

Como.

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS  
DE SALUD LIMA CENTRO  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSE CASIMIRO ULLOA"**

**Nº/07. -2019-DG-HEJCU**



# Resolución Directoral

Miraflores, 29 de Abril de 2019.

**VISTO:**

El Expediente Nº 19-006018-001 que contiene el Informe Nº 049-2019-OGC-HEJCU elaborado por Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Nº 067-2019-OEPP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto que remite el Informe Nº 026-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por el Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Ley Nº 26842 - Ley General de la Salud, se establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla. Del mismo modo establece 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, los mismos que se establecen en el reglamento de la citada ley y en los reglamentos orgánicos subsecuentes.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre de 2016, se aprobó la norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes, del mismo modo establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud, y a sus órganos desconcentrados, una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, cuyo artículo 17º 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 al paciente, con la participación activa del personal; y tiene como funciones, entre otras, implementar las estrategias metodológicas e instrumentos de calidad y mejora continua en los servicios; así como, la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.



En ese sentido, mediante Informe N° 049-2019-OGC-HEJCU, de fecha 15 de abril de 2019, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto del Manual de Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud, para su revisión y posterior aprobación mediante acto resolutivo.

Que, el proyecto del Manual de Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa tiene por finalidad, entre otros, normar y estandarizar la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos realizados en la Oficina de Gestión de la Calidad, detallando sus actividades y flujos.

Que, el manual de procesos y procedimientos es un documento de gestión institucional descriptiva, sistemático de carácter instructivo que detalla la secuencia de acciones a seguir por los trabajadores de las unidades orgánicas, a efectos de lograr los objetivos funcionales y estratégicos establecidos en el Plan Estratégico, el Reglamento de Organización y Funciones y los correspondientes manuales de organización y funciones de la institución.

Que, mediante Informe N° 067-2019-OEPP-HEJCU, de fecha 23 de abril de 2019, el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 026-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina mediante el cual emite opinión favorable respecto a la estructura del Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, lo descrito en los párrafos precedentes permite la aprobación del Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo 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 por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1364-2018/MINSA.

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

#### **SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1.- APROBAR** el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo 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 del citado manual.

**ARTICULO 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](http://www.hejcu.gob.pe)).

***Regístrese, comuníquese y cúmplase***

EEGY/SEV/JCCF/LCD/JP

**Distribución:**

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

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA  
Director General  
CMP. 32677 RNE. 17560



# HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN  
SALUD

RUBRO	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORACIÓN			12/04/2019
REVISIÓN			

## CONTENIDO

### SIGLAS Y DEFINICIONES

### INTRODUCCION

#### CAPÍTULO I

OBJETIVO..... 05

#### CAPÍTULO II

ALCANCE..... 05

#### CAPÍTULO III

- INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.....06
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°  
01..... 07
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N.º  
02.....09
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N.º  
03..... 11
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N.º  
04..... 13
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N.º  
05..... 15
- FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N.º  
06..... 19



## SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLA O TERMINO	DEFINICIÓN
OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
PAUS	Plataforma de Atención al Usuario
EMCC	Equipo de Mejora Continua de la Calidad
PMCC	Proyecto de Mejora Continua de la Calidad



 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)</b> <b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Código:
		Versión:
		Página: 4

## INTRODUCCION

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 Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, “Metodología para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública” con la finalidad que las Instituciones Públicas alineen sus organizaciones funcionales a organizaciones por procesos.

El Manual de Procesos y Procedimientos, es el documento técnico que permite la alineación con los Macro procesos institucionales, con el fin de asegurar la integración entre las actividades que la conforman.

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” en concordancia y cumplimiento a la Política en mención es que se alinea a una organización por procesos que permita otorgar servicios acorde a las necesidades del ciudadano.

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 Resolución Ministerial N°767-2006/MINSA, 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.

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.



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)</b> <b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Código:
		Versión:
		Página: 5

## CAPÍTULO I

### I. OBJETIVOS

El Manual de 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.

## CAPITULO II

### II. 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.



## CAPÍTULO III

### I. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO DE NIVEL 0	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Gestión de Reclamos	PR.OGC.PE001
	Asistencia Técnica	PR.OGC.PE002
	Trámite de Proyectos de Mejora Continua De La Calidad	PR.OGC.PE003
	Auditoría de Caso	PR.OGC.PE004
	Registro y Notificación de Eventos Adversos	PR.OGC.PE005
	Auditoria de Registro de Historias Clínicas	PR.OGC.PE006



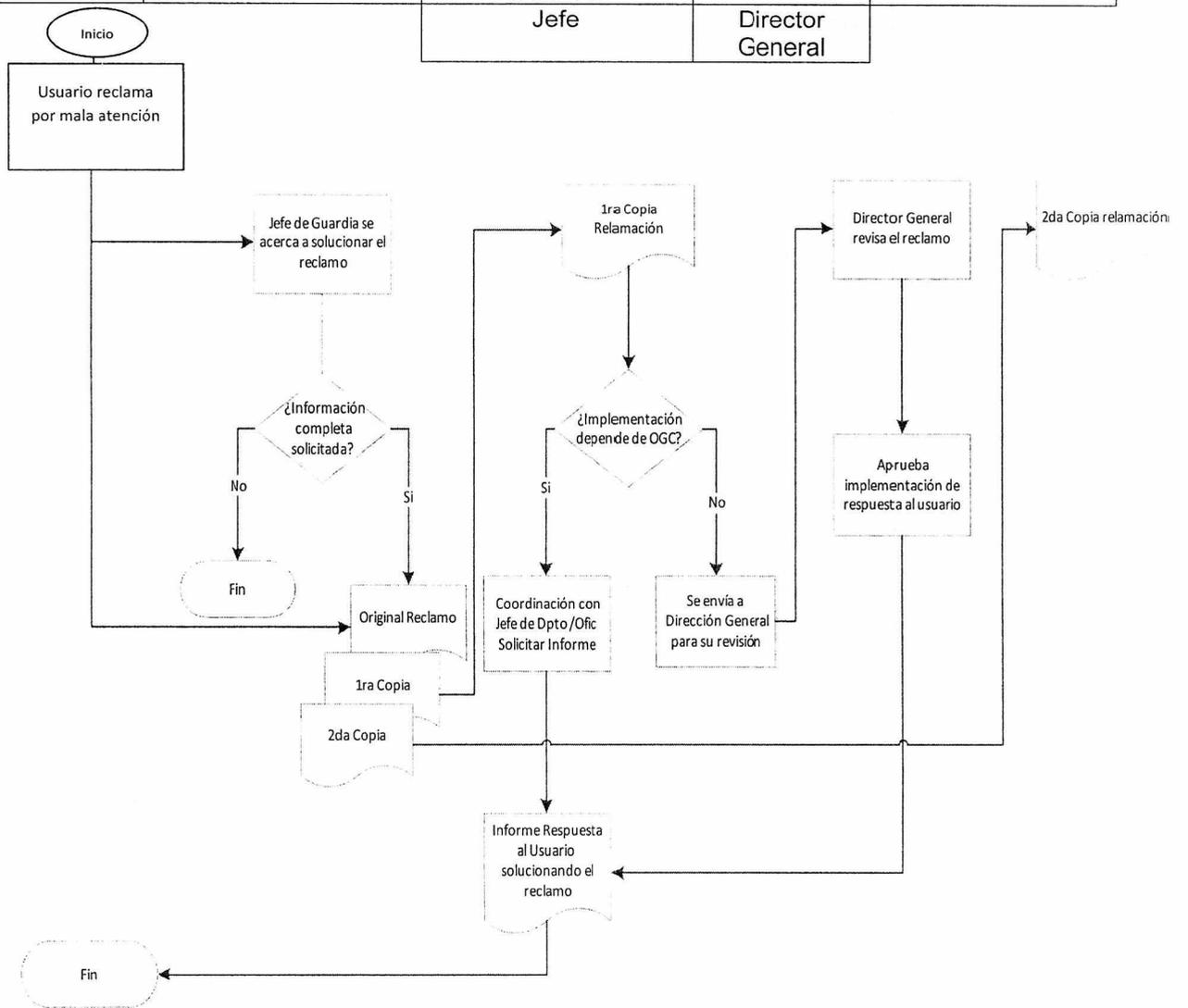
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)</b> <b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Código:
		Versión:
		Página: 7

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
GESTION DE RECLAMOS		PR.OGC.PE001			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD				
OBJETIVO	Normar e implementar el ejercicio de reclamo del (los) usuario (s), del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"				
ALCANCE	A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital				
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. R.M N° 767-2006/MINSA.</li> <li>Manual de Organización de Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa R.D. N° 295-2017-DG-HEJCU del 9 de noviembre del 2017.</li> <li>D.S. N° 011-2011-PCM que aprueba el reglamento del Libro de Reclamaciones.</li> <li>D.S. N°042-2011 "Obligaciones de las entidades del sector público de contar con un Libro de Reclamaciones.</li> </ul>				
RESPONSABLE	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
1	Usuario emite el reclamo	Reclamo escrito en libro de reclamaciones	30 min	Usuario externo	OGC
2	Se atiende el reclamo	Atención del reclamo	30 min	Personal de PAUS Jefe de guardia.	OGC
3	Se recaban los formatos de reclamos y se inicia investigación correspondiente. Se solicita informes correspondientes a Jefaturas	Registro e informe de jefaturas	24 horas	Jefes de Departamento u oficinas	OGC
4	Se implementan mejoras y se remite respuesta al reclamo presentado	Se emite respuesta al usuario	No mayor a 30 días	Responsable del Libro de Reclamaciones	OGC
5	Se emite Informe a Dirección General para implementación y revisión según corresponda.	Medidas correctivas. Respuesta al usuario aprobada	12 horas	Dirección General	OGC OCI
OTROS					
REGISTROS:	Formato de Libro de Reclamaciones				
ANEXOS :	Flujograma				



### FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE GESTION DE RECLAMOS

USUARIO/ EXTERNO	JEFE DE GUARDIA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL	SUSALUD
		Jefe	Director General	

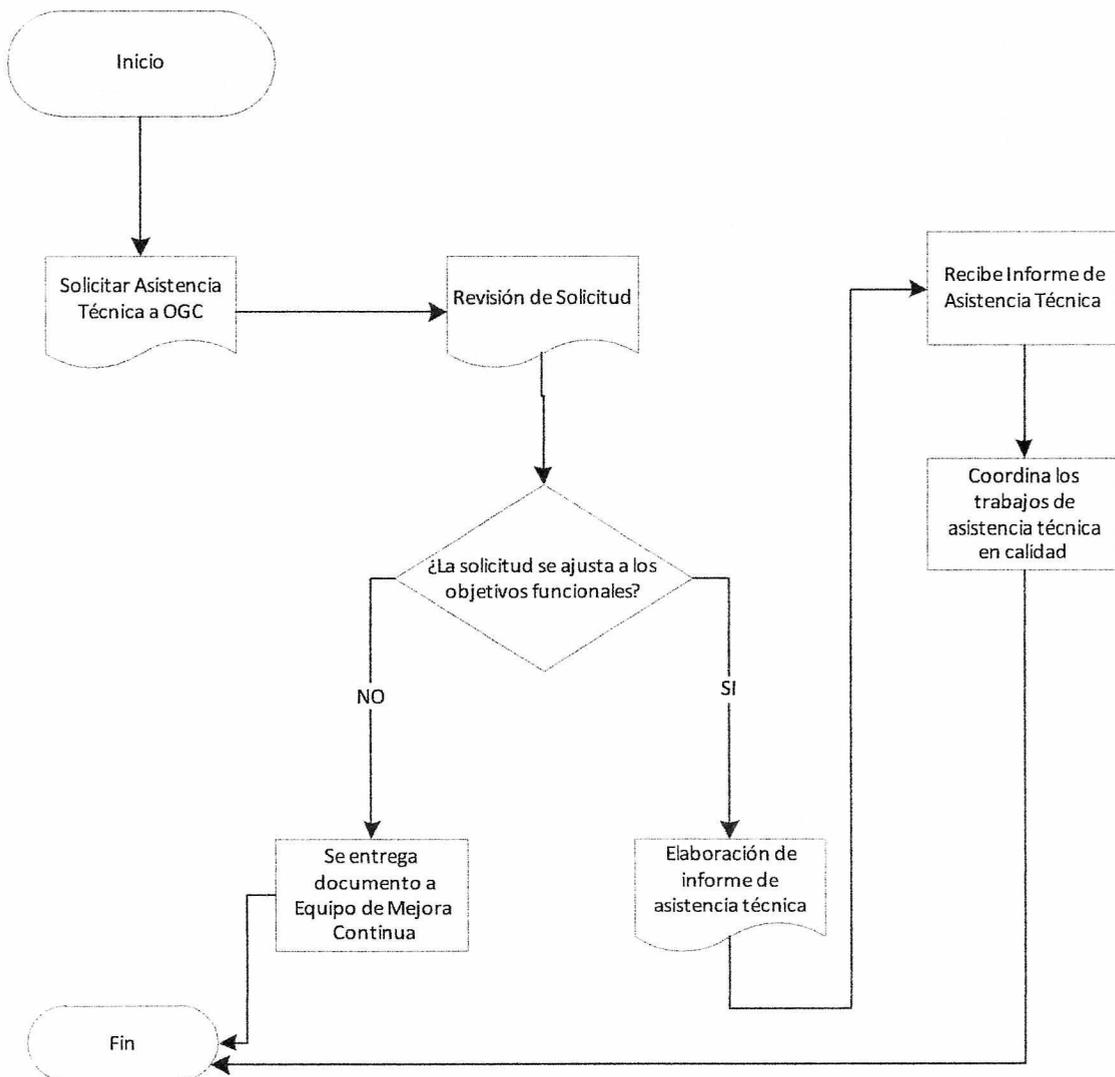


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
<b>ASISTENCIA TÉCNICA DE LA OGC</b>		<b>PR. OGC. PE002</b>			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE LA CALIDAD				
<b>OBJETIVO</b>	Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios del hospital.				
<b>ALCANCE</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>MARCO LEGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Organización de Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa R.D. N° 295-2017-DG-HEJCU del 9 de noviembre del 2017.</li> </ul>				
<b>RESPONSABLE</b>	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud y jefes de Departamentos				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
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	1 hora	UPSS interesada en asistencia técnica	OGC
2	La Oficina de Gestión de la Calidad revisa la solicitud y verifica concordancia.	_____	2 horas	OGC.	OGC
	2.a Si los objetivos no están relacionados, OGC devuelve solicitud al equipo de mejora continua	Solicitud de asistencia Técnica	1 hora	OGC	OGC
	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	2 horas	OGC	OGC
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	2 días	UPSS interesada	OGC
OTROS					
<b>REGISTROS:</b>					
<b>ANEXOS :</b> Flujograma					



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DEPARTAMENTOS
Jefes de Departamentos	Jefe	Jefes de Departamentos



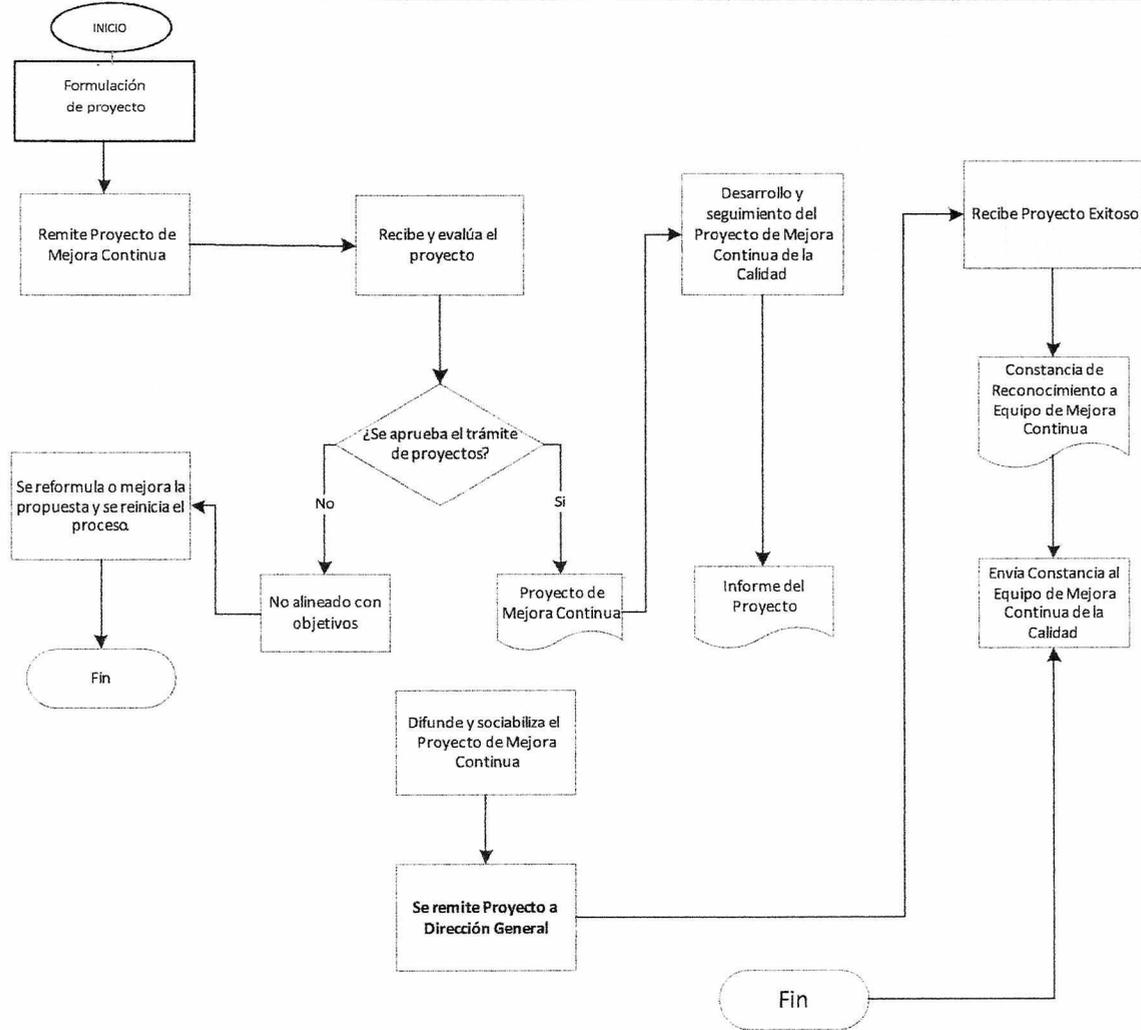
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)</b> <b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Código:
		Versión:
		Página: 11

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
<b>TRAMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD</b>		PR. OGC. PE003			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE LA CALIDAD				
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del hospital				
<b>ALCANCE</b>	A los Órganos de apoyo y de línea del Hospital				
<b>MARCO LEGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. R.M N° 767-2006/MINSA.</li> <li>Manual de Organización de Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa R.D. N° 295-2017-DG-HEJCU del 9 de noviembre del 2017.</li> <li>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</li> </ul>				
<b>RESPONSABLE</b>	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud y jefes de Departamentos				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
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	1 mes	Dpto. o servicio interesado	OGC
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	2 días	OGC	OGC
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	UPSS interesada	OGC
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	1 mes	Departamento o Servicio	OGC
5	La OGC recibe, socializa, difunde y deriva informe de PMCC a la Dirección General.	Informe de PMCC	OGC		OGC
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	1 mes	DG	OGC
OTROS					
<b>REGISTROS:</b>	Ninguno				
<b>ANEXOS :</b>	Flujograma				



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD**

DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	DIRECCIÓN GENERAL
Jefes de Departamentos	Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad	Jefes de Departamentos	Director General



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
<b>AUDITORIA DE CASO</b>		PR. OGC. PE004			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE LA CALIDAD				
<b>OBJETIVO</b>	Desplegar procesos para la mejora continua de la Calidad de Atención en los servicios asistenciales del HEJCU				
<b>ALCANCE</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital				
<b>MARCO LEGAL</b>	R.M. 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoría de Calidad de atención en salud.				
<b>RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
1	Usuario externo emite petición de Auditoria de Caso	Solicitud de Auditoria de Caso	1 día	Usuario Externo	OGC
2	Dirección General y área de transparencia solicitan Auditoria de Caso al Comité de Auditoria	Solicitud de Auditoria	1 día	Dirección General y Transparencia	OGC
3	La OGC realiza el análisis de la solicitud y determina la auditoria de caso al Comité de Auditoria	Solicitud de Auditoria	2 días	UPSS interesada	OGC
4	Comité de Auditoria recibe solicitud de Auditoria de caso	Cronograma de Auditoria de Caso	1 día	Comité de Auditoria	OGC
5	Comité de Auditoria de Caso ejecuta Auditoria	Reunión de Comité de Auditoria	2 días	Comité de Auditoria	OGC
6	Comité de Auditoria elabora informe final y lo eleva a la OGC	Informe final de Auditoria de Caso	2 días	Comité de Auditoria	OGC
7	OGC evalúa informe final de Auditoria de Caso y lo eleva a la Dirección General	Informe de Auditoria	1 día	OGC	OGC
8	Dirección General evalúa el informe final y dispone recomendaciones al área correspondiente	Recomendaciones del área correspondiente	1 día	Dirección General	OGC
9	Area auditada recibe e implementa recomendaciones y elabora informe de implementaciones	Informe de implementaciones	1 mes	Area Auditada	OGC
10	OGC realiza el seguimiento de las implementaciones	Informe de seguimiento de			

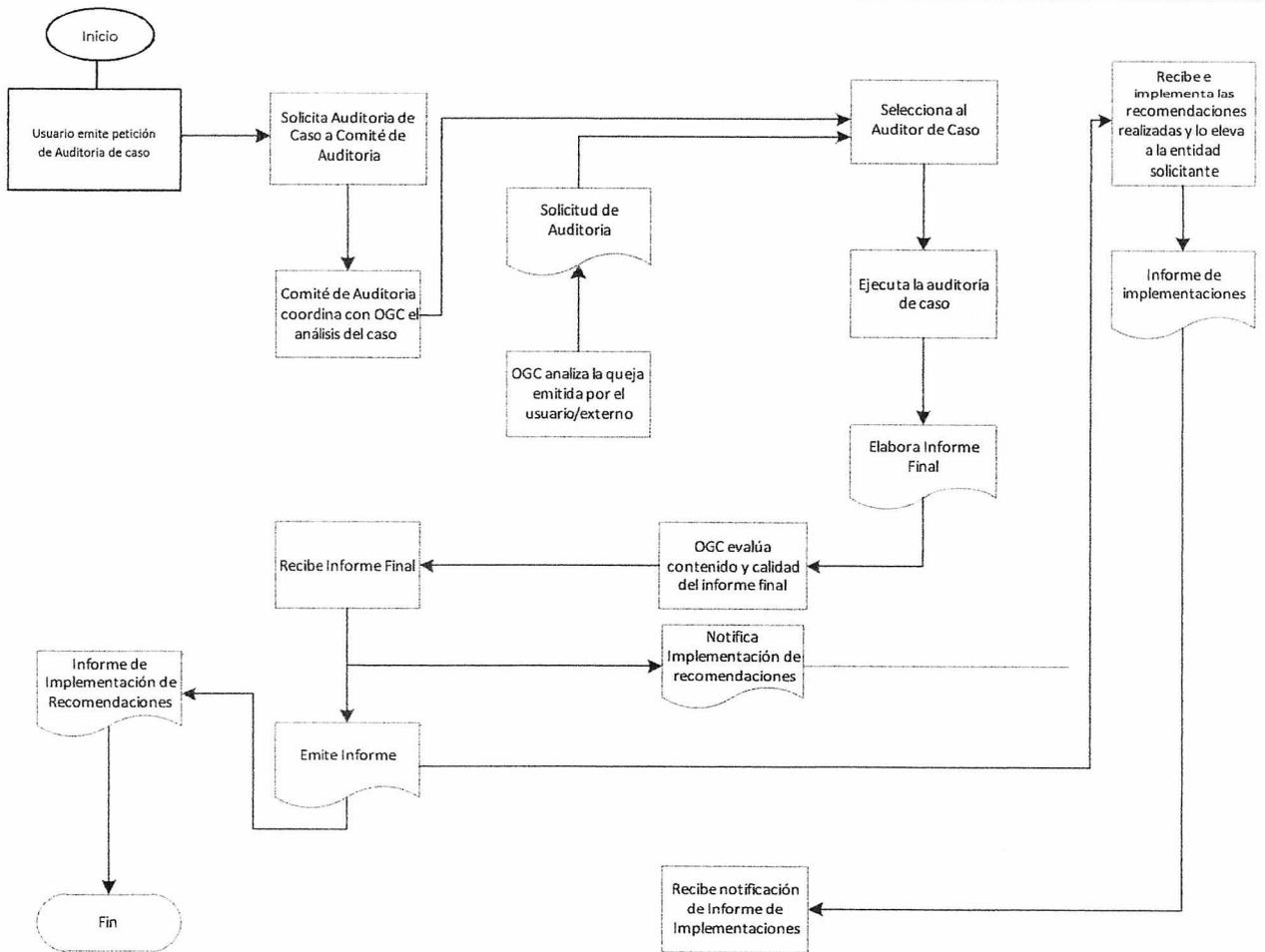


		las implementaciones	1 mes	OGC	OGC
<b>11</b>	Dirección General recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior del solicitante	Documento de envío de Informe de implementación de recomendaciones	1 día	Dirección General	OGC
<b>OTROS REGISTROS:</b>					
<b>ANEXOS</b>	:	Flujograma			



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE CASO**

ENTIDAD O USUARIO SOLICITANTE	DIRECCIÓN GENERAL	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	COMITÉ DE AUDITORÍA	ÁREA AUDITADA
ENTIDAD / USUARIO	Director	Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad	Jefes de Departamento	Encargado



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
<b>REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS</b>		PR. OGC. M 005			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE LA CALIDAD				
<b>OBJETIVO</b>	Contar con un Sistema de Registro, notificación, reporte y reducción de Eventos Adversos en el HEJCU				
<b>ALCANCE</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital				
<b>MARCO LEGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N°519-2006/MINSA</li> <li>Directiva N° 007 – MINSA/OGPE – V.02 “Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional” aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA</li> </ul>				
<b>RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
01	Área correspondiente reporta evento adverso mediante ficha de seguridad del paciente	Ficha de Seguridad del Paciente	1 día	Área correspondiente	OGC
02	Persona responsable reporta el evento adverso inmediatamente al servicio correspondiente	Ficha de Seguridad del Paciente	1 día	Area correspondiente	OGC
03	Impactos 1 y 2 se notifican a OGC	Ficha de Seguridad del Paciente	1 mes	Epidemiología	OGC
04	OGC coordina con jefes de Servicio, Dpto., comités y DG la gestión del Evento Adverso	Documentos de Coordinación	1 semana	OGC	OGC
05	Se registra la información de la ficha de Notificación para seguridad del Paciente en la base de datos	Base de datos actualizada	1 día	OGC	OGC
06	Evaluación y elaboración de informe de gestión de Evento Adverso	Informe global de eventos Adversos	3 días	OGC	OGC
07	OGC realiza recomendación de Servicios y Departamentos involucrados para difusión de hallazgo y establecer estrategias de solución	Acta de reunión	1 día	OGC	OGC
	Elaboración de informes y	Informes y			



<b>08</b>	proyectos de mejora	proyectos de mejora	2 meses	Áreas involucradas	OGC
<b>09</b>	OGC elabora y remite informe a DG	Informes y proyectos de mejora	1 día	OGC	OGC
<b>10</b>	DG evalúa informe	Informe	1 día	DG	OGC
<b>11</b>	OGC coordina con instancias competencias para implementar el PMC	Documentos de coordinación	1 día	OGC	OGC
<b>12</b>	Implementación de proyecto de mejora para reducir eventos adversos	Proyecto de Mejora	6 meses	Áreas involucradas	OGC

<b>OTROS</b>	
<b>REGISTROS:</b>	Formato de Registro y Notificación de Eventos Adversos
<b>ANEXOS :</b>	Flujograma





PERÚ

Ministerio de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

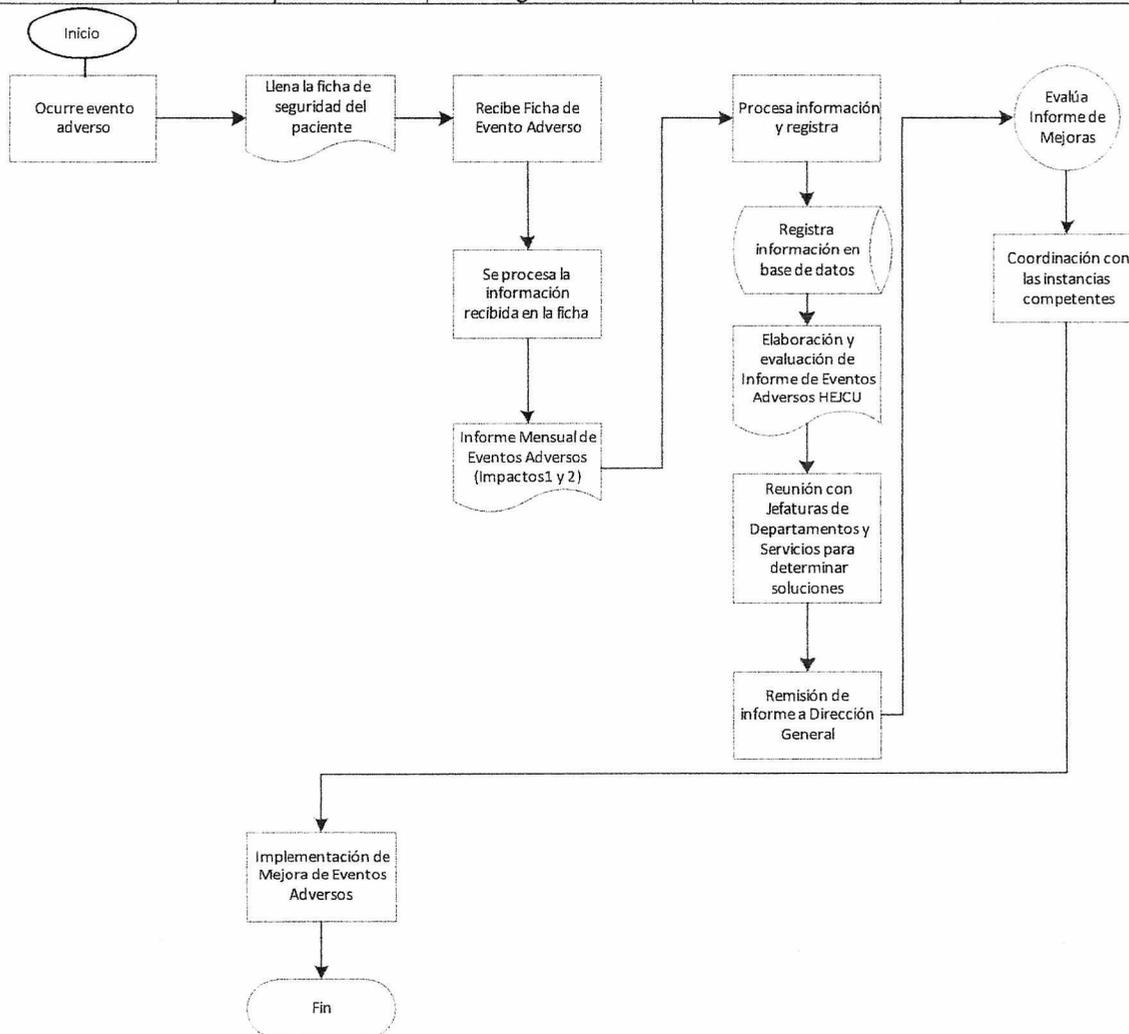
Código:

Versión:

Página: 18

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

USUARIO/ EXTERNO	RESPONSABLE DEL SERVICIO	EPIDEMIOLOGÍA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL
	Responsable	Encargado de Área	Jefa de Oficina	Director General



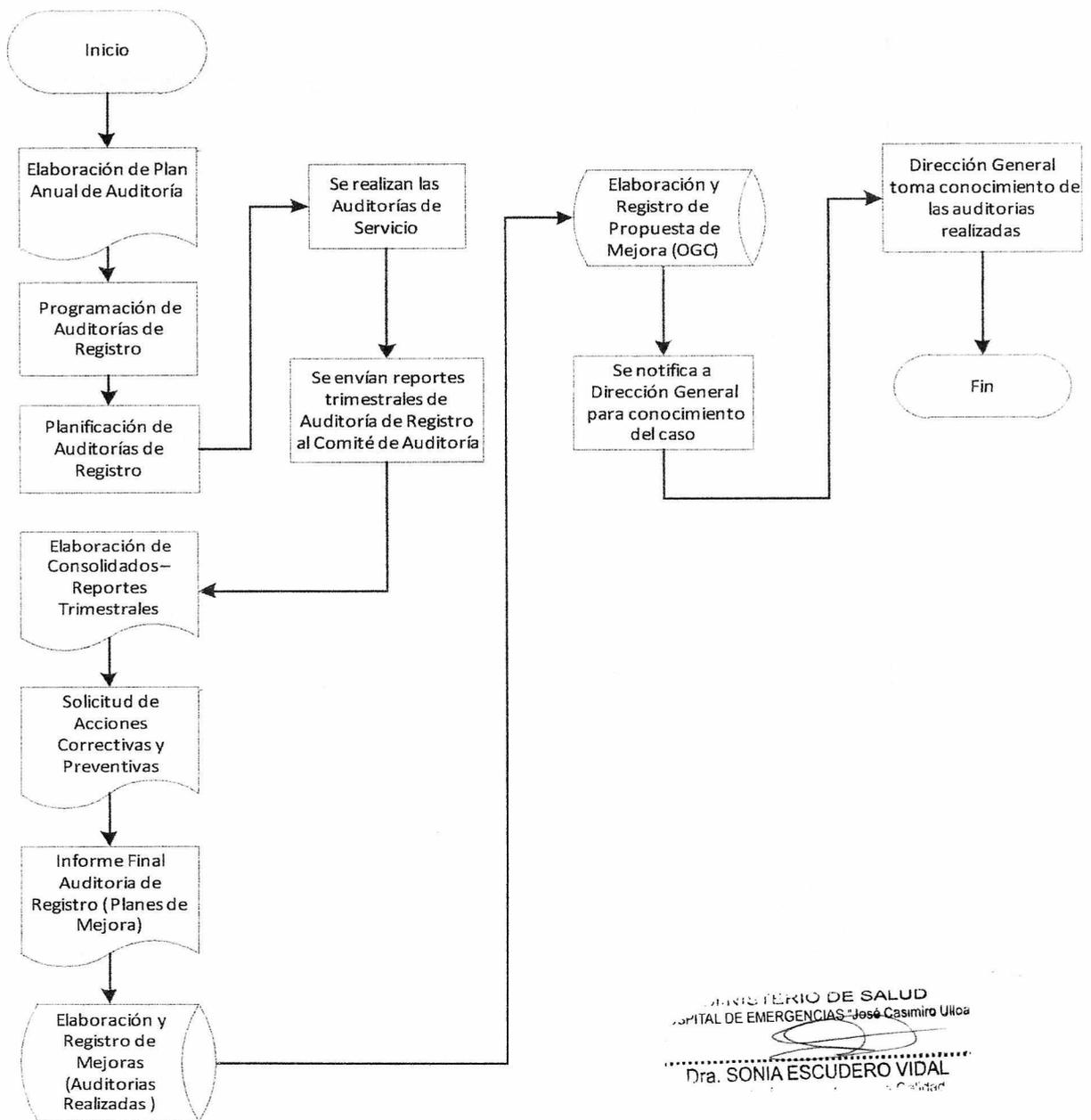
 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)</b> <b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</b>	Código:
		Versión:
		Página: 19

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CÓDIGO			
<b>AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS</b>		PR.OCG. PE006			
<b>PROCESO</b>	GESTION DE LA CALIDAD				
<b>OBJETIVO</b>	Normar e implementar el ejercicio de reclamo de los usuarios del HEJCU				
<b>ALCANCE</b>	A los órganos de Apoyo y de Línea del Hospital				
<b>MARCO LEGAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R.M. 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</li> <li>R.M. 767-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HEJCU.</li> <li>R.M. 676-2006/MINSA aprueba el D.T. "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"</li> </ul>				
<b>RESPONSABLE</b>	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO /UNIDAD ORGÁNICA
01	La OGC elabora el Plan Anual de Auditoria y programación de Auditoria de Registro	Plan Anual de Auditoria y programación	1 semana	OGC	OGC
02	Comité de Auditoria planifica Auditoria	Programación de Auditorias	1 semana	Comité de Auditoria	OGC
03	Comité de Auditoria realiza Auditoria de registro	Informe de Auditoria	1 día	Comité de Auditoria	OGC
04	Comité de Auditoria envía reportes trimestrales de Auditoria de Registro al Comité de Auditoria	Informes trimestrales	1 semana	Comité de Auditoria	OGC
05	Comité de Auditoria elabora consolidado de reportes procedimientos de los servicios y se elabora solicitud	Consolidados solicitudes	1 semana	Comité de Auditoria	OGC
06	Comité de Auditoria elabora solicitud de acciones correctivas y preventivas	Solicitud de acciones correctivas y preventivas	1 día	Comité de Auditoria	OGC
07	Comité de Auditoria eleva informe final a OGC y se registra y se elabora planes de mejora en base a las auditorias	informe final Planes de mejora	1 mes	Comité de Auditoria OGC	OGC
08	OGC registra informe final y elabora propuestas de actividades de mejora	Propuestas de actividades de mejora	1 semana	OGC	OGC
09	OGC informa a DG resultados de auditorias	Informes de Auditorias	1 día	OGC	OGC
<b>REGISTROS:</b>	Formatos de Evaluación de Registros Asistenciales.				
<b>ANEXOS :</b>	Flujograma				



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS**

COMITÉ DE AUDITORÍA	COMITÉ / DEPARTAMENTOS	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL
Jefes de Departamentos	Jefes	Jefe	Director General



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"  
 Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL