado por el responsable del proceso. Luego es aprobado por resolución de la máxima autoridad administrativa de la institución previa opinión técnica favorable de la Oficina de Organización y Modernización de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización o la que haga sus veces.

Que, el **manual de procesos y procedimientos** es un documento técnico de gestión institucional que contiene la descripción de los procesos; asimismo, instruye e informa en forma detallada las actividades que se siguen en la ejecución de los procesos de último nivel (también llamados procedimientos); Dicho manual debe ser visado por el responsable de los procedimientos y por la Oficina de Planeamiento y Modernización o la que haga sus veces y aprobado mediante resolución direccional.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del HEJCU, cuyo artículo 17° establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal.

Que, de los antecedentes que obran en los sistemas informáticos del hospital, se verificó que mediante Resolución Directoral N° 107-2019-DG-HEJCU, de fecha 29 de abril de 2019, se aprobó el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Posterior a ello y teniendo en cuenta la directiva vigente, es decir, la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM: Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos en Salud, mediante Informe N° 017-2021-OGC-HEJCU, de fecha 22 de febrero de 2021, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad elaboró y remitió, debidamente visado, el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para la aprobación mediante acto resolutivo.

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene entre uno de sus objetivos establecer formalmente todos los procedimientos requeridos que la Oficina de Gestión de la Calidad necesita para ejecutar los procesos organizacionales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe N° 033-2021-OEPP-HEJCU, de fecha 23 de febrero de 2021, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 016-2021-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización, quien, a su vez, emite opinión técnica favorable respecto del Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del HEJCU.

Que, estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y a la opinión de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto resulta pertinente aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1040-2019-MINSA y la Resolución Viceministerial N° 001-2020-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 José Casimiro Ulloa, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2.- DEJAR SIN EFECTO** toda disposición que se oponga a la presente resolución.

**ARTÍCULO 3.- ENCARGAR** al responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, aplicación y cumplimiento del manual aprobado.

**ARTICULO 4.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad ([www.hejcu.gob.pe](http://www.hejcu.gob.pe)).

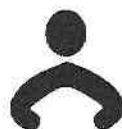
**Regístrese, comuníquese y cúmplase.**

LJPE/SEV/MRIA/LCD/ysm

**Distribución:**

- Dirección General x
- Dirección Médica
- Of. Ejecutiva de Administración.
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Gestión de la Calidad
- Of. Asesoría Jurídica
- Of. Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"  
  
Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA  
Director General (a)  
CMP 9633 RNE. 2547



**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

# **HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

**GESTION DE LA CALIDAD**

**OFICINA DE GESTION DE LA  
CALIDAD**

**2021**



## AUTORIDADES

### **Dr. Luis Julio Pancorvo Escala.**

Director General.

Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.

### **Lic. Adm. María Inga Alva.**

Jefa de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.

### **M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal**

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.

## AUTORES

### **M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal**

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.



**CONTENIDO**

	<b>N° Pagina</b>
1. INDICE	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVO	5
4. ALCANCE	5
5. SIGLAS Y DEFINICIONES	6
6. BASE LEGAL	7
7. DIAGRAMA DE PROCESO	8
8. FICHA TECNICA DE PROCESO NIVEL 1	9
9. FICHA DE INDICADOR DE DESEMPEÑO	14
10. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS	15
11. FICHAS TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS	16
12. ANEXOS: FLUJOGRAMAS	





## 2.- INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública establece como uno de sus pilares la Gestión por Procesos, Simplificación Administrativa y Organización Institucional; y su implementación mediante el Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud" con la finalidad de Implementar la Gestión por Procesos en el Ministerio de Salud para brindar productos (bienes y servicios) de manera eficaz y eficiente a los ciudadanos.

El Manual de Procesos y Procedimientos, es el documento técnico con el objetivo de establecer criterios técnicos para la gestión por procesos, que faciliten la determinación y seguimiento, medición análisis y mejora de los procesos y procedimientos del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” que permitan maximizar el buen uso de los recursos, para brindar bienes y servicios óptimos y de calidad en beneficio de la población

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General según su Reglamento de Organización y Funciones aprobado por el Ministerio de Salud Decreto Supremo N° 008-2017/SA, implementando con el Manual de Organización y Funciones mediante Resolución Directoral N 295-2017-DG-HEJCU.

En el presente Manual de Procesos y Procedimientos se describe el ámbito de aplicación de la Oficina de Gestión de la Calidad, la cual tiene por función facilitar la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, a fin de lograr la mejora continua de los servicios de salud que brinda el Hospital.

Asimismo, la Oficina de Gestión de la Calidad es un proceso estratégico P.E.0.4 Gestión de la Calidad, donde se toma en cuenta el mapa de procesos Nivel 0 y Nivel 1 Tras la aprobación de este Manual, la Oficina de Gestión de la Calidad será la responsable de implementar, evaluar e identificar las oportunidades de mejora en las actualizaciones de este documento de acuerdo a la Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"







### 3.- OBJETIVOS

El Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene como objetivos:

- Establecer formalmente todos los procedimientos requeridos que la Oficina de Gestión de la Calidad necesita para ejecutar los procesos organizacionales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Servir de instrumento para facilitar la comunicación y establecer las bases para mantener un efectivo sistema de coordinación y orientación permanente a todo el personal que integra la Oficina de Gestión de la Calidad y de la institución en general.
- Servir como un instrumento técnico normativo base para la sistematización de los flujos de información y documentos base para el desarrollo del plan Estratégico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Establecer mejores niveles de eficiencia en el trabajo a desarrollarse en la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Contribuir a lograr el cumplimiento de todos los Objetivos Funcionales aprobados en el Reglamento de Organización y Funciones de la institución

### 4.- ALCANCE

La aplicación del presente manual se circunscribe a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en sus diferentes componentes funcionales, su conocimiento y aplicación es de carácter obligatorio por parte del personal nombrado, contratado o destacado a esta oficina, en concordancia con los dispositivos legales y normativos vigentes.





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

## 5.- SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLA O TERMINO	DEFINICIÓN
MINSA	Ministerio de Salud
HEJCU	Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”
DG	Dirección General
R. M.	Resolución Ministerial
OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
EMCC	Equipo de Mejora Continua de la Calidad
PMCC	Proyecto de Mejora Continua de la Calidad







## 6.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161 Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA-Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA – (Atención en Salud) Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA – Comité Técnico para la Seguridad del Paciente
- Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública.
- Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud"
- Resolución Secretarial De La Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública.
- Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
- Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Resolución Directoral N° 017-2020-DG-HEJCU, que aprueba el Mapa de Procesos nivel 0 del Hospital José Casimiro Ulloa.



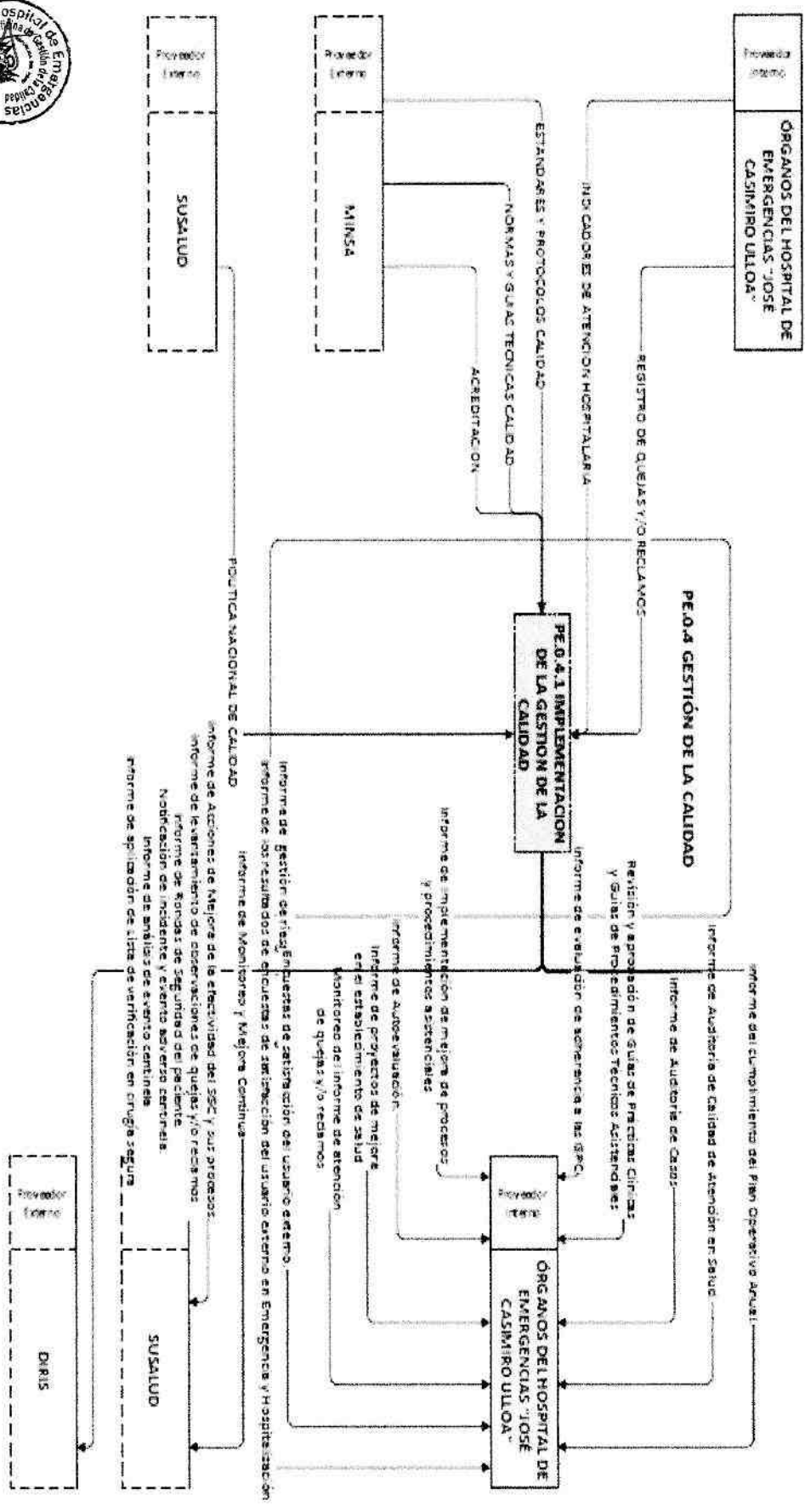


"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

### 7.- DIAGRAMA DE PROCESOS

## DIAGRAMA DE PROCESO REFERENCIAL – ANEXO 5

### PROCESO ESTRATEGICO





## 8.- FICHA TECNICA DE PROCESO

### FICHA TÉCNICA DEL PROCESO

1. Nombre del Proceso	2. Código	3. Tipo de Proceso	Proceso Estratégico	4. Versión	
<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>PE.0.4</b>	0		V.01	
5. Objetivo del Proceso	Proceso Estratégico orientado a proponer, implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, monitorear y evaluar planes y estrategias para la mejora continua de los procesos y procedimientos, tanto asistenciales como administrativos, satisfacción y seguridad de usuario y el control de la calidad institucional.				
6. Dueño del Proceso	Oficina de Gestión de la Calidad				
7. Alcance	El proceso se inicia con la situación actualizada, la mejora continua, la implementación y el control de los procesos y procedimientos, para el cumplimiento de la eficacia, eficiencia y la efectividad. (Órganos del Hospital)				
8. Base Legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DS N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública</li> <li>• Resolución Ministerial N° 1134-2017-MINSA. "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".</li> <li>• Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA. "Guía técnica de Elaboración de Proyecto de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de la calidad.</li> <li>• Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, se aprobó la "Política Nacional para la Calidad".</li> <li>• NTS N°117-Minsa /DGSP.V01. 2015 "Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".</li> <li>• Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"</li> <li>• RM N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>• R.M. N° 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud.</li> </ul>				





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto Supremo N° 030-2016 Reglamento para Atención Quejas y Reclamos.</li> <li>R.M. N° 007-2019/MINSA, Directiva Administrativa para Atención Libro de Reclamaciones.</li> <li>Plan de Implementación de la NT de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2007 – 2009</li> <li>RM. N° 456-2007 /MINSA "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo."</li> <li>RM.676-2006 MINSA. " Plan Nacional de Seguridad del Paciente".</li> </ul>			
9. Proveedores	10. Entradas/Insumos	11. Proceso Nivel 1	12. Salidas/Productos	13. Receptor final del producto
<ul style="list-style-type: none"> <li>Órganos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulioa"</li> <li>MINSA</li> <li>SUSALUD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Operativo Anual de Gestión de la Calidad.</li> <li>Estándares y protocolos de calidad - MINSA</li> <li>Normas y guías técnicas de calidad en salud</li> <li>Guía Técnica para la Mejora de procesos y procedimientos.</li> <li>Política Nacional de Calidad en Salud</li> <li>Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</li> </ul>	PE. 0.4.1- Implementación de la Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe del cumplimiento del Plan Operativo Anual.</li> <li>Informe de Auditoría de Calidad de Atención en Salud.</li> <li>Informe de Auditoría de Casos</li> <li>Revisión y aprobación de Guías de Prácticas Clínicas y Guías de Procedimientos Técnicos Asistenciales</li> <li>Informe de evaluación de adherencia a las GPC</li> <li>Informe de Implementación de mejora de procesos y procedimientos asistenciales.</li> <li>Informe de Autoevaluación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Órganos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulioa"</li> <li>MINSA</li> <li>SUSALUD</li> <li>DIRIS</li> </ul>





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plan de Mejora de continua de la calidad - MINSA</li><li>• Registro de quejas y/o reclamos</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Informe de proyectos de mejora en el establecimiento de salud</li><li>• Monitoreo del informe de atención de quejas y/o reclamos.</li><li>• Encuestas de satisfacción del usuario externo.</li><li>• Informe de los resultados de encuestas de satisfacción del usuario externo en Emergencia y Hospitalización.</li><li>• Informe de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente.</li><li>• Informe de Acciones de Mejora de la efectividad del SGC y sus procesos.</li><li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li><li>• Propuesta Mapa de Procesos del Hospital</li><li>• Informe de Monitoreo y Mejora Continua</li><li>• Informe de levantamiento de observaciones de quejas y/o reclamos.</li><li>• Informe de Rondas de Seguridad del paciente.</li></ul>	
--	--	--	--	--





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación de incidente y evento adverso centinela.</li> <li>• Informe de análisis de evento centinela</li> <li>• Informe de aplicación de Lista de verificación en cirugía segura</li> </ul>	
--	--	--	--	--

14. Indicador de desempeño	<p align="center"><b>Total de documentos de gestión por equipo de trabajo dentro del período establecido</b></p> $= \frac{\text{Total de documentos de gestión por equipo de trabajo proyectado en el período establecido}}{\text{Total de documentos de gestión por equipo de trabajo dentro del período establecido}} \times 100$			
15. Controles	Evaluación mensual y reporte de los avances de las tareas proyectadas en el período correspondiente por cada equipo de trabajo			

16. Recursos			
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 servidores en condición nombrado</li> <li>• 1 servidores en condición CAS</li> <li>• 2 servidores en condición tercero</li> </ul>	Sistemas Informáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicativo SIGA</li> </ul>
Instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 oficina</li> </ul>	Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadoras de escritorio.</li> <li>• Impresora multifuncional.</li> </ul>

17. Elaboración, revisión y aprobación			
Names and Surnames	Organ / Unit Organic	Signature and Seal	Date







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Elaborado por:	Mc. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad		
Revisado por:	Econ. César Alberto Osorio Sandoval TAP. Lourdes Alcántara Fernández	Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto Equipo de Organización y Modernización		
Revisado y Aprobado por:	Mc. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de Calidad		







“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

**9.- FICHA DE INDICADORES DE DESEMPEÑO**

<b>FICHA INDICADOR DE DESEMPEÑO</b>	
Código Indicador	<b>PE.0.4.FID01</b>
Proceso	<b>PE.0.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>
Objetivo	Lograr ejecutar la mejora continua de procesos y procedimientos programadas dentro del período correspondiente
Indicador	Indicador de ejecución de mejora continua de procesos y procedimientos
Finalidad del indicador	Medir el cumplimiento de las actividades en relación a la mejora continua de procesos y procedimientos
Tipo de indicador	Eficacia
Fórmula	$= \frac{\text{Total de documentos de gestión por equipo de trabajo dentro del periodo establecido}}{\text{Total de documentos de gestión por equipo de trabajo proyectado en el periodo establecido}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Mensual
Oportunidad de medida	5 primeros días del mes siguiente de la medición
Línea base	Comparar la información de la programación y ejecución del período correspondiente al año anterior.
Meta	Ejecutar la totalidad de las actividades programadas
Fuente de datos	Registro de indicadores y auditorias de calidad en cumplimiento de los estándares de mediciones
Responsable	Responsable operativo de la mejora continua





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

## 10.- INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO DE NIVEL 0	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	Gestión de Reclamos	PE.0.4.1.1
	Asistencia Técnica	PE.0.4.1.2
	Trámite de Proyectos de Mejora Continua De La Calidad	PE.0.4.1.3
	Auditoría de Caso	PE.0.4.1.4
	Registro y Notificación de Eventos Adversos	PE.0.4.1.5
	Auditoría de Registro de Historias Clínicas	PE.0.4.1.6





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

**ANEXO 08**  
**FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO**

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GESTION DE RECLAMOS</b>	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.1
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

<b>Datos generales del procedimiento</b>	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Normar e implementar el ejercicio de reclamo del (los) usuario (s), del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud
	Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
	Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias.
	Decreto Supremo N° 011-2011-PCM que aprueba el reglamento del Libro de Reclamaciones.
	Decreto Supremo N°042-2011 "Obligaciones de las entidades del sector público de contar con un Libro de Reclamaciones.
	Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública.
	Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud"
	Resolución Secretarial De La Gestión Publica N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública.
	Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<b>Incidente:</b> Hecho que se interpone en el transcurso normal de la atención o prestación del bien o servicio que brinda una entidad pública a las personas y que obstaculiza que la situación se desarrolle adecuadamente. Reclamo Mecanismo a través del cual las personas expresan su insatisfacción o disconformidad ante la entidad pública que lo atendió o entregó un bien o servicio.
	<b>El Reclamo:</b> puede darse sobre el trato profesional recibido durante la atención, información, tiempo de atención, acceso a la entrega de bienes o servicios, resultado de la gestión o atención y confianza de la entidad ante las personas, entre otros.
	<b>Libro De Reclamaciones:</b> Es la plataforma digital que soporta la gestión de reclamos. Permite el registro del reclamo y su seguimiento por parte de las personas. En cuanto a las entidades, les permite efectuar la gestión del reclamo, la supervisión de la atención y obtener información detallada y estadística para poder mejorar de manera continua los bienes y servicios que entregan.
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
	D.G: Dirección General
	O.G.C: Oficina de Gestión de la Calidad
	LRES: Libro de Reclamaciones en Salud
	O.C.I: Oficina de Control Interno

<b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b>		
<b>N°</b>	<b>Descripción del requisito</b>	<b>Fuente</b>
1	Formato de Libro de Reclamaciones	Libro de Reclamaciones
2	Aplicativo de Registro de Reclamaciones	Libro de Reclamaciones





Secuencia de Actividades				
Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Usuario emite el reclamo	Reclamo escrito en libro de reclamaciones	O.G.C. 30 minutos	Usuario externo
2	Se atiende el reclamo	Atención del reclamo	O.G.C. 30 minutos	Personal de PAUS Jefe de guardia.
3	Se recaban los formatos de reclamos y se inicia investigación correspondiente. Se solicita informes correspondientes a Jefaturas	Registro e informe de jefaturas	O.G.C. 24 horas	Jefes de Departamento u oficinas
4	Se implementan mejoras y se remite respuesta al reclamo presentado	Se emite respuesta al usuario	O.G.C. no	Responsable del Libro de Reclamaciones
5	Se emite Informe a Dirección General para implementación y revisión según corresponda.	Medidas correctivas. Respuesta al usuario aprobada	O.G.C. O.C.I.	Dirección General

Otros	
Procesos Relacionados:	Proyecto de Mejora
Anexos :	Diagrama de Flujo del Procedimiento

Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
<b>Elaborado por:</b>	• M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	• Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval • Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

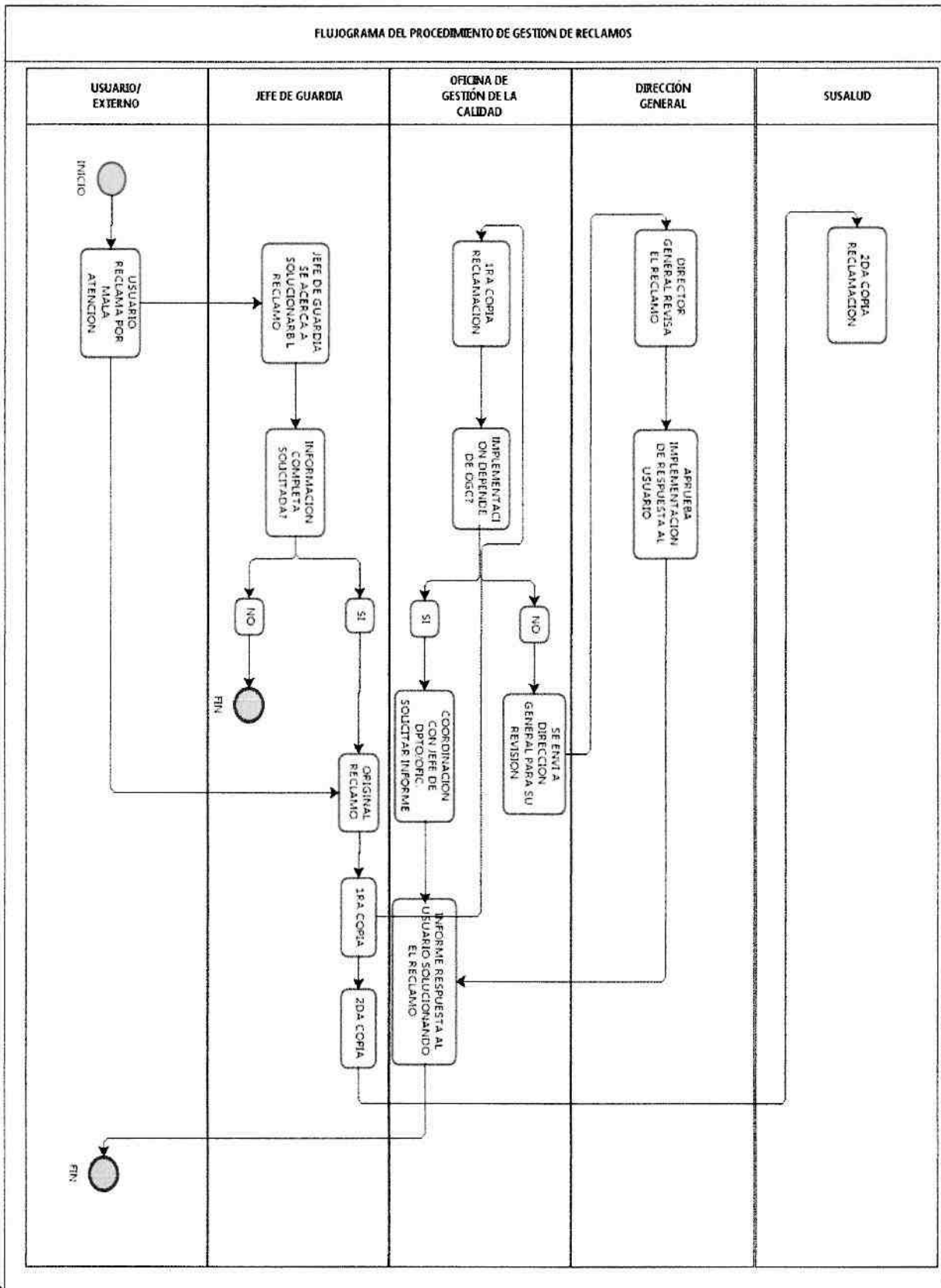
<b>Control de Cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Sección del procedimiento</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1ra versión	No aplica	No aplica





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

FLUJOGRAMA:







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

## ANEXO 08 FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>ASISTENCIA TÉCNICA DE LA O.G.C</b>	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.2
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

<b>Datos generales del procedimiento</b>	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios del hospital.
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los Órganos de Dirección, Control, Asesoría, Apoyo y de Línea del Hospital en los procesos que se ejecutan en los servicios del Hospital.
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias. Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa. Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa. Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública. Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud" Resolución Secretarial De La Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública. Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<p><b>Sistema De Gestión De La Calidad En Salud:</b> La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión del Sector, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado. La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios.</p> <p>La lucha por la calidad en salud es por estas consideraciones una gesta que une a todos los actores del proceso. A los entes y órganos directivos, responsables de fijar el rumbo y de viabilizar el quehacer sanitario; a los miles de trabajadores y trabajadoras del sector, cuya realización personal y laboral pasa por la calidad en el trabajo; a la población usuaria de los servicios, directa beneficiada en la satisfacción de sus expectativas y necesidades y a los agentes externos interesados en apoyar este esfuerzo.</p>
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" D.G: Dirección General OGC: Oficina de Gestión de la Calidad E.T.O.M – Equipo de Trabajo Organización y Modernización

<b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b>		
N°	Descripción del requisito	Fuente
1	Proyecto de Mejora	Acta de reuniones







<b>Secuencia de Actividades</b>				
<b>N°</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Documentos que se generan</b>	<b>Unidad de Organización</b>	<b>Responsable (Puesto)</b>
1	Solicitud de asistencia técnica en calidad por los Equipo de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios y/o Departamentos correspondientes	Solicitud de asistencia técnica	O.G.C. 1 Hora	UPSS interesada en asistencia técnica
2	La Oficina de Gestión de la Calidad revisa la solicitud y verifica concordancia.	Solicitud de asistencia técnica	O.G.C. 2 Horas	O.G.C.
	2.a Si los objetivos no están relacionados, OGC devuelve solicitud al equipo de mejora continua		O.G.C. 1 Hora	O.G.C.
	2.b Si los objetivos están relacionados, OGC emite informe u opinión de asistencia técnica y lo deriva al Equipo de Mejora Continua	Informe u opinión	O.G.C. 2 Horas	O.G.C.
3	El equipo de mejora continua de la Calidad de UPSS correspondiente recibe informe de asistencia técnica e inicia las coordinaciones para los trabajos de asistencia técnica en Calidad	Documento de coordinación	O.G.C. 2 Días	UPSS interesada

<b>Otros</b>	
<b>Procesos Relacionados:</b>	No aplica
<b>Anexos :</b>	1 Diagrama de Flujo del Procedimiento





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
<b>Elaborado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval</li> <li>• Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto</li> </ul>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		

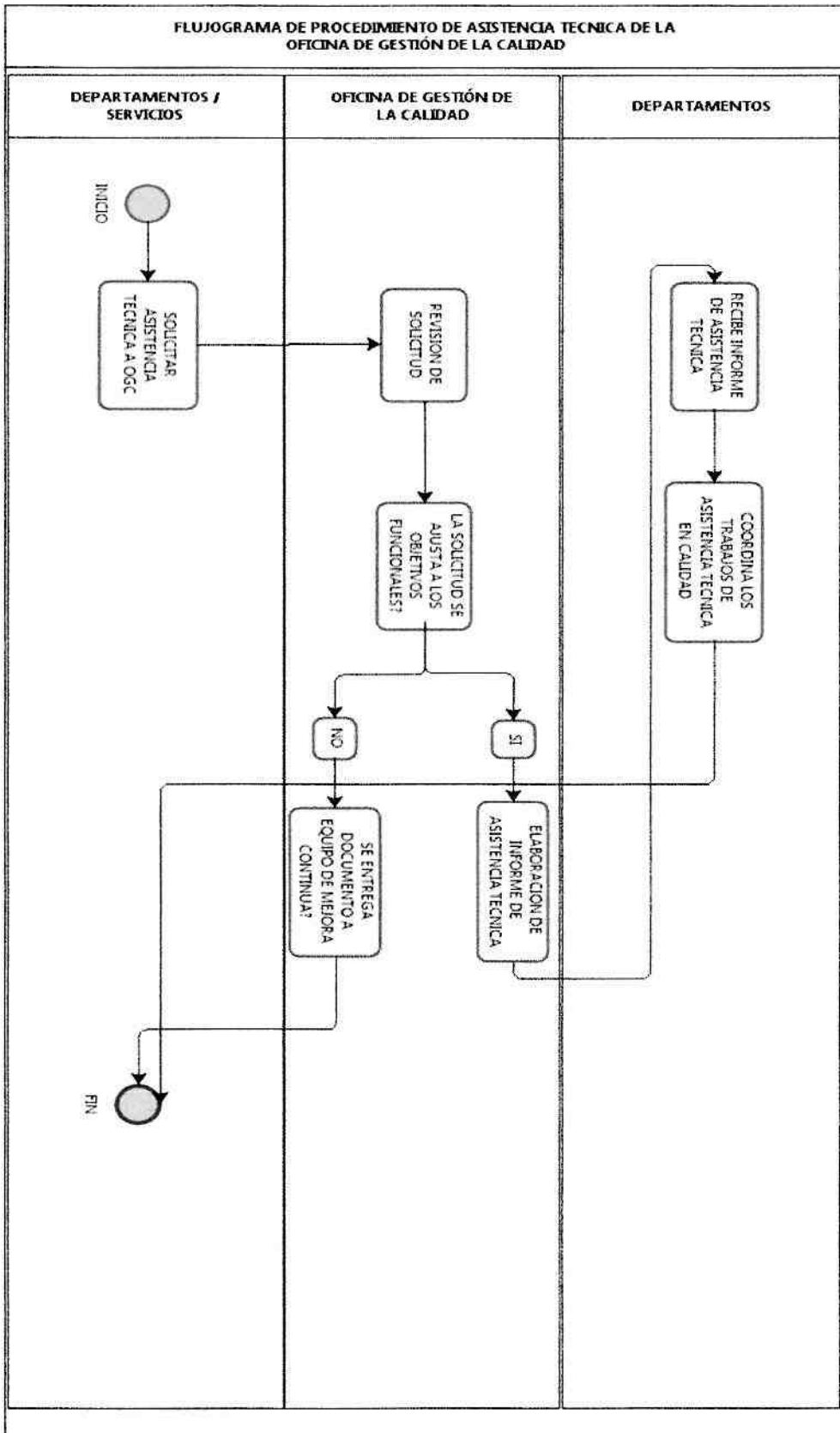
Control de Cambios		
Versión	Sección del procedimiento	Descripción del cambio
1ra versión	No aplica	No aplica





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

FLUJOGRAMA:





## ANEXO 08 FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>TRAMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.3
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

<b>Datos generales del procedimiento</b>	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del hospital
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los Órganos de apoyo y de línea del Hospital
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud
	Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
	Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias.
	Resolución Ministerial N°-095/2012 MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la gestión de la calidad
	Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública.
	Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud"
	Resolución Secretarial De La Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública.
	Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<b>Gestión de la Calidad:</b> Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
	<b>Mejoramiento Continuo de la Calidad:</b> Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
	<b>Proceso:</b> Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
	<b>Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:</b> Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
	D.G: Dirección General
	O.G.C: Oficina de Gestión de la Calidad
	E.T.O.M – Equipo de Trabajo Organización y Modernización

<b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b>		
<b>N°</b>	<b>Descripción del requisito</b>	<b>Fuente</b>
1	Proyecto de Mejora	Acta de reuniones

<b>Secuencia de Actividades</b>
---------------------------------





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	El equipo de mejora continua de la Calidad del Dpto. y/o Servicio formula y remite el Proyecto de Mejora continua de la Calidad a la OGC.	Proyecto de Mejora	O.G.C. 1 Mes	Dpto. o servicio interesado
2	La OGC recibe el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad y evalúa su aprobación a) De no aprobarse la OGC devuelve el PMCC al Dpto. o Servicio correspondiente. b) De aprobarse, se deriva el proyecto al Equipo de Mejora Continua del Dpto. o servicio correspondiente	Proyecto de Mejora y documentos de coordinación	O.G.C. 2 Días	O.G.C.
3	Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Dpto. o Servicio correspondiente desarrolla y realiza el seguimiento del PMCC aprobado	Documentos de seguimiento	6 Meses O.G.C	UPSS interesada
4	El equipo de Mejora Continua de la Calidad del Dpto. o Servicio correspondiente, elabora informe detallado del proyecto y lo deriva a la OGC	Producto de informe	O.G.C. 1 Mes	Departamento o Servicio
5	La OGC recibe, socializa, difunde y deriva informe de PMCC a la Dirección General.	Informe de PMCC	O.G.C.	O.G.C
6	La Dirección General recibe el informe de éxito del PMCC y emite la constancia de reconocimiento al EMCC	Informe de éxito Constancia de reconocimiento	O.G.C. 1 Mes	D.G.

Otros	
<b>Procesos Relacionados:</b>	No aplica
<b>Anexos :</b>	1 Diagrama de Flujo del Procedimiento

Aprobación				
	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
<b>Elaborado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval</li> <li>Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto</li> </ul>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		

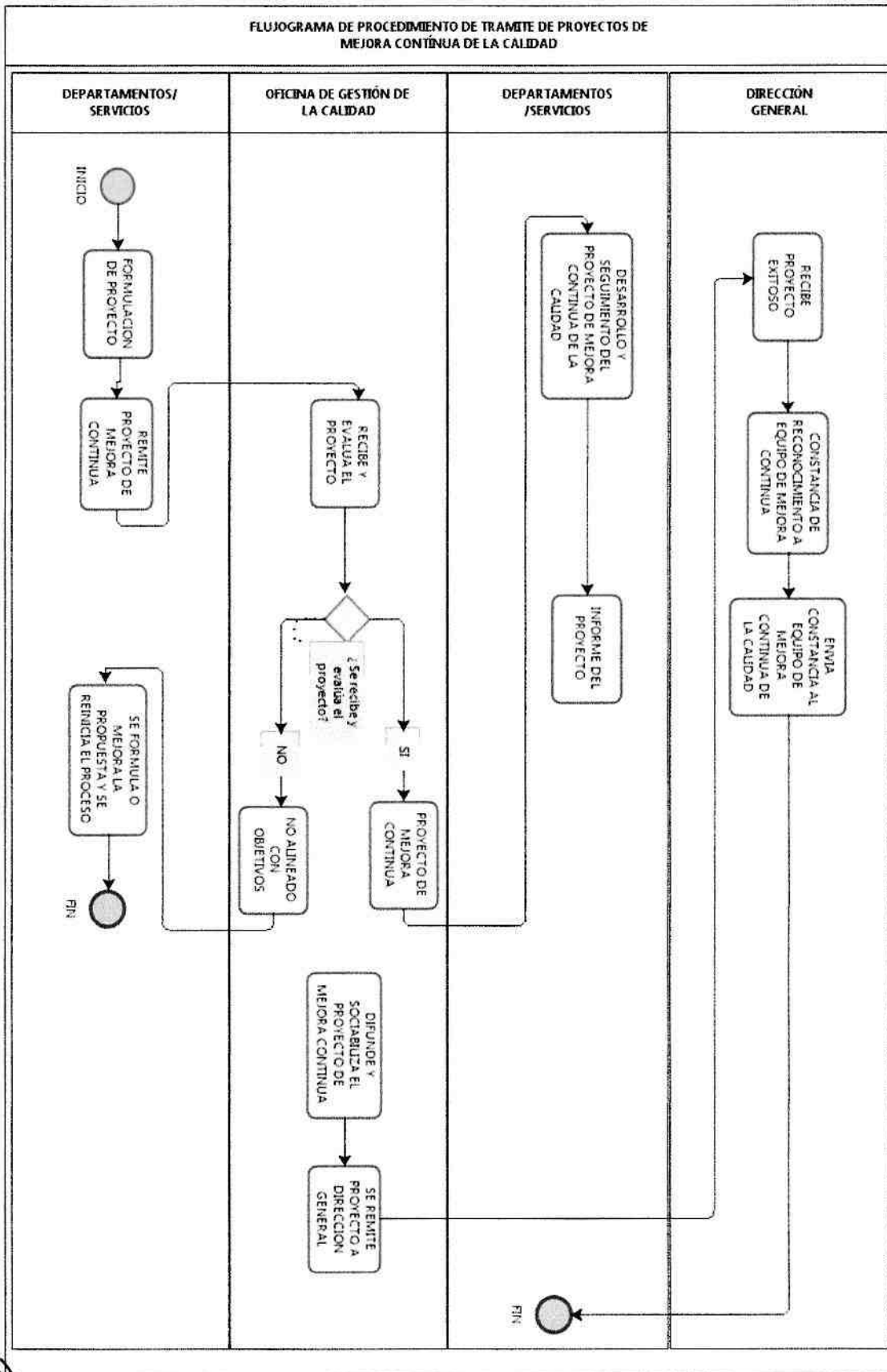
Control de Cambios		
Versión	Sección del procedimiento	Descripción del cambio
1ra versión	No aplica	No aplica





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

FLUJOGRAMA:







“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

## ANEXO 08 FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	AUDITORIA DE CASO	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.4
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

<b>Datos generales del procedimiento</b>	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Desplegar procesos para la mejora continua de la Calidad de Atención en los servicios asistenciales del HEJCU
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud
	Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Publicar
	Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias.
	Resolución Ministerial 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoría de Calidad de atención en salud.
	Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública.
	Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud"
	Resolución Secretarial De La Gestión Publica N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública.
	Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<b>La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:</b> se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por si misma, no tiene fines punitivos.
	<b>La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:</b> es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad.
	<b>La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:</b> debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso.
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
	D.G.: Dirección General
	O.G.C: Oficina de Gestión de la Calidad
	E.T.O.M – Equipo de Trabajo Organización y Modernización

<b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b>		
N°	Descripción del requisito	Fuente
1	Caso Clínico	Historia clínica del paciente (Oficina de Estadística e informática)

<b>Secuencia de Actividades</b>				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Usuario externo emite petición de Auditoría de Caso	Solicitud de Auditoría de Caso	O.G.C	Usuario Externo







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

2	Dirección General y área de transparencia solicitan Auditoria de Caso al Comité de Auditoria	Solicitud de Auditoria	O.G.C.	Dirección General y Transparencia
3	La OGC realiza el análisis de la solicitud y determina la auditoria de caso al Comité de Auditoria	Solicitud de Auditoria	O.G.C.	UPSS interesada
4	Comité de Auditoria recibe solicitud de Auditoria de caso	Cronograma de Auditoria de Caso	O.G.C.	Comité de Auditoria
5	Comité de Auditoria de Caso ejecuta Auditoria	Reunión de Comité de Auditoria	O.G.C.	Comité de Auditoria
6	Comité de Auditoria elabora informe final y lo eleva a la OGC	Informe final de Auditoria de Caso	O.G.C.	Comité de Auditoria
7	OGC evalúa informe final de Auditoria de Caso y lo eleva a la Dirección General	Informe de Auditoria	O.G.C.	O.G.C.
8	Dirección General evalúa el informe final y dispone recomendaciones al área correspondiente	Recomendaciones del área correspondiente	O.G.C.	Dirección General
9	Área auditada recibe e implementa recomendaciones y elabora informe de implementaciones	Informe de implementaciones	O.G.C.	Área Auditada
10	OGC realiza el seguimiento de las implementaciones	Informe de seguimiento de las implementaciones	O.G.C.	O.G.C.
11	Dirección General recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior del solicitante	Documento de envío de Informe de implementación de recomendaciones	O.G.C.	Dirección General

<b>Otros</b>	
<b>Procesos Relacionados:</b>	No aplica
<b>Anexos :</b>	1 Diagrama de Flujo del Procedimiento

<b>Aprobación</b>				
	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Unidad de Organización</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
<b>Elaborado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval</li> <li>Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto</li> </ul>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		

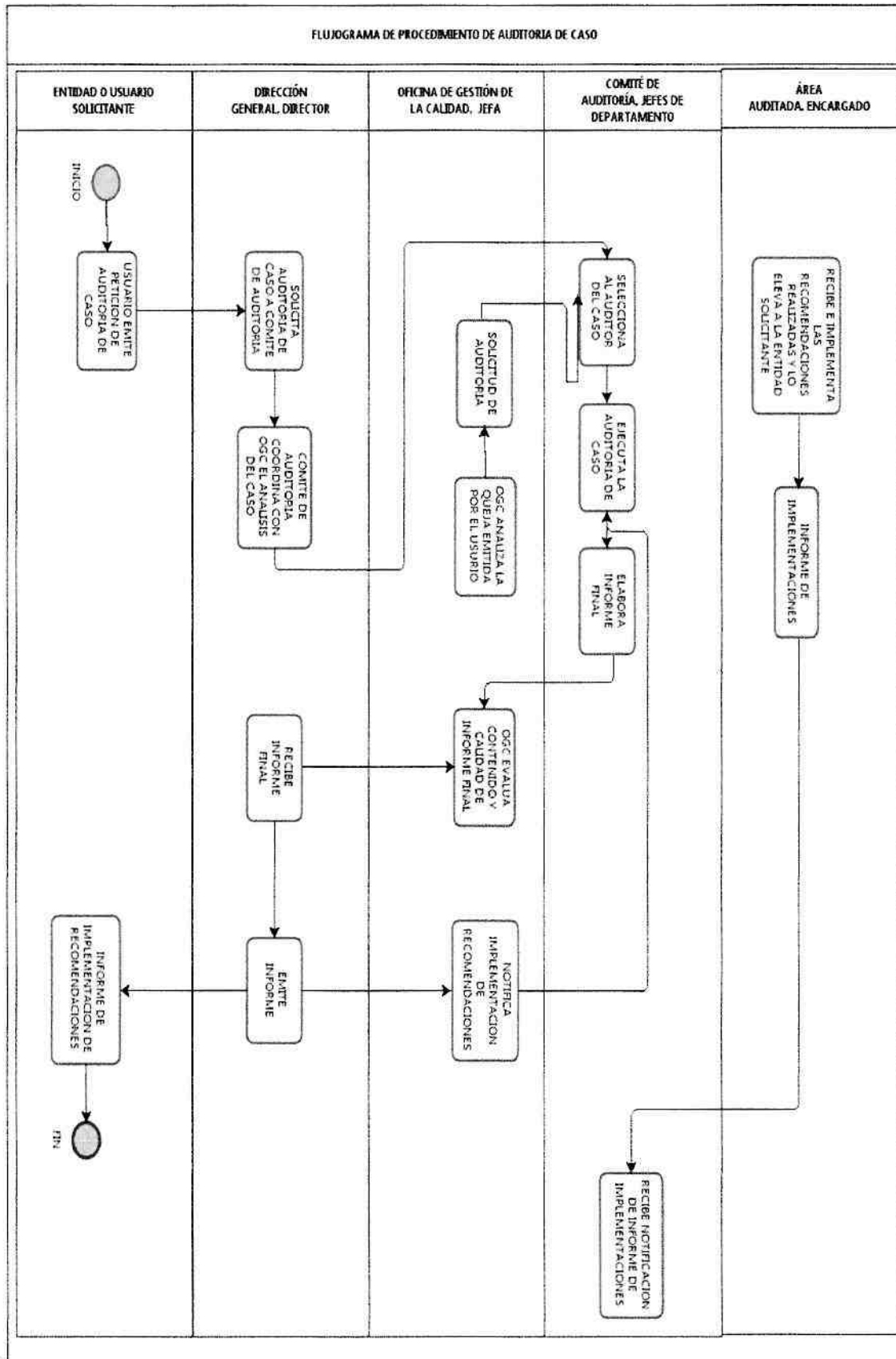
<b>Control de Cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Sección del procedimiento</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1ra versión	No aplica	No aplica





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

FLUJOGRAMA:





## ANEXO 08 FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.5
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

<b>Datos generales del procedimiento</b>	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Contar con un Sistema de Registro, notificación, reporte y reducción de Eventos Adversos en el HEJCU
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud Resolución Ministerial. N°519-2006/MINSA Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa. Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa. Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública. Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud" Resolución Secretarial De La Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública. Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<b>Registro y Notificación de Eventos Adversos:</b> Los sistemas de notificación y registro de efectos adversos fueron creados en el ámbito no sanitario, con el objetivo de poder agrupar datos referentes a incidentes (sin daño) o accidentes (con daño) y poder establecer un perfil de los problemas más frecuentes en la organización,
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" D.G: Dirección General O.G.C: Oficina de Gestión de la Calidad E.T.O.M – Equipo de Trabajo Organización y Modernización

<b>Requisitos para iniciar el procedimiento</b>		
N°	Descripción del requisito	Fuente
1	Fichas de reporte	Eventos adversos producidos en los diferentes servicios

<b>Secuencia de Actividades</b>				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Área correspondiente reporta evento adverso mediante ficha de seguridad del paciente	Ficha de Seguridad del Paciente	O.G.C.	Área correspondiente
2	Persona responsable reporta el evento adverso inmediatamente al servicio correspondiente	Ficha de Seguridad del Paciente	O.G.C.	Área correspondiente





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

3	Impactos 1 y 2 se notifican a OGC	Ficha de Seguridad del Paciente	O.G.C.	Epidemiología
4	OGC coordina con jefes de Servicio, Dpto., comités y DG la gestión del Evento Adverso	Documentos de Coordinación	O.G.C.	O.G.C.
5	Se registra la información de la ficha de Notificación para seguridad del Paciente en la base de datos	Base de datos actualizada	O.G.C.	O.G.C.
6	Evaluación y elaboración de informe de gestión de Evento Adverso	Informe global de eventos Adversos	O.G.C.	O.G.C.
7	OGC realiza recomendación de Servicios y Departamentos involucrados para difusión de hallazgo y establecer estrategias de solución	Acta de reunión	O.G.C.	O.G.C.
8	Elaboración de informes y proyectos de mejora	Informes y proyectos de mejora	O.G.C.	Áreas involucradas
9	OGC elabora y remite informe a DG	Informes y proyectos de mejora	O.G.C.	O.G.C.
10	DG evalúa informe	Informe	O.G.C.	D.G
11	OGC coordina con instancias competencias para implementar el PMC	Documentos de coordinación	O.G.C.	O.G.C.
12	Implementación de proyecto de mejora para reducir eventos adversos	Proyecto de Mejora	O.G.C.	Áreas involucradas

<b>Otros</b>	
<b>Procesos Relacionados:</b>	No aplica
<b>Anexos :</b>	1 Diagrama de Flujo del Procedimiento

<b>Aprobación</b>				
	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Unidad de Organización</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
<b>Elaborado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval</li> <li>Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto</li> </ul>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		

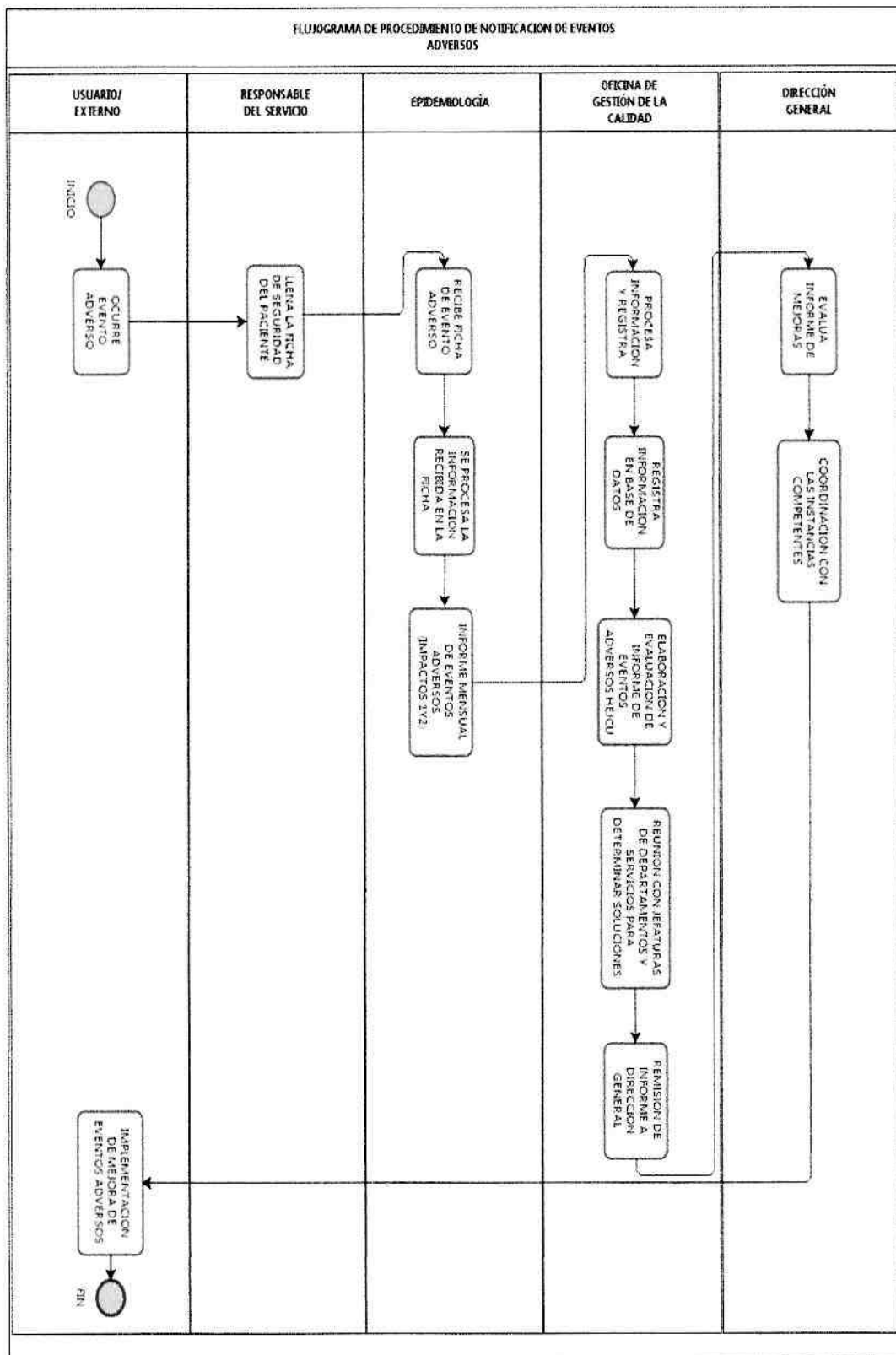
<b>Control de Cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Sección del procedimiento</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1ra versión	No aplica	No aplica





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

FLUJOGRAMA:







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

## ANEXO 08 FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS	<b>CÓDIGO</b>	PE.0.4.1.6
		<b>VERSIÓN</b>	V-01

Datos generales del procedimiento	
<b>Objetivo del procedimiento</b>	Normar e implementar el ejercicio de reclamo de los usuarios del HEJCU
<b>Alcance del procedimiento</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital
<b>Base Normativa</b>	Ley N° 26842 - Ley General de Salud
	Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
	Ley N° 27658 - Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y sus normas modificatorias.
	R.M. 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
	R.M. 676-2006/MINSA aprueba el D.T. "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"
	Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU Se aprueba Manual de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
	Decreto supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política nacional de modernización de la gestión pública.
	Resolución Ministerial N° 850-2016, Que Aprueba Las "Normas Elaboración De Documentos Normativos Del Ministerio De Salud"
	Resolución Secretarial De La Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SAP, Norma Técnica Para La Implementación de La Gestión Por Procesos En Las Entidades de La administración pública.
	Resolución secretarial N° 063 Lineamientos para la Gestión por Procesos, aprobar la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"
<b>Definiciones</b>	<b>Auditoría de Registro de Historias Clínicas:</b> Los objetivos de la auditoría de la historia clínica, son dos: Conocer la calidad de los registros o sea verificar si en la Historia Clínica se han registrado todos los antecedentes del paciente y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad, analizar la calidad de la atención médica según normas y procedimientos.
<b>Siglas</b>	HEJCU: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
	D.G: Dirección General
	O.G.C: Oficina de Gestión de la Calidad
	E.T.O.M – Equipo de Trabajo Organización y Modernización

Requisitos para iniciar el procedimiento		
N°	Descripción del requisito	Fuente
1	Recopilación de datos de la historia clínica	Historia clínica del paciente (Oficina de Estadística e informática)

Secuencia de Actividades				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	La OGC elabora el Plan Anual de Auditoría y programación de Auditoría de Registro	Plan Anual de Auditoría y programación	O.G.C.	O.G.C.
2	Comité de Auditoría planifica Auditoría	Programación de Auditorías	O.G.C.	Comité de Auditoría
	Comité de Auditoría realiza Auditoría de registro	Informe de Auditoría	O.G.C.	Comité de Auditoría





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

4	Comité de Auditoría envía reportes trimestrales de Auditoría de Registro al Comité de Auditoría	Informes trimestrales	O.G.C.	Comité de Auditoría
5	Comité de Auditoría elabora consolidado de reportes procedimientos de los servicios y se elabora solicitud	Consolidados solicitudes	O.G.C.	Comité de Auditoría
6	Comité de Auditoría elabora solicitud de acciones correctivas y preventivas	Solicitud de acciones correctivas y preventivas	O.G.C.	Comité de Auditoría
7	Comité de Auditoría eleva informe final a OGC y se registra y se elabora planes de mejora en base a las auditorías	Informe final Planes de mejora	O.G.C.	Comité de Auditoría O.G.C.
8	OGC registra informe final y elabora propuestas de actividades de mejora	Propuestas de actividades de mejora	O.G.C.	O.G.C.
9	OGC informa a DG resultados de auditorías	Informes de Auditorías	O.G.C.	O.G.C.

<b>Otros</b>	
<b>Procesos Relacionados:</b>	No aplica
<b>Anexos :</b>	1 Diagrama de Flujo del Procedimiento

<b>Aprobación</b>				
	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Unidad de Organización</b>	<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>
<b>Elaborado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		
<b>Revisado por:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eco. Cesar Alberto Osorio Sandoval</li> <li>Lic. Adm. Manrique Jesús Bonilla Calixto</li> </ul>	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  Equipo de Organización Modernización		
<b>Aprobado por:</b>	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de la Calidad.		

<b>Control de Cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Sección del procedimiento</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1ra versión	No aplica	No aplica







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

FLUJOGRAMA:

