

MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES
Y ASEGURAMIENTO EN SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
JOSE CASIMIRO ULLOA

Nº 123 -2022-DG-HEJCU



Resolución Directoral

Miraflores, 10 de Mayo de 2022.

VISTO:

El Expediente Nº 22-004887-001 que contiene el Informe Nº 050-2022-OGC-HEJCU emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe Nº 044-2022-OEPP-HEJCU emitido por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, quien, a su vez remite la Nota Informativa Nº 024-2022-EOM-OEPP-HEJCU emitido por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina y el Informe Nº 083-2022-OAJ-HEJCU de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, con Resolución Ministerial Nº 826-2021-MINSA se aprobó el documento denominado: Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Dicho dispositivo legal establece que documento normativo es todo documento aprobado por el Ministerio de Salud que tiene información sobre aspectos técnicos sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos relacionados al sector salud; señalando que estos pueden ser: (i) Norma Técnica de Salud, (ii) Directiva, (iii) Guía Técnica y (iv) Documento Técnico.

Que, el numeral 8.2 del precitado documento establece que los titulares de los hospitales solo pueden aprobar documentos normativos de carácter interno, como son directivas, guías técnicas y documentos técnicos no pudiendo contravenir o desnaturalizar en ningún caso lo normado por la Autoridad Nacional de Salud. Asimismo, el numeral 8.8 señala que la citada norma sirve de referencia para la formulación normativa de otras entidades de los diferentes niveles de gobierno o de los diferentes subsectores de salud.

En ese sentido, siendo que el precitado documento sirve de referencia para la elaboración y aprobación de documentos normativos internos de este hospital corresponde señalar que el numeral 5.6 establece que el expediente de un documento normativo debe contener como mínimo: (i) proyecto de documento normativo, (ii) informe técnico sustentatorio del órgano proponente, (iii) opiniones técnicas de todos los órganos involucrados con la propuesta y (iv) antecedentes del proyecto propuesto (p.e. actas, estudios, validaciones, etc.).

Que, el literal e) del artículo 17 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad tiene como uno de sus objetivos funcionales asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud, así como en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.



Con base a lo señalado, mediante Informe N° 050-2022-OGC-HEJCU, de fecha 20 de abril de 2022, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite, debidamente visado, el documento de la Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, cuya finalidad es estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales en la institución, para la aprobación a través de resolución directoral.

Que, la citada Directiva tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las Guías de Procedimientos Asistenciales en la Institución, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales del Ministerio de Salud, contribuyendo y garantizando una atención de calidad, y ofreciendo el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe N° 044-2022-OEPP-HEJCU, de fecha 28 de abril de 2022, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite la Nota Informativa N° 024-2022-OEM-OEPP-HEJCU emitido por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización, quien emite opinión técnica favorable respecto de la estructura de la Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe N° 083-2022-OAJ-HEJCU, de fecha 04 de mayo de 2022, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica informa que el expediente que contiene el precitado documento cumple con los requisitos mínimos legales para su aprobación; por lo que, emite opinión legal favorable; por lo que, recomienda continuar con el trámite correspondiente.

Que, estando a lo señalado en los párrafos precedentes y 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.

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 con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, la Resolución Ministerial N° 1040-2019/MINSA, la Resolución Viceministerial N°001-2020-SA/DVMPAS y la Resolución Viceministerial N°003-2021-SA/DVMPAS

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la actualización de la Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, la misma que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la directiva aprobada.

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

ARTÍCULO 3.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase

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

LJPE/SEEV/MRIA/LCD/smes

Distribución:

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



HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”



Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales

V.02

2022

DIRECTIVA SANITARIA N° -HEJCU/2022/OGC

Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”

I. FINALIDAD

Estandarizar la elaboración de las Guías de Procedimientos Asistenciales en la Institución, contribuyendo y garantizando una atención de calidad y seguridad de las atenciones de salud, y ofreciendo el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

II. OBJETIVOS

Establecer el marco normativo para la elaboración de las Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

2.1 Objetivo General. - Establecer los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, aprobación, implementación y cumplimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Establecer los mecanismos de coordinación y articulación para la formulación, aprobación, implementación y cumplimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales.

2.2.2. Estandarizar los documentos normativos en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” en el marco de la Simplificación Administrativa y Modernización de la Gestión Pública.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento normativo es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los Departamentos y Servicios Asistenciales en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.



- Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba el documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA".
- DS N° 013-2006-SA que aprueba Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas

Calidad de Atención: Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud en el proceso de atención y que cumplen las mejores prácticas y estándares desde el punto de vista técnico, humano y del entorno, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

Directiva: Es el documento normativo (DN) con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas y que obedecen a una norma legal o reglamentaria de carácter general o de una norma técnica de Salud (NTS). Su aplicación es de carácter permanente y de cumplimiento obligatorio.

Directiva Administrativa.- Cuando están dirigidas a temas de ámbito administrativo.

Directiva Sanitaria.- Cuando están dirigidas a temas de ámbito sanitario.

Documento Normativo (DN) : Es todo aquel documento aprobado por el máximo superior jerárquico de la Institución en el marco de la rectoría del Ministerio de Salud , que tiene por finalidad transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito de la Institución.

Estandarización: Es el proceso mediante el cual se adaptan características a un estándar, con el objetivo que estos se asemejen a un modelo que se considera de referencia.



Guía de Procedimiento: Documento normativo en el que se define por escrito y de manera detallada el manejo de un problema clínico y/o quirúrgico, en ella se establecen técnicas, metodologías, instrucciones e indicaciones que permite al personal seguir un determinado recorrido.

Órgano proponente: Es el responsable de elaborar la propuesta del documento normativo.

Procedimiento Asistencial: Prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal profesional asistencial de los establecimientos de salud.

- 5.2** El órgano proponente es el responsable y encargado de elaborar el proyecto o anteproyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial.
- 5.3.** La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de dar asesoría técnica para la formulación de la GPA, emitiendo el informe aprobatorio que será elevado a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto para la opinión correspondiente.
- 5.4** La elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales comprende cuatro fases: Formulación, Aprobación, Implementación y Cumplimiento.
- Fase de Formulación. - Comprende la elaboración del documento normativo, identificando los procedimientos a estandarizar.
 - Fase de Aprobación. -Es la etapa en la cual, la Oficina de Asesoría Jurídica, eleva a la Dirección General el proyecto de Acto Resolutivo de aprobación para la aprobación correspondiente.
 - Fase de Implementación. - Es la etapa de difusión para la implementación de las actividades planteadas en la Guía de Procedimiento Asistencial, según los responsables asignados, estando a cargo de cada Jefe del órgano/ servicio proponente.
 - Fase de Cumplimiento. - Constituye la etapa donde se verifica la adherencia al cumplimiento de lo indicado en la Guía de Procedimiento Asistencial, el responsable de la Evaluación es la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 5.5** Todas las Guías de Procedimientos Asistenciales deben tener la opinión favorable del Equipo de Organización y Modernización de la Oficina



Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto. Así también de los Órganos involucrados en el Procedimiento.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Conformación de Equipo Técnico:

La composición del equipo técnico responsable de la elaboración de las GPA depende de la naturaleza de cada guía se considera que el equipo debe ser de preferencia multidisciplinario, en donde se vean reflejados todos los intereses y opiniones de los involucrados en el tema a desarrollar. Las características ideales de los integrantes del grupo de trabajo son:

- Profesionales especialistas o expertos en el tema a desarrollar.
- De preferencia con experiencia previa en el desarrollo de GPA.

6.2 Desarrollo y Redacción:

La estructura de la Guía de Procedimiento asistencial deberá cumplir los siguientes parámetros.

Deberá presentarse en versión impresa original en 03 juegos debidamente visados por los órganos involucrados y según detalle a continuación:

- Papel bond de color blanco, 80 g., con márgenes de 3 cm por lado (superior, inferior, izquierdo y derecho).
- Letra tipo Arial 11 negritas para títulos y subtítulos; letra tipo Arial 10 normal para los párrafos del texto, espaciado anterior y superior: 6 pto. interlineado sencillo.
- Cada hoja es numerada en arábigos al pie de la página, extremo derecho de manera correlativa, con tipo Arial 08 normal. La numeración inicia en la primera hoja del documento normativo.
- La numeración se inicia en la primera hoja del texto de la GPA.
- Cada hoja de la GPA lleva como encabezado el nombre completo de la misma. Debe escribirse en tipo de Arial Narrow 9 negritas. Espaciado anterior y superior: 0 pto., interlineado sencillo y centrado.
- Sobre esta versión impresa se registran los sellos y el visto bueno de las instancias correspondientes, en orden de jerarquía, de abajo a arriba, en el margen izquierdo de cada hoja.
- Los anexos llevan título y se expresan en número arábigos iniciando en el "01". Su mención y título se escribe en formato centrado, en letra mayúscula y negrita. En caso exista un único anexo no se enumera.



- Solo deben incluirse los anexos que son indispensables, debidamente numerados para facilitar su identificación, y todos deben ser invocados específicamente en el texto principal con lo que se justifica su incorporación.

6.3 Revisión Bibliográfica:

Comprende la recopilación de información y análisis de la bibliografía relevante que permita el abordaje integral del problema, es decir desde los aspectos conceptuales, epidemiológicos considerando aspectos de la evaluación económica.

Para la búsqueda de evidencias se utilizará la metodología de la Medicina Basada en Evidencias. Es posible que en la revisión de la literatura se encuentren guías de procedimientos asistenciales preexistentes que podrían tomarse como modelo y adecuarse. Sólo se aceptará como bibliografía válida a aquella que sea menor de 10 años de antigüedad.

Solo se incluyen las referencias de internet de páginas formales y reconocidas internacionalmente.

6.4 FASE 01: FORMULACIÓN

a) Está a cargo del órgano proponente de la GPA, se inicia con la identificación del procedimiento a estandarizar.

b) El órgano proponente es el responsable de elaborar los contenidos del documento normativo, incluyendo las consideraciones generales, específicas y recomendaciones, tomando en consideración la convocatoria de equipo multidisciplinario para para el diseño y ejecución de la GPA.

6.4.1 Estructura de una Guía de Procedimientos Asistenciales

Las Guías de Procedimientos Asistenciales se debe elaborar de acuerdo a la estructura dispuesta en la presente directiva administrativa, detallada en el Anexo 1, cuyos contenidos son:

1. **Título:** Es precedido por la Denominación genérica Guía Técnica: Guía de Procedimiento Asistencial.
2. **Índice**
3. **Finalidad:** Describe el efecto que se espera alcanzar con la aplicación de los contenidos de la GPA.



4. **Objetivos:** Describe los logros que se espera alcanzar con la ejecución de la GPA. Considerar de ser necesario:
 - **Objetivo General y Objetivos Específicos**
5. **Ámbito de Aplicación:** Define a quienes está dirigido y donde debe aplicarse.
6. **Nombre del proceso o procedimiento a estandarizar:** Identifica con precisión el procedimiento a estandarizar.
7. **Consideraciones Generales** Señala los aspectos que son necesarios precisar para un mejor entendimiento aplicación de la Guía de Procedimiento Asistencial. Puede incluir entre otros:
 - Definiciones operativas
 - Glosario de términos
 - Conceptos básicos, requisitos
 - Requerimientos básicos (Recursos humanos, Materiales, equipos entre otros)
 - Indicaciones
 - Contraindicaciones
8. **Consideraciones Específicas** Señala los aspectos que, siendo particulares o singulares pueden presentarse y deben ser considerados para asegurar el cumplimiento del objetivo de la Guía de Procedimientos Asistenciales
Incluye de ser el caso:
 - Descripción detallada del Procedimiento. Es la descripción sistemática de cada paso del procedimiento a estandarizar.
 - Complicaciones: Establecer acciones a realizar cuando se presenten las complicaciones más importantes o más frecuentes.
 - Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento: Especificar claramente el nivel de atención donde el procedimiento debe ser efectuado.
 - Flujograma/ algoritmo: Diagrama de flujo que establezca gráficamente los pasos a seguir desde la necesidad de realizar el procedimiento asistencial hasta el final del procedimiento. (Expresión gráfica del procedimiento descrito con fines de una comprensión fácil.
9. **Recomendaciones.** Resaltan aspectos críticos necesarios para la adecuada aplicación y cumplimiento de la GPA.
 - Responsabilidades
10. **Anexos.** Información adicional que complementa el contenido y metodología del procedimiento asistencial. Aquellos elementos que detallan



aspecto que solo han sido citados en el texto de la Guía Asistencial y que conviene que sean ampliados. Puede incluir gráficos, Flujogramas, Tablas, entre otros.

11. Bibliografía. Actualizadas que confirman Relación de referencias bibliográficas que confirman y sustentan los conceptos y definiciones mencionados en el desarrollo de la Guía Asistencial.

Las citas que se consideren serán incluidas siguiendo las disposiciones internacionales sobre referencias bibliográficas.

6.5 FASE 02: APROBACIÓN

a) Es la etapa en la cual el órgano proponente, una vez elaborado el proyecto de la GPA valida la propuesta con los diferentes Departamentos y/o servicios involucrados en la ejecución de la Guía Asistencial.

b) La Oficina de Gestión de la Calidad, revisará el anteproyecto de la Guía de Procedimientos Asistenciales y emitirá la conformidad técnica correspondiente.

c) La Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto a través del Equipo de Organización y Modernización, realizará la revisión y el informe técnico administrativo respecto a la estructura del documento normativo, posteriormente pasará a la Oficina de Asesoría Jurídica, quien elaborará el proyecto de Resolución Directoral.

d) La Dirección General aprobará el documento mediante la Resolución Directoral correspondiente.

6.6 FASE 03: IMPLEMENTACIÓN

a) Fase de Implementación implica el desarrollo de todas las actividades plasmadas en la GPA de acuerdo a las responsabilidades de los diferentes órganos involucrados.

b) Previa a la implementación de la GPA, se realiza la socialización a través de medios virtuales y presenciales de la institución. La implementación de la GPA es de estricta responsabilidad del órgano proponente.

6.7 FASE 04: CUMPLIMIENTO

a) La evaluación es un proceso que consiste en la verificación mediante el check list del cumplimiento de lo indicado en la Guía de Procedimientos Asistenciales.



- b) En esta fase se realiza observaciones y propuestas de medidas correctivas de ser necesario.

VII. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad supervisará el cumplimiento de los parámetros establecidos para la formulación de las Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto es responsable del cumplimiento de la estructura del documento normativo.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- a) El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, será el encargado de brindar asistencia técnica para el cumplimiento de la presente Directiva.
- b) **Difusión y publicaciones:** Una vez aprobada la GPA, se procederá su publicación en el portal Web institucional y difusión a las unidades orgánicas.
- c) **Revisión y actualización:** En forma general se recomienda que las actualizaciones se lleven a cabo con una periodicidad de tres años, en ningún caso debe ser mayor de 5 años.

IX. ANEXOS

Anexo 01: Estructura de una Guía de Procedimiento Asistencial

Anexo 02: Flujograma de presentación de GPA

Anexo 03: Check list para verificación de cumplimiento de adherencia a la GPA.



Anexo 01

ESTRUCTURA DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

TITULO	
Guía de Procedimiento Asistencial: XXXXXXXXX	
INDICE	
I.	FINALIDAD
II.	OBJETIVOS
	2.1 Objetivo General
	2.2 Objetivos Especificos
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN
IV.	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR
V.	CONSIDERACIONES GENERALES
	5.1 Definiciones Operativas
	5.2 Glosario de términos
	5.3 Conceptos básicos, requisitos: consentimiento informado
	5.4 Requerimientos básicos, recursos humanos, Materiales, equipos, entre otros
	5.5 Indicaciones
	5.6 Contraindicaciones
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
	6.1 Descripción detallada del Procedimiento
	6.2 Complicaciones
	6.3 Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento
	6.4 Flujograma/algoritmo
VII.	RECOMENDACIONES
	7.1 Responsabilidades
VIII.	ANEXOS
	Anexo 01 Estructura de una Guía de Procedimientos Asistenciales
	Anexo 02 Flujograma de una GPA
	Anexo 03 Check list para verificación de cumplimiento de adherencia a la GPA
IX.	BIBLIOGRAFÍA (OPCIONAL)



ANEXO 02: FLUJOGRAMA

