



# Resolución Directoral

Miraflores, ...07... de ...Junio... de 2018.

## VISTO:

El Expediente N° 18-007296-001 que contiene el Informe N° 60-2018-OGC-HEJCU emitido por la Oficina de Gestión de Calidad, el Informe N° 020-2018-EOM-OEPP-HEJCU, expedido por el Coordinador del Equipo de Organización y Modernización, y el Informe N° 070-2018-OEPP-HEJCU, emitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

## CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 "Ley General de la Salud", 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 N° 603-2006/MINSA, modificada por las Resoluciones Ministeriales N° 809-2006/MINSA; N° 205-2009/MINSA; N° 317-2009/MINSA y N° 011-2014/MINSA, se aprobó la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02, "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 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 una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; cuyo inciso c) del Artículo 17 establece que la Oficina de Gestión de la Calidad implementa estrategias, metodología e instrumentos de calidad y mejora continua de los servicios;

Que, mediante Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", en el Numeral 4.1.3.4 del Capítulo IV, establece que una de las funciones de la Oficina de Gestión de Calidad es promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal.



Que, el Manual de Procesos y Procedimientos es un documento de gestión institucional descriptivo, sistemático, de carácter instructivo e informático 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, con la finalidad de contar con los documentos de gestión institucional actualizados, que consignen los procesos y procedimientos necesarios para la ejecución de los procesos organizacionales y el cumplimiento de las funciones inherentes, en el marco de los dispositivos legales y administrativos que regulan el funcionamiento de la Institución, la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", ha formulado su "Manual de Procesos y Procedimientos";

Que, es necesario formular instrumentos normativos que regulan las actividades realizadas por los diversos órganos de la administración, en el ejercicio cotidiano de sus funciones, a fin de suprimir obstáculos y debilidades que afecten el debido cumplimiento de las mismas, e incorporar los elementos que contribuyan a una gestión institucional más ágil y moderna.

Que, mediante Informe N° 60-2018-OGC-HEJCU, de fecha 16 de mayo del 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la revisión y aprobación del Manual de Procesos y Procedimiento antes mencionado;

Que, mediante Informe N° 020-2018-EOM-OEPP-HEJCU, expedido por el Coordinador del Equipo de Organización y Modernización, e Informe N° 070-2018-OEPP-HEJCU, emitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, se opina que el proyecto remitido se ha estructurado teniendo en cuenta las normas vigentes respecto a la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud y que por lo tanto no presenta inconsistencias que impidan continuar con el trámite de su aprobación correspondiente, emitiendo su opinión favorable;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales, resulta necesario formalizar la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de citada oficina, mediante la emisión del correspondiente acto resolutivo;

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la jefa de la Oficina de Gestión de Calidad, 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, Resolución Ministerial N° 083-2018-MINSA.

En aplicación de lo establecido en la Ley y el Reglamento, y en uso de las atribuciones y facultades conferidas;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", el mismo de consta de tres capítulos y veintiocho (28) páginas, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR** a la Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, la difusión, supervisión, monitoreo e implementación del presente Manual de Procesos y Procedimientos.

**ARTÍCULO 3°.- DISPONER** a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional.

**Regístrese, comuníquese y cúmplase**

EEGY / JCCF / SEEV / LCD / JCA

Distribución:

- Dirección General
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Gestión de Calidad
- Of. de Asesoría Jurídica
- OGI
- 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 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS- Vs.03

MAYO - 2018

### EQUIPO DE TRABAJO

- ❖ Dra. Sonia Escudero Vidal
- ❖ Dra. Carolina Castilla Montes
- ❖ Sra. María Isabel Cerna Martel
- ❖ Sra. Blanca Gloria Alarcón Díaz
- ❖ Sra. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
- ❖ Srta. Jahayra Aurora Espejo Zúñiga

### Agradecimiento:



Al personal de Consultores en Salud, por su asesoría en la elaboración de este manual.



## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I</b>	
INTRODUCCIÓN.....	04
OBJETIVO Y ALCANCE .....	04
<b>CAPÍTULO II</b>	
BASE LEGAL.....	05
<b>CAPÍTULO III</b>	
PROCEDIMIENTOS.....	06
• INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.....	06
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
01.....	08
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
02.....	11
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
03.....	14
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
04.....	17
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
05.....	20
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
06.....	23
• FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO N°	
07.....	26



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han venido desarrollando diversos esfuerzos por parte del MINSA, para mejorar la calidad en la atención, parte de estas acciones son las relacionadas a establecer las normas y supervisión de los planes de Gestión de la Calidad de cada establecimiento de salud.

Por su parte la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", considera pilar fundamental el desarrollo de una conciencia de calidad en los diferentes componentes de la institución, poniendo énfasis especial en la identificación de los procesos "core" de la Oficina de Gestión de Calidad, como piedra angular del inicio de la transformación, hacia una cultura organizacional de calidad.

En concordancia con esta visión, y dentro de los lineamientos del sector se ha confeccionado el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad, destinado a monitorizar y mejorar las condiciones las actividades desarrolladas por el personal de la Oficina de Gestión de Calidad.

### OBJETIVO Y ALCANCE

En el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, la Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General considerado en el Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, implementándose con el Manual de Organización y Funciones mediante Resolución Direccional N° 295-2017-DG-HEJCU.

#### OBJETIVOS:

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Establecer mejores niveles de eficiencia en el trabajo a desarrollarse en la Oficina de Gestión de la Calidad.
- e) Contribuir a lograr el cumplimiento de todos los Objetivos Funcionales aprobados en el Reglamento de Organización y Funciones de la institución.

#### 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 II


### BASE LEGAL

La creación de la Oficina de Gestión de la Calidad y su ubicación en la estructura del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, se basa en los siguientes términos legales:

- ❖ Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud (Ley y Reglamento).
- ❖ Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- ❖ Ley N° 29344 Ley de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Ley N° 27806 Ley de Transparencia y acceso a la información pública.
- ❖ Ley N° 27815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.
- ❖ Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ❖ Ley N° 29414 Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ❖ Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- ❖ Decreto Supremo 005-90-PCM Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa
- ❖ Resolución Ministerial N° 616-2003 SA/DM, del 30 de mayo de 2003, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
- ❖ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, del 30 de mayo del 2006, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- ❖ Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA Reglamento de Organización y Funciones MINSA.
- ❖ Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA que aprueba la Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de la Calidad en Salud.
- ❖ Resolución Ministerial N° 603-2006/SA/DM que aprueba la directiva N° 007-MINSA/OGPE-V.02: Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional y su modificatoria con la Resolución Ministerial N° 317-2007/MINSA.
- ❖ Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 2007-2009.
- ❖ Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA del 23 de octubre de 2007 que aprueba la Directiva N° 123-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Atención en Salud.
- ❖ Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA del 14 de julio de 2006 que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- ❖ Resolución Ministerial N° 596-2007 del 20 de julio de 2007 que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- ❖ Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD. Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.
- ❖ 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".
- ❖ Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N°030-SA/2016. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- ❖ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRESS-Vs.02 de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- ❖ Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU que aprueba el Manual de Organización y Funciones del HEJCU.



**CAPÍTULO III**  
**PROCEDIMIENTOS**

		<b>INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS</b>			
		Ficha N°	02		
(1) OFICINA/ DIRECCIÓN (2° nivel organizacional)	<b>DIRECCIÓN GENERAL</b>				
(2) OFICINA/ DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)	<b>OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>				
N°	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Producto	Resultado / Producto	Usuario	Base Legal
001	Libro de Reclamaciones	Gestión de Reclamos	Carta al Usuario Externo/ Informe a la DG de reclamos frecuentes /Reclamo Gestionado.	Externo / Interno	ND
002	Solicitud de orientación /acompañamiento	Interposición de Buenos Oficios	Usuario orientado-acompañado-acogido / Informe a la DG de necesidades informativas del Usuario Ext./ Consolidado de IBOS.	Externo	ND
003	Solicitud de Aprobación del Proyecto de Mejora	Asistencia Técnica de la OGC	Informe con resultados de evaluación del Proyecto de PMCC.	Externo	ND
004	Solicitud de Oficialización del Proyecto de Mejora	Trámite de proyectos de mejora continua de la calidad	Memorando con Resolución Directoral de Oficialización del Equipo de Mejora Continua y el PMCC.	Externo	ND
005	Solicitud de Auditoría de Caso/ Calidad de Atención	Auditoría de Caso/ Calidad de Atención	Informe de Auditoría de	Externo/ Interno	ND



			Caso/ Calidad de Atención.		
006	Registro y Notificación de Eventos Adversos	Gestión del Evento Adverso	Reporte de eventos adversos.	Externo/ Interno	ND
007	Evaluación de los Registros Asistenciales	Auditoría de los Registros Asistenciales de la Historia Clínica	Informe de Auditoría de Registros Asistenciales de HC del HEJCU.	Externo/ Interno	ND
FECHA: Mayo- 2018			En la columna Base Legal anotar según corresponda lo siguiente: NG- Si tiene forma general ND- Con Directiva o Norma de Detalle S/N- Sin base legal o Norma		
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR					



		<b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0	
PROCESO		GESTIÓN DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO		Atención al Cliente			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		Gestión de Reclamos		Fecha: Mayo – 2018	
				CÓDIGO: OGC – 001	
PROPÓSITO		Normar e implementar el ejercicio de reclamo del (los) usuario (s), en el 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>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <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.</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> <li>• Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD. Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.</li> <li>• Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Decreto Supremo N°030-SA/2016. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.</li> </ul>			
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>					
INDICADOR		UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Reclamo		Número de Reclamaciones Atendidas	Formato Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</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> <li>• Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD. Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.</li> </ul>					
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>					
<b>INICIO</b>					
1. El usuario emitirá el reclamo escrito en el Libro de Reclamaciones en el área de Admisión/Plataforma de Atención al Usuario-PAUS.					

2. El personal de la PAUS acude en primera instancia a atender el reclamo y coordina con el Jefe de Guardia o personal asistencial.
  - Intenta resolver la situación generadora de insatisfacción y ofrece una alternativa de solución.
  - De insistir el usuario en registrar su reclamo en el Libro de Reclamaciones, el personal de la PAUS deberá orientar al usuario en el correcto llenado del formato.
3. El Responsable del Libro de Reclamaciones de la Oficina de Gestión de Calidad deberá recabar los formatos recibidos durante el horario administrativo, registrar en la base de datos e investigar para lo cual deberá verificar el llenado del formato para declarar: procedente, improcedente, luego solicitará las historias clínicas para declarar si el reclamo es fundado o infundado, posterior a ello deberá remitir al departamento materia del reclamo un memorando para la remisión de su respectivo descargo.
4. En caso de que la implementación dependa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el responsable del área deberá implementar la mejora, registrar la recomendación a implementar, redactar y remitir la respuesta al usuario en un plazo no mayor a 30 días hábiles.
5. En caso de que la implementación dependa de Dirección General, se remite informe al Director General para su implementación y revisión.
  - Si se aprueba la implementación de la recomendación, se derivará al Departamento involucrado para que tome las medidas correspondientes.
  - Si no es aprobada, se derivará a la Oficina de Gestión de la Calidad para su archivamiento.
6. Fin del Procedimiento.

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formato de Libro de Reclamaciones	Usuario – PAUS/ ADMISIÓN	Variable	Manual

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta Escrita al Usuario Externo	Usuario – DG	Variable	Manual

DEFINICIONES: PAUS: Plataforma de Atención al Usuario.

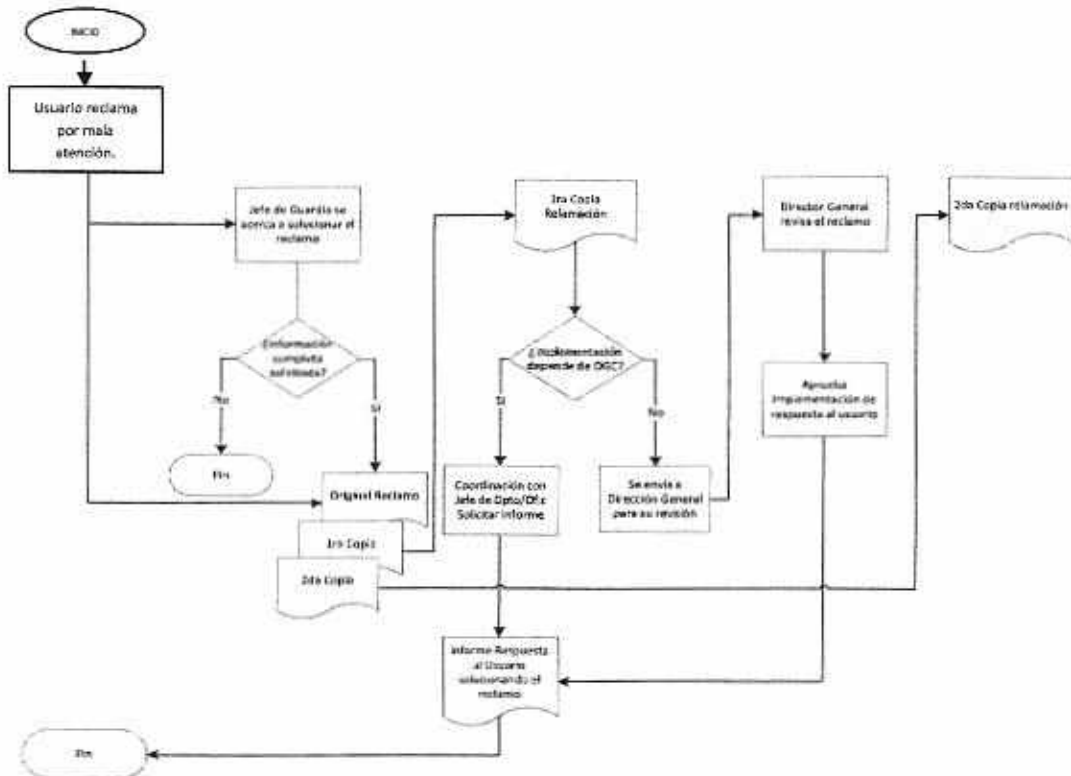
REGISTROS: Formato de Libro de Reclamaciones


ANEXOS: Flujograma del Procedimiento



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS**

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



	<b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO	Atención al Cliente		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Interposición de Buenos Oficios		Fecha: Mayo – 2018
	CÓDIGO: OGC – 002		
PROPÓSITO	Brindar atención eficiente, oportuna y eficaz garantizando al usuario externo respeto irrestricto del derecho fundamental a acceder a la información sobre las prestaciones de salud que el HEJCU brinda.		
ALCANCE	A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <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.</li> <li>• Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD. Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.</li> <li>• Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Decreto Supremo N°030-SA/2016. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
IBOS	Número de IBOS Atendidos	Matriz de IBOS	PAUS / Oficina de Gestión de la Calidad
<b>NORMAS</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> <li>• Decreto Supremo N°030-SA/2016. Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>			
<b>INICIO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El usuario podrá solicitar orientación específica sobre las prestaciones que brinda el HEJCU o acompañamiento para su atención.</li> <li>2. La solicitud verbal o tácita (en el caso de acompañamiento de un usuario incapacitado para llevar a cabo el proceso de atención por si solo o por falta de</li> </ol>			



- acompañante) es recibida en la PAUS quién deberá realizar las gestiones necesarias para la atender la solicitud informativa o de acompañamiento.
3. Posterior a la atención, los integrantes de la PAUS deberán registrar en la matriz en Excel de IBOS su producción.
  4. La Oficina de Gestión de la Calidad a través del Responsable de la PAUS se encarga de levantar dicha información y consolidarla mensualmente en un informe que es elevado a la Dirección General haciendo de conocimiento cuales son las necesidades informativas insatisfechas de los usuarios externos.
  5. El Director General deberá recibir y evaluar el informe, buscar soluciones con el equipo correspondiente e implementar las recomendaciones, la cual se enviará a la Oficina de Gestión de la Calidad para su respectivo seguimiento.
  6. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá realizar el seguimiento de las recomendaciones implementadas por la Dirección para la evaluación de su cumplimiento en los plazos estipulados.
  7. Fin del Procedimiento.

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de IBOS	Usuario	Diario	Manual

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe sobre las necesidades informativas del usuario externo.	Dirección General	Mensual	Manual

DEFINICIONES: Ninguno

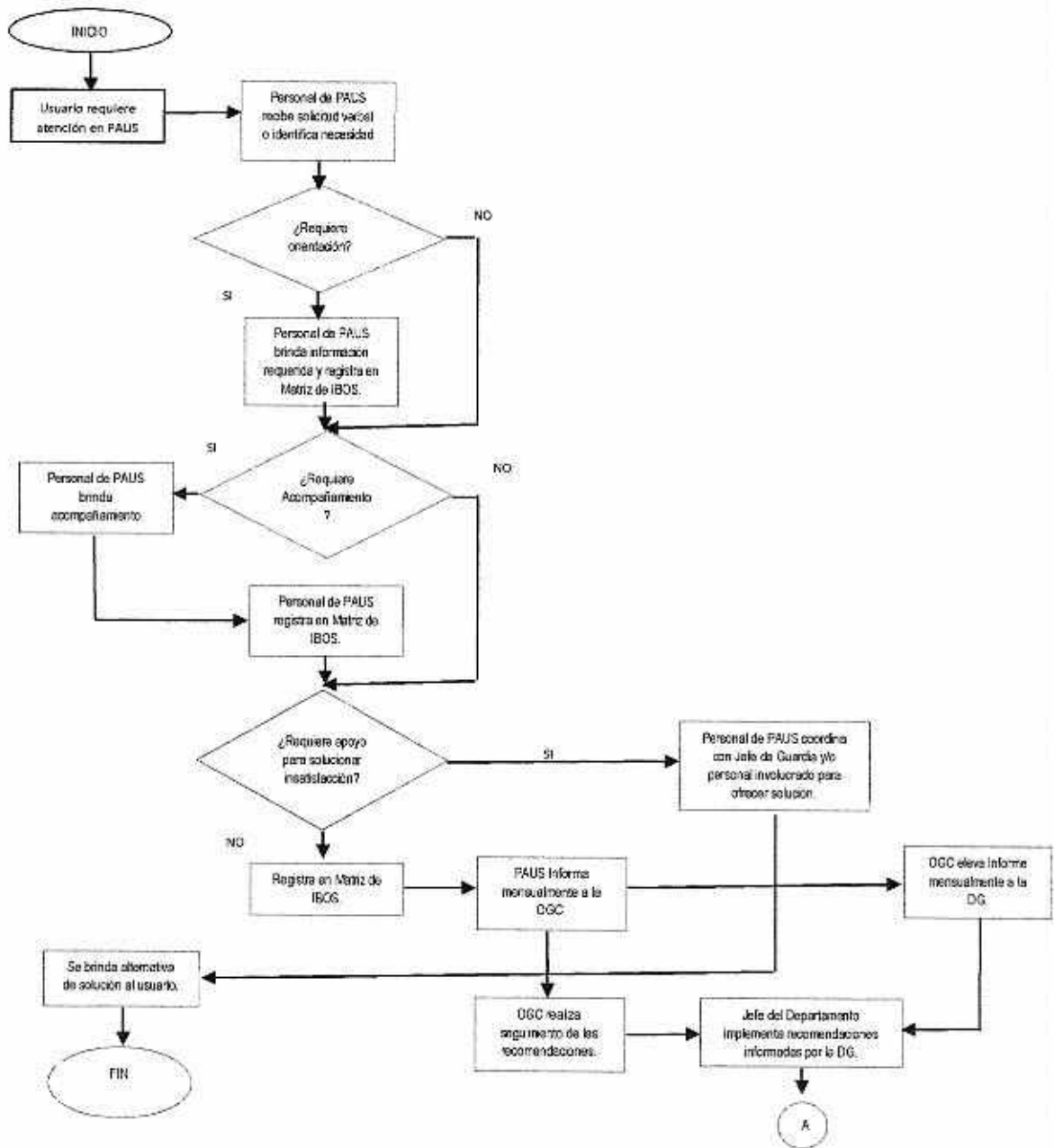
REGISTROS: Matriz de IBOS

ANEXOS: Flujograma del Procedimiento



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE IBOS**

USUARIO/ EXTERNO	PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DEPARTAMENTO /OFICINA	DIRECCIÓN GENERAL
---------------------	---	--	--------------------------	----------------------



		<b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
PROCESO		GESTIÓN DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO		Mejoramiento Continuo		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		<b>Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la Calidad</b>	Fecha: Mayo – 2018	CÓDIGO: OGC – 003
PROPÓSITO		Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios del hospital.		
ALCANCE		A los Órganos de Dirección, Control, Asesoría, Apoyo y de Línea del Hospital		
MARCO LEGAL		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <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.</li> <li>• Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N°519-2006/MINSA.</li> <li>• Directiva N° 007 – MINSA/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.</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>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Solicitud de Asistencia Técnica	Número de Asistencia Técnica	Archivo de la Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</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/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.</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>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>				
<b>INICIO</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios y/o Departamentos correspondientes deberá solicitar asistencia técnica en calidad.</li> <li>2. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá revisar la solicitud y verificar que se encuentre relacionada con los objetivos funcionales de la Oficina. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se relaciona con los objetivos funcionales de la Oficina de Gestión de la Calidad, se devolverá la solicitud al Equipo de Mejora Continua de la Calidad y se finaliza el procedimiento.</li> </ul> </li> </ol>				



- Si está relacionado con los objetivos funcionales de la Oficina de Gestión de la Calidad se deberá de elaborar el informe u opinión de asistencia técnica y se deriva al equipo de Mejora Continua.
3. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Departamento o Servicio correspondiente deberá de recibir el Informe de Asistencia Técnica e iniciar las coordinaciones para los trabajos de asistencia técnica en Calidad.
  4. Fin del Procedimiento.

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Asistencia Técnica	Departamento / EMCC	Variable	Manual

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe con resultados de evaluación del PMCC.	Departamento / EMCC	Variable	Manual

**DEFINICIONES:** Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC), equipo conformado por personal multidisciplinario que identifica, propone, implementa y monitorea acciones de mejora en los procedimientos de la institución.

**PMCC:** Proyecto de mejora continua de calidad en salud.

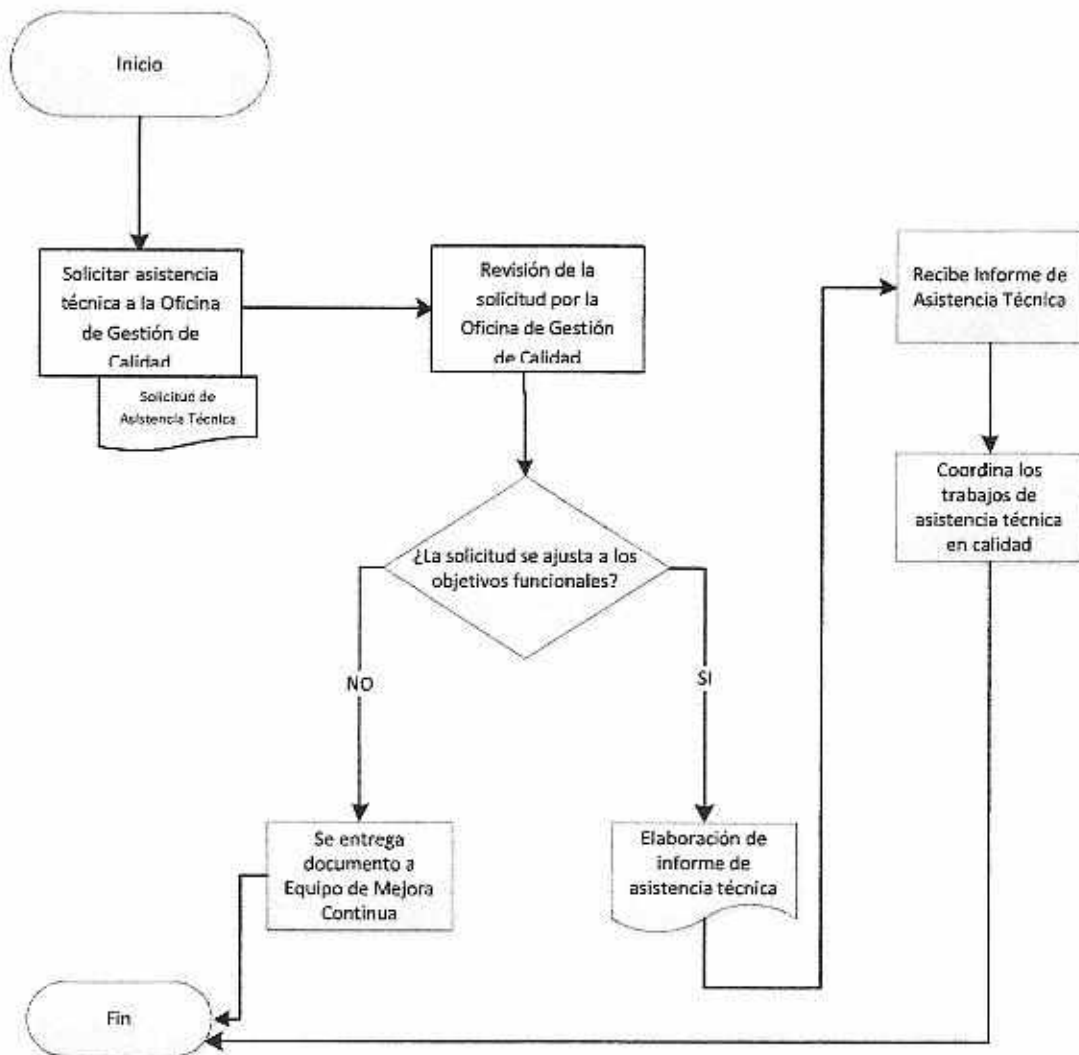
**REGISTROS:** Solicitud de Asistencia Técnica

**ANEXOS:** Flujograma del Procedimiento



**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>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO	Atención al Cliente		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	<b>Trámite de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad</b>	Fecha: Mayo – 2018	
		CÓDIGO: OGC – 004	
PROPÓSITO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del hospital.		
ALCANCE	Órganos de Línea (departamentos médicos asistenciales)		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <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.</li> <li>• Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N°519-2006/MINSA.</li> <li>• Directiva N° 007 – MINSA/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.</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>INDICES DE PERFORMANCE</b>			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Solicitud de Proyecto de Mejora	Número de Solicitudes de Proyectos de Mejora	Archivos y Registro de la Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>NORMAS</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/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.</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>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>			
<b>INICIO</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad de Servicio formulará y remitirá el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> <li>2. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá de recibir el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad para evaluar su posible aprobación.</li> </ol>			

- De no aprobarse la implementación, se devolverá el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad para su reformulación.
  - De aprobarse la implementación, se derivará el proyecto al Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Departamento o Servicio correspondiente.
3. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Departamento o Servicio correspondiente deberá desarrollar y realizar el seguimiento del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad aprobado.
  4. Asimismo, elaborará un informe detallado del Proyecto, el cuál debe derivar a la Oficina de Gestión de la Calidad.
  5. La Oficina de Gestión de la Calidad recibirá, sociabilizará, difundirá y derivará el informe del Proyecto de Mejora a la Dirección General.
  6. La Dirección General deberá recibir el informe de éxito de Proyecto y emitir la Resolución Directoral de reconocimiento al Equipo de Mejora Continua de la Calidad, el cual será recibido por el mismo.
  7. Fin de Procedimiento.

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Oficialización del Proyecto de Mejora	Usuario	Variable	Manual

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reconocimiento al Equipo de Mejora Continua de la Calidad y del PMCC con RD.	Departamentos / EMCC	Variable	Manual

DEFINICIONES: Equipos de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios (EMCC).  
PMCC: Proyecto de mejora continua de la calidad en salud.

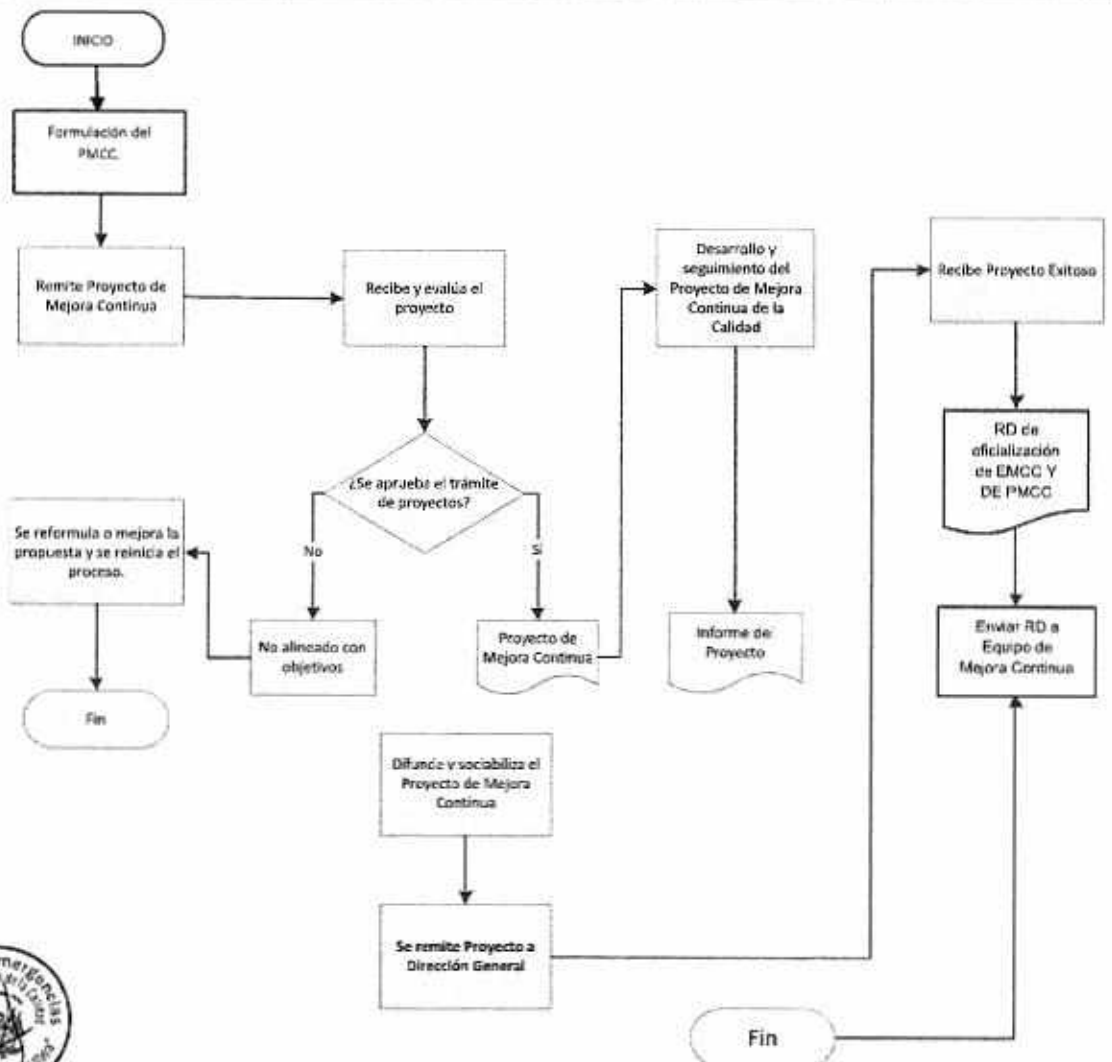
REGISTROS: Ninguno

ANEXOS: Flujograma del Procedimiento



**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



	<b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO	Garantía de la Calidad de la Atención		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoría de Caso/ Calidad de Atención		Fecha: Mayo – 2018
			CÓDIGO: OGC – 005
PROPÓSITO	Procesos para mejorar la Calidad de la atención en los servicios asistenciales del HEJCU		
ALCANCE	Oficina de Gestión de la Calidad del HEJCU y Comité de Auditoría del HEJCU.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.</li> <li>• R.M. 502-2016/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DIGEPRESS-Vs.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.</li> </ul>		
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de Auditorías de Caso/ Calidad de Atención Atendidas	Informe	Historia Clínica	Comité de Auditoría
<b>NORMAS</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/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA</li> <li>• R.M. 502-2016/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DIGEPRESS-Vs.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>			
<b>INICIO</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La autoridad competente emite una solicitud al Comité de Auditoría Médica o en Salud de Auditoría de Caso o la OGC de acuerdo al Plan realiza una Auditoría de Calidad de Atención.</li> <li>2. El Comité de Auditoría recepciona la solicitud de Auditoría de Caso/ Calidad de Atención y planifica.</li> <li>3. El Comité de Auditoría ejecuta la Auditoría del Caso/ Calidad de Atención.</li> <li>4. El Comité de Auditoría elabora el informe final, y lo eleva a la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> <li>5. La Oficina de Gestión de la Calidad evalúa el informe final de Auditoría de Caso/ Calidad de Atención y lo eleva a Dirección General.</li> <li>6. La Dirección General dispone las recomendaciones a las áreas correspondientes, notificado a su vez a la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> </ol>			

7. El área auditada recibe e implementa las recomendaciones y elabora un informe de las implementaciones.
8. La Oficina de Gestión de la Calidad realiza el seguimiento de las implementaciones.
9. Dirección General recibe el informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior que solicitante.
10. Fin de Procedimiento.

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Auditoría de Caso/ Calidad de Atención	Usuario	Variable	Manual

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Auditoría de Caso/ Calidad de Atención	Dirección General / Oficina de Gestión de la Calidad	Variable	Manual

## DEFINICIONES:

**Auditoría de Caso:** -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

**Auditoría de Calidad de Atención:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

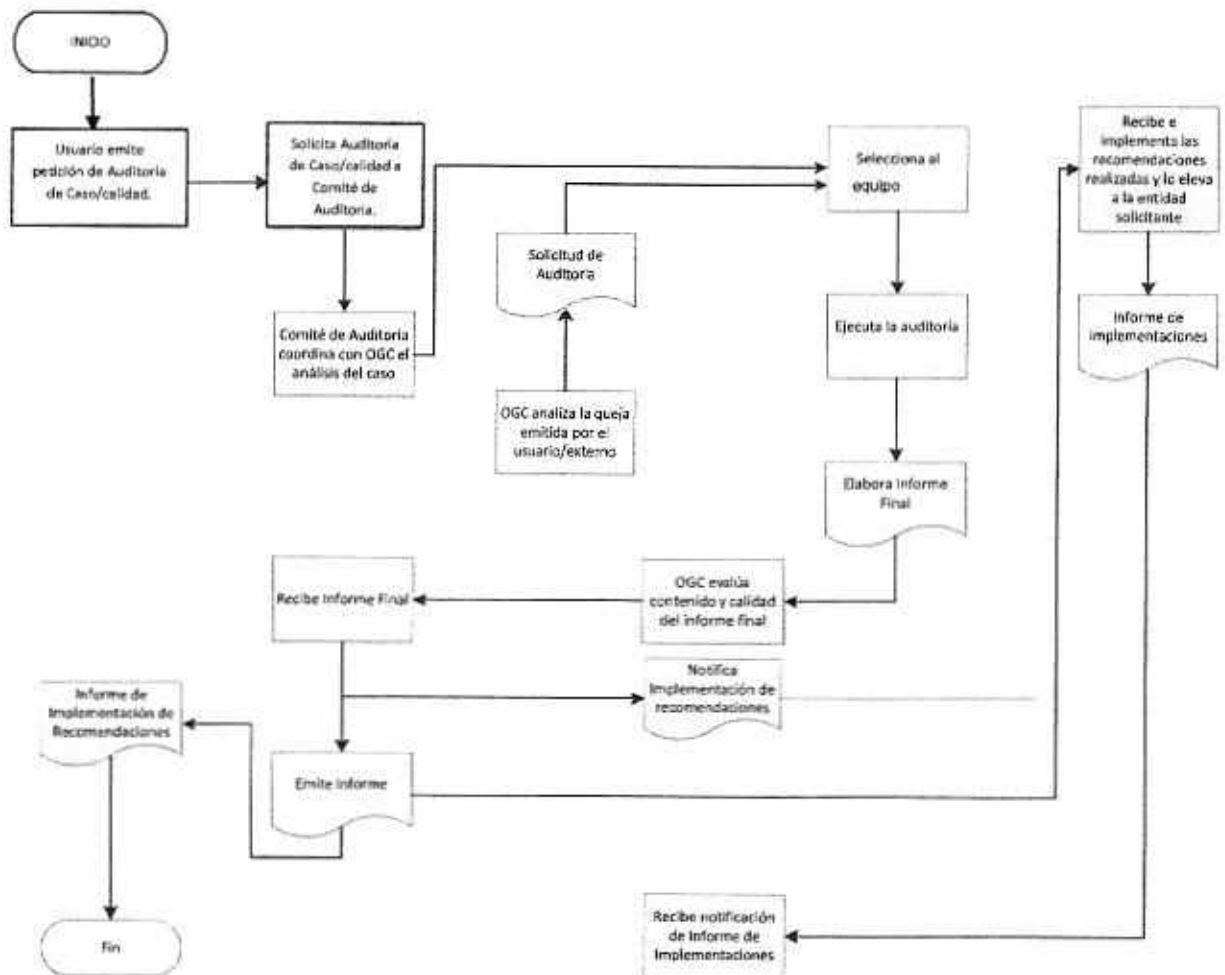
**REGISTROS:** Formulario de Auditorías de Caso/ Calidad de Atención

**ANEXOS:** Flujograma del Procedimiento



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE CASO/CALIDAD DE ATENCIÓN**

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 Departamentos	Encargado





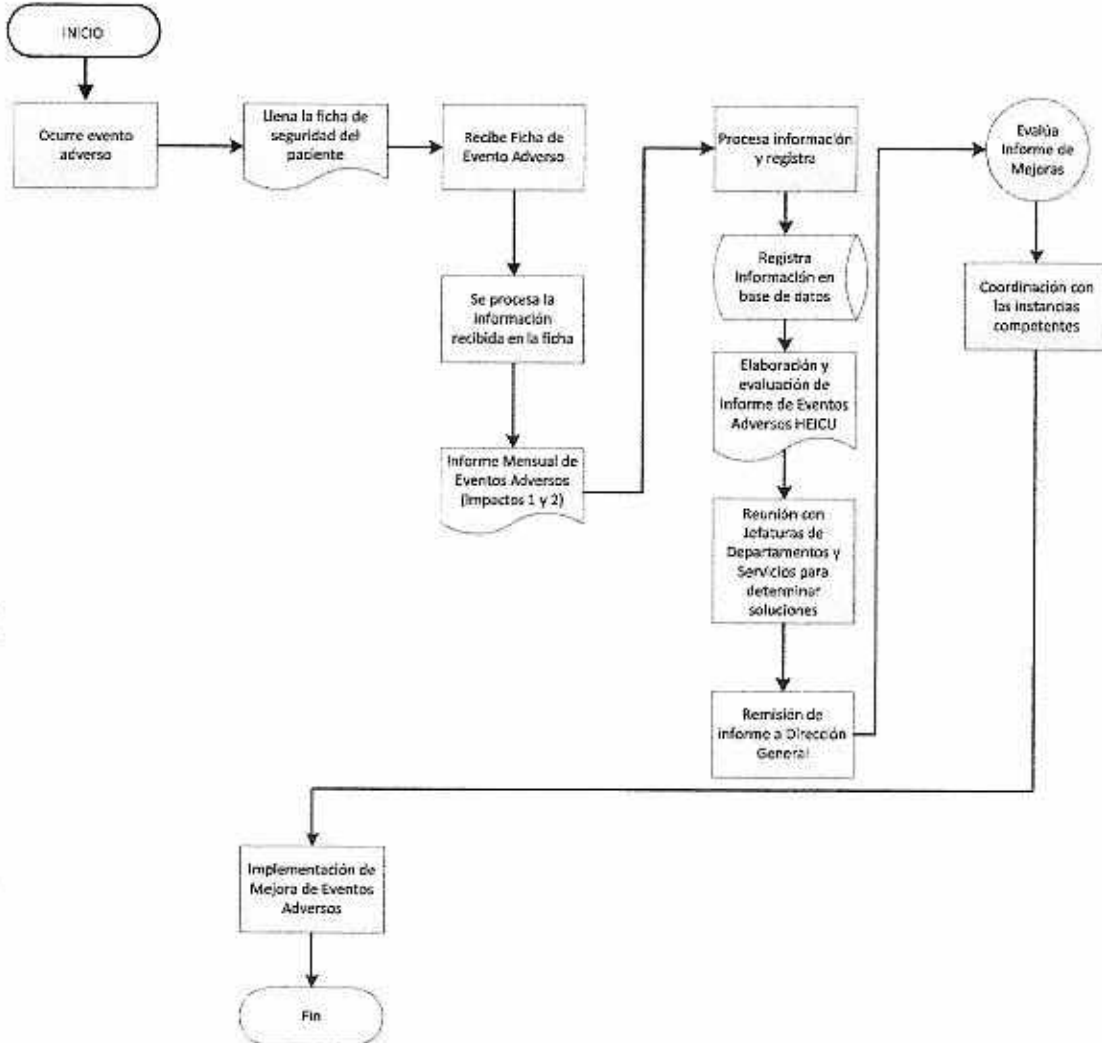
		<b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	Seguridad del Paciente			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	<b>Registro y Notificación de Eventos Adversos</b>		Fecha: Mayo – 2018	
			CÓDIGO: OGC – 006	
PROPÓSITO	Contar con un Sistema de Registro, Notificación, Reporte y Reducción de Eventos Adversos en el HEJCU.			
ALCANCE	Oficina de Gestión de la Calidad del HEJCU, Usuarios Internos del HEJCU.			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> </ul>			
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Número de Eventos Adversos reportados por servicio	Registro Notificación	Formulario de Notificación de Eventos Adversos	Jefe de Unidad o Servicio	
<b>NORMAS</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> <li>• Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía”.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>				
<b>INICIO</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acontecimiento de un Evento Adverso.</li> <li>2. El Evento Adverso es notificado por el área correspondiente mediante la Ficha de Seguridad del Paciente.</li> <li>3. Entrega de la Ficha de Seguridad del Paciente a la persona responsable quién reporta el Evento Adverso de forma inmediata al servicio correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos Adversos relacionados con IAAS y RAM son registrados en Ficha de Notificación en Departamento de Epidemiología.</li> <li>• El Departamento de Epidemiología procesa la información y remite informe mensual a la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> </ul> </li> <li>4. Todos los eventos deben ser notificados a la Oficina de Gestión de la Calidad.</li> <li>5. La Oficina de Gestión de la Calidad coordina con los Jefes de Servicio, Jefes de Departamento, Comités y Dirección General para la gestión del Evento Adverso.</li> <li>6. Se registra la información de la Ficha de Notificación para Seguridad del Paciente en la base de datos.</li> <li>7. Se procede a evaluar y elaborar el informe sobre la gestión del evento adverso.</li> <li>8. Se realiza una reunión con Jefaturas de Servicios y Departamentos Involucrados para difusión del hallazgo y establecer las medidas preventivas y correctivas.</li> <li>9. Se elaboran los informes.</li> <li>10. Se remite un informe trimestral a la Dirección General, para la implementación de las recomendaciones, salvo caso de Evento Centinela donde el informe es inmediato.</li> <li>11. Se coordinan con las instancias competentes para implementar las recomendaciones.</li> <li>12. La Oficina de Gestión de Calidad realiza el seguimiento de las recomendaciones para garantizar su cumplimiento.</li> </ol>				

13. Fin de Procedimiento.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Registro y Notificación de Eventos Adversos	Servicio Asistencial	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reporte	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral Variable (Evento Centinela)	Manual
DEFINICIONES:			
<p>Evento Adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.</p> <p>Evento Centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.</p>			
REGISTROS: Formato de Registro y Notificación de Eventos Adversos			
ANEXOS: Flujograma del Procedimiento			



**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>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>		Manual de Procedimientos Versión – 3.0
<b>PROCESO</b>		GESTIÓN DE LA CALIDAD		
<b>SUBPROCESO</b>		Garantía de la Calidad de la Atención		
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>		<b>Auditoría de los Registros de la Historia Clínica</b>		Fecha: Mayo – 2018
		CÓDIGO: OGC – 007		
<b>PROPÓSITO</b>		Normar e implementar el ejercicio de reclamo del (los) usuario (s), del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa		
<b>ALCANCE</b>		A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital		
<b>MARCO LEGAL</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.</li> <li>• R.M. 502-2016/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DIGEPRESS-Vs.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.</li> </ul>		
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>	
Reporte Trimestral	Reporte	Historia Clínica	Comité de Auditoría	
<b>NORMAS</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/OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA</li> <li>• R.M. 502-2016/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DIGEPRESS-Vs.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>				
<b>INICIO</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se elabora el Plan Anual de Auditoría y Programación de las evaluaciones de los registros asistenciales.</li> <li>2. El Comité de Auditoría planifica las evaluaciones de registros asistenciales.</li> <li>3. Los Comités de Auditoría de cada servicio realizan las evaluaciones de los registros asistenciales.</li> <li>4. Los Comités de Auditoría envían los reportes trimestrales de las evaluaciones de los registros asistenciales al Comité de Auditoría.</li> <li>5. El Comité de Auditoría elabora los consolidados de los reportes provenientes de los servicios y se elaboran las solicitudes.</li> <li>6. El Comité de Auditoría elabora la solicitud de acciones correctivas y preventivas.</li> <li>7. Se eleva el informe final a la Oficina de Gestión de la Calidad, se registran y se elaboran planes de mejora en base a las auditorías realizadas.</li> <li>8. En la Oficina de Gestión de la Calidad se registran y se elaboran propuestas de acciones de mejora.</li> <li>9. La Dirección General toma conocimiento de los resultados de las auditorías.</li> <li>10. Fin de Procedimiento.</li> </ol>				
<b>ENTRADAS</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>TIPO</b>	
Evaluaciones de Registros Asistenciales	Servicio Asistencial	Trimestral	Manual	

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de auditoría de registros asistenciales de HC del HEJCU.	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral	Manual
<b>DEFINICIONES:</b> Auditoría de Gestión Clínica: Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.			
<b>REGISTROS:</b> Formatos de Evaluación de Registros Asistenciales.			
<b>ANEXOS:</b> Flujograma del Procedimiento			



**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE REGISTROS ASISTENCIALES**

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

