

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 013 - 2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 20 de enero del 2017

Visto; la Nota Informativa N° 008-2017-OGC-HVLH/IGSS, emitido por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, 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. 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 presente 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 Institucional, determinando en el numeral 5.6 el documento técnico de sistematización normativa de Manual de Procesos y Procedimiento, el mismo que se deberá elaborar considerando los incisos a), b), c) y d) del numeral 5.6.2 de la citada directiva.

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, mediante Resolución Directoral N° 182-2010-DG-HVLH de fecha 07 de julio del 2010, se aprobó el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

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 la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera, ha formulado el proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos, el mismo que cuenta con el visado de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en señal de su conformidad;



Que, mediante Nota Informativa N° 008-2017-OEPE/HVLH/IGSS, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, solicita a esta Dirección General, la aprobación del Manual de Proceso y Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, en consecuencia por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución; resulta necesario, formalizar la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de la citada Oficina, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con el visto bueno del Jefe del Oficina de Gestión de la Calidad, del Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) y d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital " Víctor Larco Herrera", el mismo que consta de treinta y nueve (39) páginas, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad; la difusión, supervisión e implementación del Manual de Procesos y Procedimientos de dicha Oficina.

Artículo 3°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 182-2010-DG-HVLH.

Artículo 4°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".



Regístrese y comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Noemi Angélica Collado Guzmán
Directora General (e)
C.M.P. 17783 R.N.E. 7718

NACG/MYRV.

Distribución:

- Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



Enero - 2017





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INDICE

	Pàg.
CAPITULO I Introducción	03
CAPITULO II Objetivos	04
CAPITULO III Base Legal	05
CAPITULO IV Descripción de los procedimientos	06 - 39





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) del Hospital "Víctor Larco Herrera", es un documento técnico de gestión que sistematiza dentro de las normas y directivas las acciones que se siguen en la ejecución de las actividades comprendidas dentro de este órgano de asesoramiento. En él se describe los procedimientos y a su vez los sub procesos, con los cargos o puestos de trabajo que intervienen durante la ejecución, precisando las responsabilidades y participación durante su desarrollo.

El Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO), contiene formatos y flujos de información para su uso y correcta aplicación, haciendo fácil y comprensible la secuencia que se debe seguir al desarrollar los procedimientos.

Este documento tiene como finalidad establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos de la Oficina e Gestión de la Calidad, a fin de cumplir con los objetivos funcionales y estratégicos de la institución.

Para el desarrollo del presente manual se han identificado los procedimientos más importantes que permiten cumplir con los objetivos funcionales de la oficina.

Se debe evaluar anualmente el presente manual para considerar las modificaciones necesarias siguiendo las mismas normas y precedentes que han sido establecidos para su formulación y aprobación. Asimismo, se deberá asesorar y monitorear la implementación de los procedimientos aprobados y el mejoramiento continuo de los mismos.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CAPITULO II

OBJETIVOS

El Manual de Procesos y Procedimientos es un documento técnico normativo de gestión, que tiene los siguientes objetivos:

1. Normar y estandarizar la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos realizados en la Oficina de Gestión de la Calidad, con el detalle de sus actividades y flujos.
2. Guiar el desarrollo de las actividades que realiza el personal de la Oficina, que le permitan cumplir con los objetivos funcionales previamente determinados.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CAPITULO III

BASE LEGAL

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA – Aprueba el Reglamento de la Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Ley 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Legislativo 276, Ley de la Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector.
- Decreto Supremo N° 005-90-PCM – Reglamento de la Carrera Administrativa.
- Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA– Directiva N° 007-MINSA/OGPE –V.01 – Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CAPITULO IV

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

- 4.1 Procedimiento para la Autoevaluación (Anexo N°01)
- 4.2 Procedimiento para la Notificación de Eventos Adverso y Centinela (Anexo N°02)
- 4.3 Procedimiento para la Elaboración y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua (Anexo N°03)
- 4.4 Procedimiento para la Ejecución de Ronda de Seguridad (Anexo N°04)
- 4.5 Procedimiento para la Medición del Tiempo de Espera (Anexo N°05)
- 4.6 Procedimiento para la Medición de la Satisfacción del Usuario (Anexo N°06)
- 4.7 Procedimiento para la Ejecución de las Auditoria de la Calidad (Anexo N°07)
- 4.8 Procedimiento para la Atención de la Sugerencia y/o Recomendación escrita en los Buzones (Anexo N°08)
- 4.9 Procedimiento para la Atención del Reclamo escrito en el Libro de Reclamaciones (Anexo N°09)
- 4.10 Procedimiento para la Atención en la Plataforma de Atención al Usuario (Anexo N°10)





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la autoevaluación	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC01
PROPÓSITO (5)	:	Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a la categoría III-1 para fortalecer la calidad de atención al usuario a través de la optimización de procesos.	
ALCANCE (6)	:	Órganos de Línea	
MARCO LEGAL (7)	:	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" • Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". 	
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Puntaje obtenido	Porcentaje	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. 3. R.M. N° 270-2007/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. 4. R.D. N° 051-2016-DG-HVLH, reconforma el equipo de evaluadores internos 2016. 5. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección General (DG) aprueba con Resolución Directoral (RD) la conformación del Equipo de Evaluadores Internos (EEI) 2. La Oficina de Gestión de la Calidad gestiona la capacitación del EEI 3. El Equipo de Evaluadores Internos elabora el Plan de Autoevaluación 4. La Dirección General aprueba el Plan de Autoevaluación, designa al responsable del EEI y comunica oficialmente el inicio del proceso de autoevaluación 5. El Equipo de Evaluadores Internos, ejecuta la autoevaluación y formula el informe técnico 6. En caso de obtener puntaje menor a 85% la OGC monitoriza las acciones de mejora y Proyectos de mejora continua y reinicia el proceso de autoevaluación
FIN	<ol style="list-style-type: none"> 7. En caso de obtener puntaje mayor o igual a 85% la Dirección General solicita la Evaluación externa

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe Técnico de Autoevaluación	Dirección General	Anual	Mecanizado

DEFINICIONES (13) :

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

REGISTROS (14) : Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud III-1

ANEXOS (15) : Flujograma del procedimiento





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

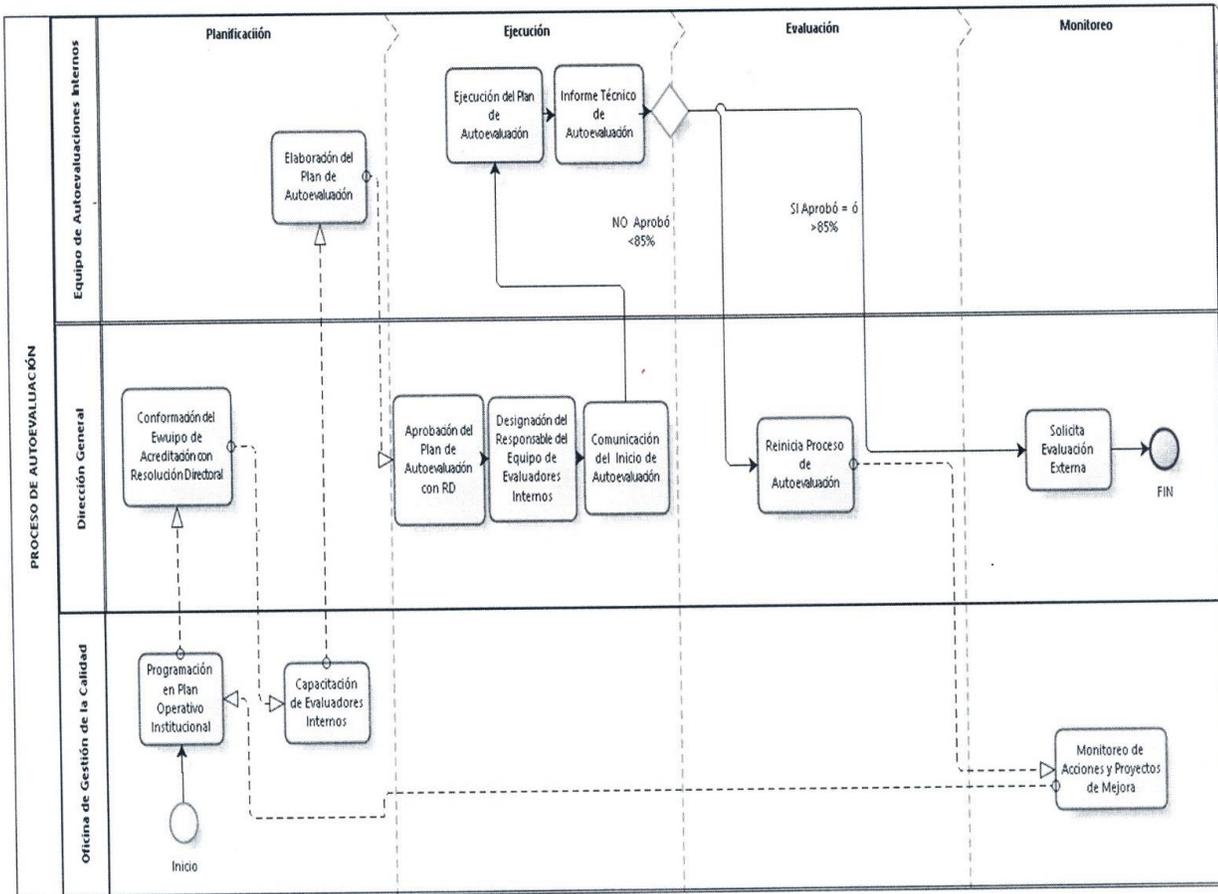
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°01:

Procedimiento para la Autoevaluación





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTIÓN DE LA CALIDAD
SUBPROCESO :

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la notificación de eventos adverso y centinela	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC02

PROPÓSITO (5) : Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.

ALCANCE (6) : Órganos de Línea

- MARCO LEGAL (7) :
- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
 - Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
 - Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
 - Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
 - Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° Eventos Adversos y Centinelas reportados	Notificación	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS (9)

1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
2. R.J. N° 631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
3. R.J. N° 764-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y las UGIPRESS del IGSS".
4. R.D. N° 074-2016-DG-HVLH, "Plan de Seguridad del Paciente 2016 del Hospital "Víctor Larco Herrera".
5. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera".





DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El usuario interno del departamento registrara el evento adverso y/o centinela en la ficha de notificación. Luego se lo entrega al responsable. 2. El responsable reportara el evento adverso y/o centinela a la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC). 3. La OGC procesa la información y elabora el informe trimestral. A través del Comité de Seguridad del Paciente realiza el seguimiento, monitoreo y evaluación de las medidas correctivas.
FIN	<ol style="list-style-type: none"> 4. La Dirección General recibe el informe y lo emite al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces y a los departamentos del Hospital.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Notificación de Evento Adverso y/o Centinela	Departamento	Variable	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe de Eventos Adversos y/o Centinelas	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral	Mecanizado

DEFINICIONES (13) : **Evento Adverso:** es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, producto, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.

Evento Adverso Centinela: es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de esta.

Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto.

REGISTROS (14) : Ficha de Notificación de Evento Adverso

ANEXOS (15) : Flujograma del Procedimiento





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

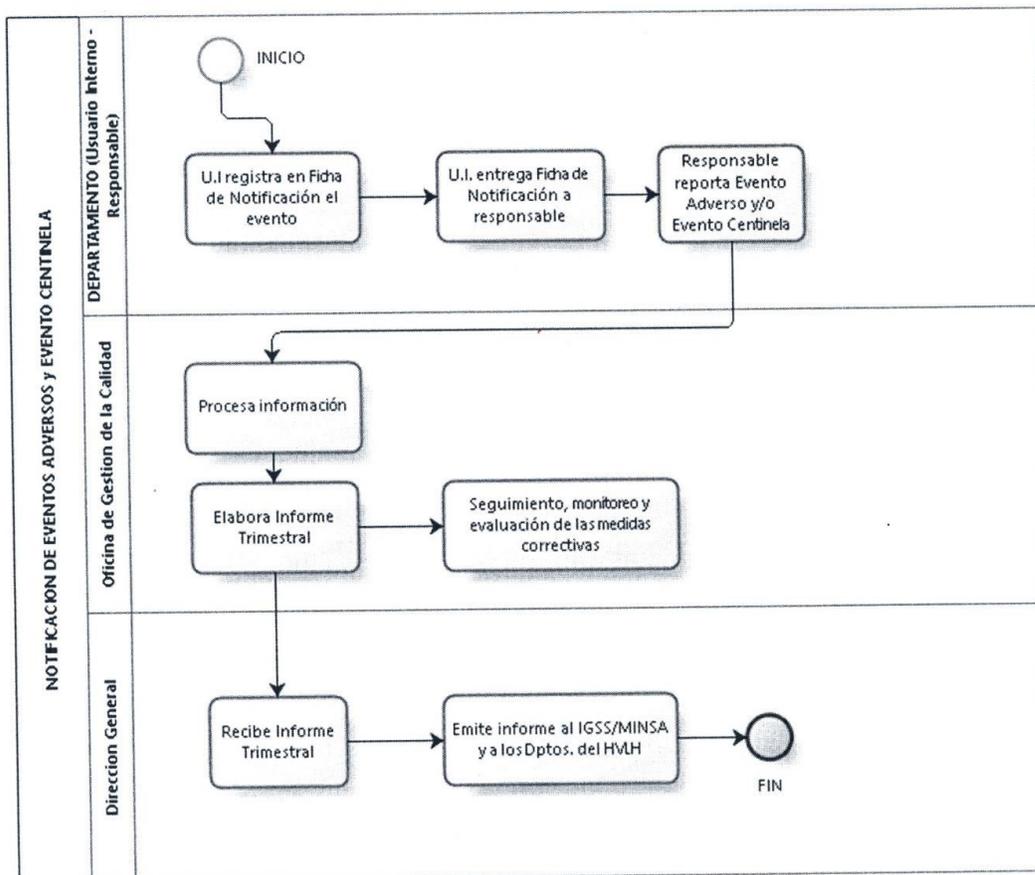
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°02:

Procedimiento para la Notificación de Eventos Adverso y Centinela





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la Elaboración y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC03
PROPÓSITO (5) :	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" • Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Aprobación con R.D. del Proyecto de Mejora Continua	Resolución Directoral	Archivos y Registros de la OGC	Departamento u Oficina responsable del PMC
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. R.M. N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad". 3. R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". 4. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Departamento u Oficina identifica los problemas y prioriza por una propuesta de Proyecto de Mejora Continua (PMC). 2. La Of. Gestión de la Calidad (OGC) solicita a Asesoría Jurídica (AJ) la conformación del Equipo de Mejora Continua (EMC) 		





FIN	3. La Oficina de Gestión de la Calidad, elabora la hoja de ruta del Proyecto de Mejora Continua para el Equipo de Mejora Continua y le solicita al Departamento u Oficina la formulación de la propuesta del PMC.			
	4. La Oficina de Gestión de la Calidad revisa la propuesta del Proyecto de Mejora Continua y define si es necesario su reformulación. En ese caso, remitirá el proyecto al Departamento u Oficina responsable.			
	5. Una vez que la Oficina de Gestión de la Calidad de visto bueno al Proyecto de Mejora Continua, el Departamento u Oficina solicitará la aprobación del PMC a Asesoría Jurídica.			
	6. Asesoría Jurídica emitirá la Resolución Directoral del Proyecto de Mejora Continua.			
	7. El Departamento u Oficina implementará el Proyecto de Mejora Continua			
	8. La Oficina de Gestión de la Calidad realizará el monitoreo, supervisión y evaluación del Proyecto de Mejora Continua. En caso se determine la necesidad de mejorar procesos, se emitirá un informe de acciones correctivas al Departamento u Oficina responsable.			
	9. Una vez que el Departamento u Oficina implemente las medidas correctivas, remitirá a la Dirección General (DG) el informe final del PMC.			
	10. La Dirección General recibe el informe y elabora constancias de reconocimientos para el Equipo de Mejora Continua.			
	ENTRADAS (11)			
	NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Solicitud de aprobación con RD del PMC	Departamento u Oficina responsable del PMC	Variable	Manual	
SALIDAS (12)				
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)	
Constancia de Reconocimiento al EMC	Departamento u Oficina responsable del PMC	Variable	Manual	
DEFINICIONES (13) :	Acciones correctivas: Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.			
REGISTROS (14) :	Ninguno			
ANEXOS (15) :	Flujograma del procedimiento			



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

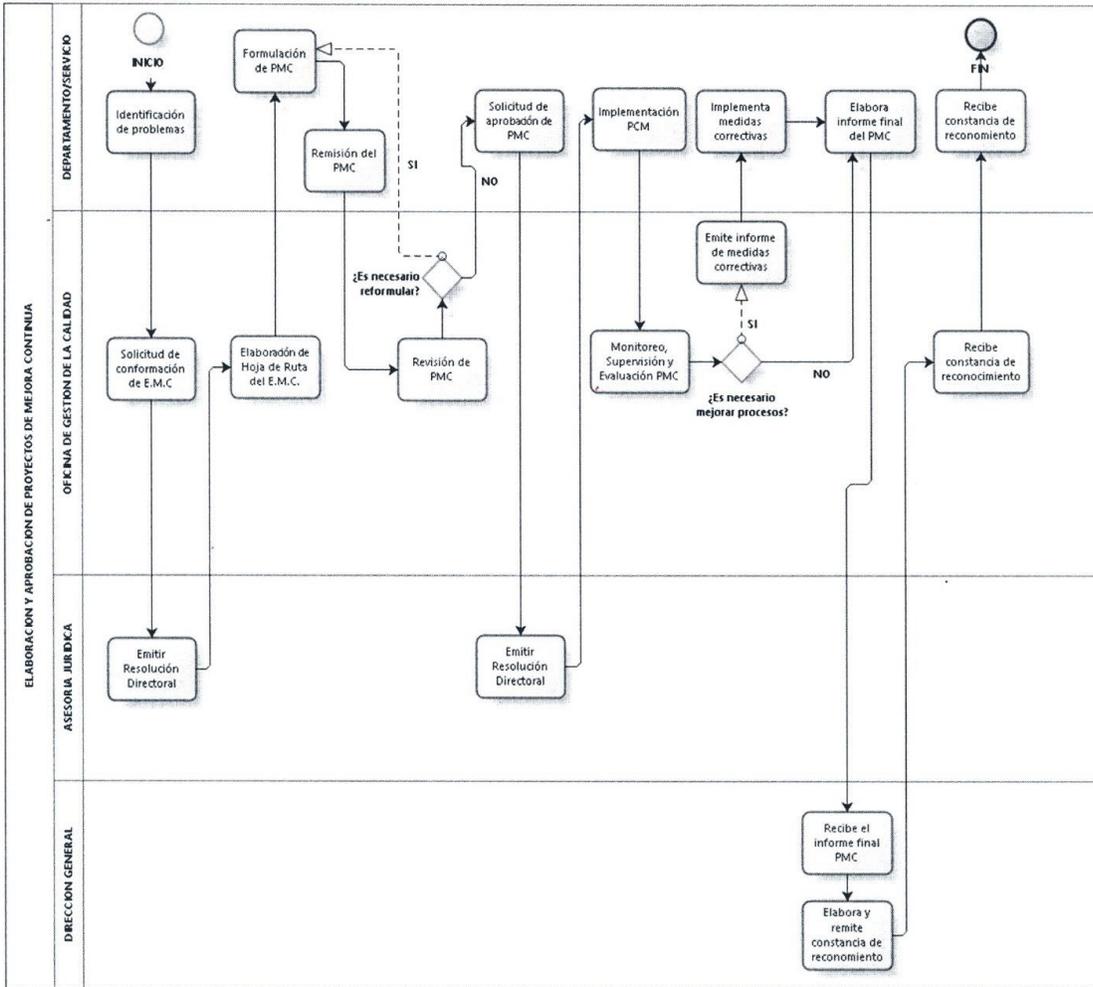
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°03:

Procedimiento para la Elaboración y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la ejecución de ronda de seguridad	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC04
PROPÓSITO (5) :	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" • Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° Rondas de Seguridad ejecutadas	Informe	Archivos y registros de la OGC	Comité de Seguridad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". 3. R.J. N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente". 4. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) convoca al Comité de Seguridad al Paciente (CSP). 2. El Comité de Seguridad del Paciente realiza el sorteo para visita inopinada a un pabellón del hospital. 3. El Comité de Seguridad del Paciente revisa las fichas de buenas prácticas y 		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

FIN	visita al pabellón seleccionado.			
	4. Luego de la respectiva presentación del Comité de Seguridad del Paciente en el pabellón, se aplican las fichas y al finalizar se firma el acta de acuerdos y compromisos.			
	5. La Oficina de Gestión de la Calidad procesa la información y elabora el informe (mensual y trimestral) que incluye las medidas correctivas a implementar.			
	6. La Dirección General recibe informe y lo emite al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces y al pabellón involucrado.			
	7. El pabellón recibe informe, implementa medidas correctivas y elabora informe.			
	8. La Oficina de Gestión de la Calidad recibe informe y monitoriza la implementación de las medidas correctivas.			
	ENTRADAS (11)			
	NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Convocatoria de Ronda de Seguridad	Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	Manual	
SALIDAS (12)				
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)	
Informe de monitoreo de implementación de medidas correctivas	Oficina de Gestión de la Calidad	Variable	Mecanizado	
DEFINICIONES (13) :				
Seguridad del Paciente: es la reducción del riesgo de daños innecesarios con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.				
REGISTROS (14)	: Fichas de Buenas Practicas			
ANEXOS (15)	: Flujograma del procedimiento			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

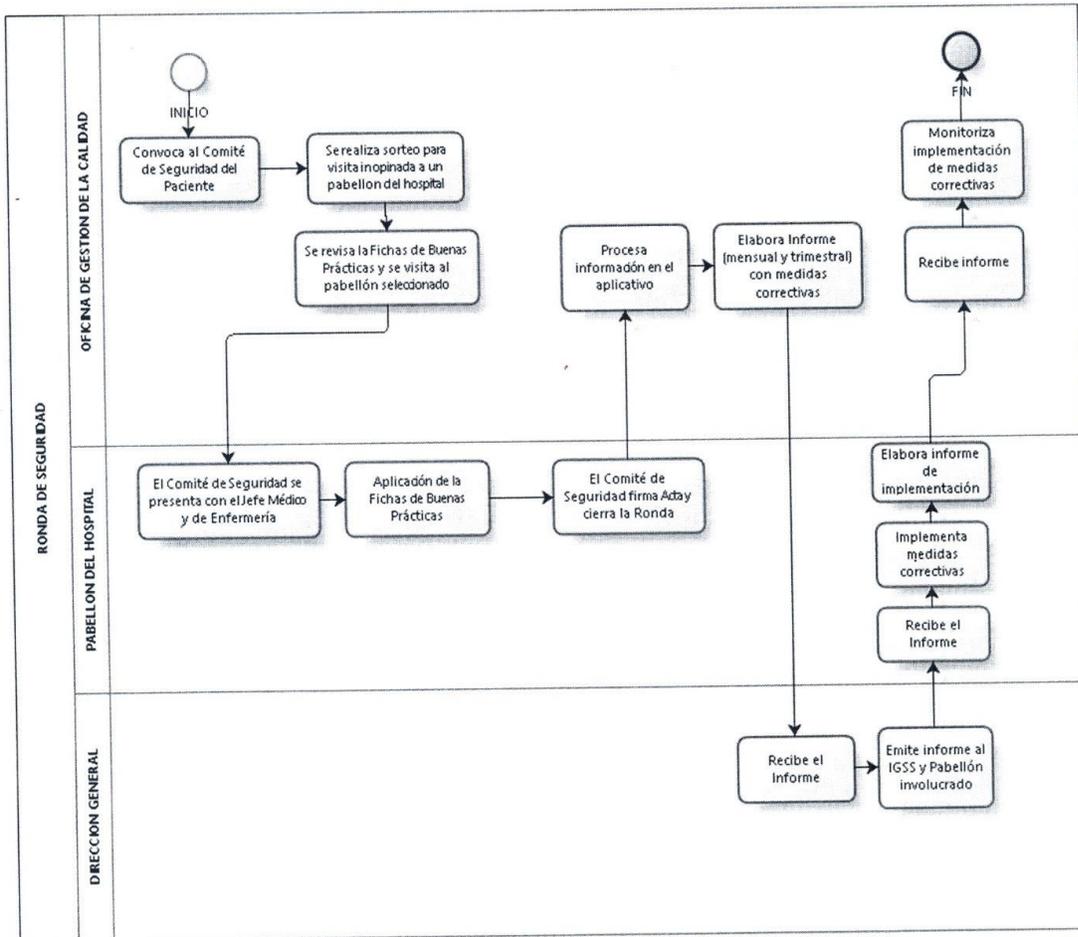
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°04:

Procedimiento para la Ejecución de Ronda de Seguridad





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la medición del tiempo de es	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC05
PROPÓSITO (5) :	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" • Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Procesos de los Tiempos de Espera	Informe	Archivos y registro de la OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. Resolución Ministerial No597-2006/MINSA, NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "NTS para la Gestión de la Historia Clínica". 3. R.M. N° 519-2005/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud". 4. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) convoca al equipo técnico. 2. La Oficina de Gestión de la Calidad capacita al equipo técnico. 3. El equipo técnico revisa las fichas del aplicativo. 		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

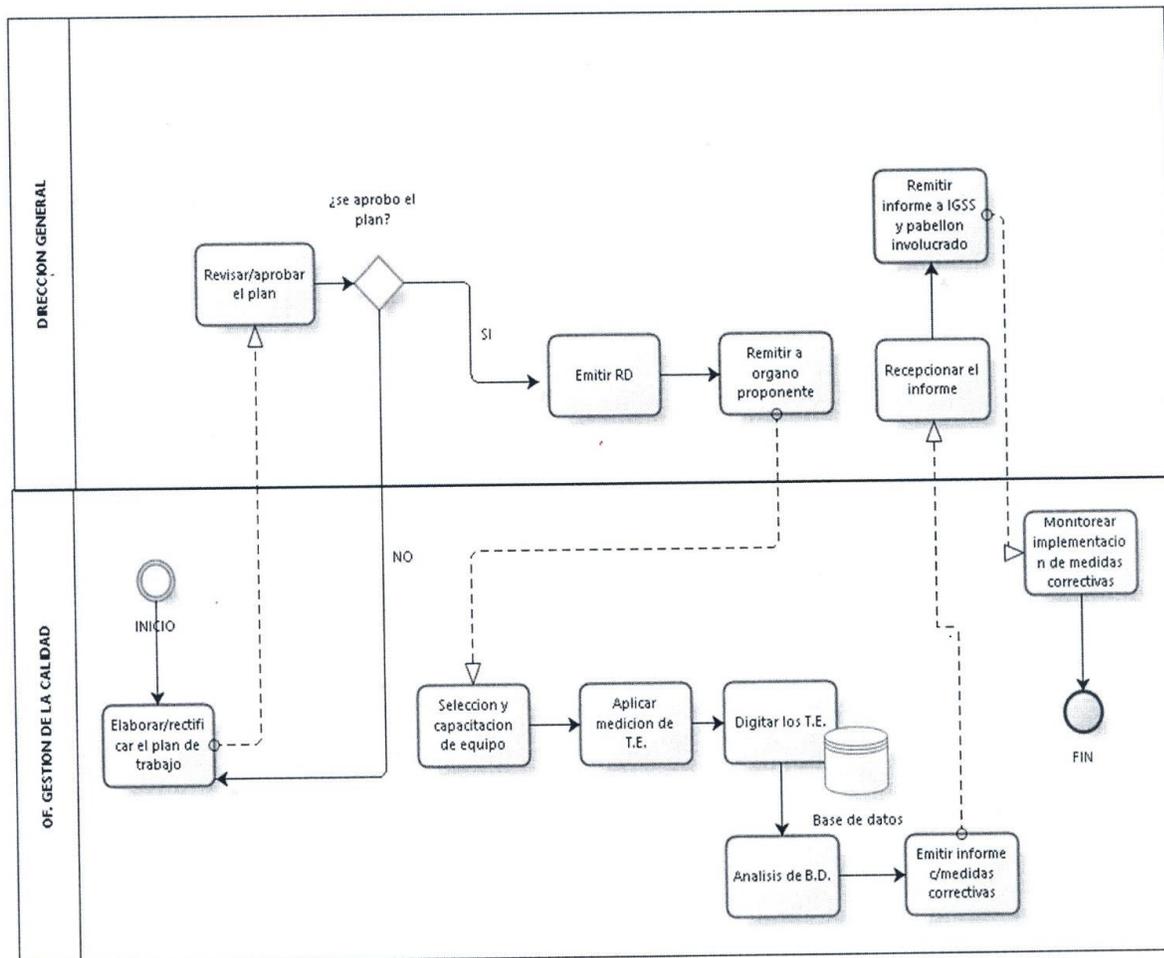
FIN	4. El equipo técnico aplica las fichas y realiza la medición de los tiempos, de acuerdo al cronograma establecido.		
	5. La Oficina de Gestión de la Calidad procesa la información y elabora el informe (anual) que incluye las medidas correctivas a implementar.		
	6. La Dirección General recibe informe y lo emite al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces y al departamento involucrado.		
	7. El departamento recibe informe, implementa medidas correctivas y elabora informe.		
	8. La Oficina de Gestión de la Calidad recibe informe y monitoriza la implementación de las medidas correctivas.		
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Convocatoria para la medición de tiempos de espera	Departamento	Anual	Manual
SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe de monitoreo de implementación de medidas correctivas	Oficina de Gestión de la Calidad	Variable	Mecanizado
DEFINICIONES (13) : Tiempo de espera: Es el tiempo de las colas en cada uno de los procedimientos involucrados en la atención del paciente, producido habitualmente por las variaciones de las cargas de trabajo.			
REGISTROS (14) : Ficha de tiempos de espera – Aplicativo MINSA			
ANEXOS (15) : Flujograma del procedimiento			





Anexo N°05:

Procedimiento para la Medición del Tiempo de Espera





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital Nacional
"Víctor Larco Herrera"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la medición de la satisfacción del usuario	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC06
PROPÓSITO (5)	:	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE (6)	:	Órganos de Línea	
MARCO LEGAL (7)	:	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" • Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". 	
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Medición de la satisfacción del usuario	Informe	Archivos y registros de la OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica "Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo". 2. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 3. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) convoca a encuestadores. 2. La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la capacitación de los encuestadores. 3. Los encuestadores revisan las fichas SERVQUAL. 4. Luego de la respectiva presentación de las fichas, se aplican realizará la encuesta de acuerdo al cronograma establecido. 5. La OGC procesa la información y elabora el informe (anual) que incluye las 		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

FIN	medidas correctivas a implementar.		
	6. La Dirección General recibe el informe y lo emite al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces y al pabellón involucrado.		
	7. El pabellón recibe informe, implementa medidas correctivas y elabora informe.		
	8. La OGC recibe informe y monitoriza la implementación de las medidas correctivas.		
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Convocatoria para la medición de tiempos de espera	Departamento	Anual	Manual
SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe de monitoreo de implementación de medidas correctivas	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral	Mecanizado
DEFINICIONES (13) : Satisfacción del usuario externo: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.			
REGISTROS (14) : SERVQUAL			
ANEXOS (15) : Flujograma del procedimiento			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

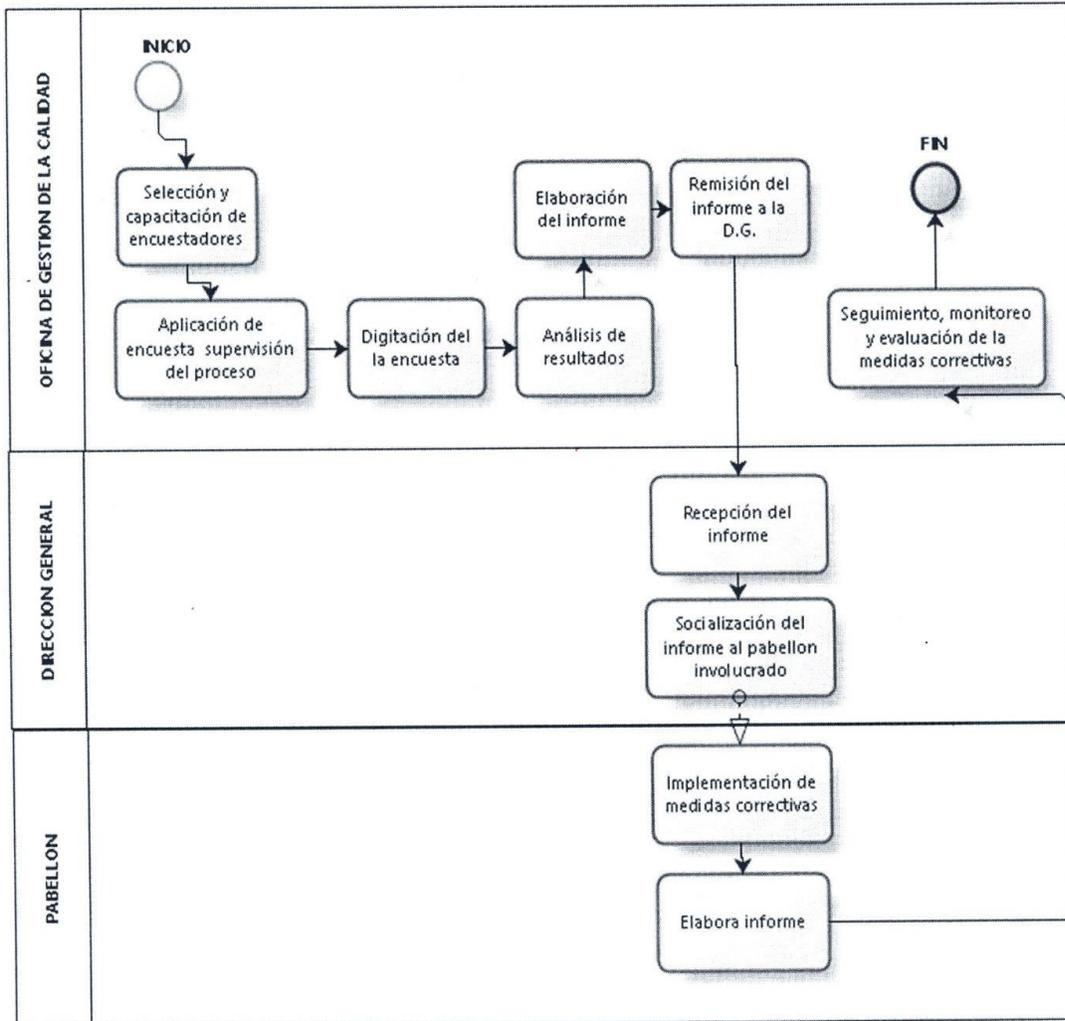
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°06:

Procedimiento para la Medición de la Satisfacción del Usuario





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la ejecución de las auditorias de la calidad	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC07
PROPÓSITO (5) :	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842, "Ley General de Salud". • Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". • Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado". • Ley N°29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud". • Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". • Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. Sección Quinta - Título I artículo 73°. 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Convocatoria al Comité de Auditoria del HVLH.	Notificación	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 502-2016/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DGSP-V.O2 "NTS de Auditoria de la calidad de atención en salud". 2. R.M. N° 597-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 022-MINSA/DGSP-V.O2 "NTS para la Gestión de la Historia Clínica" 3. R.D. N° 110-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan anual de Auditoria 2016 HVLH". 4. R.D. N° 261- 2016-DG-HVLH, que aprueba el "Comité de auditoría HVLH". 5. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

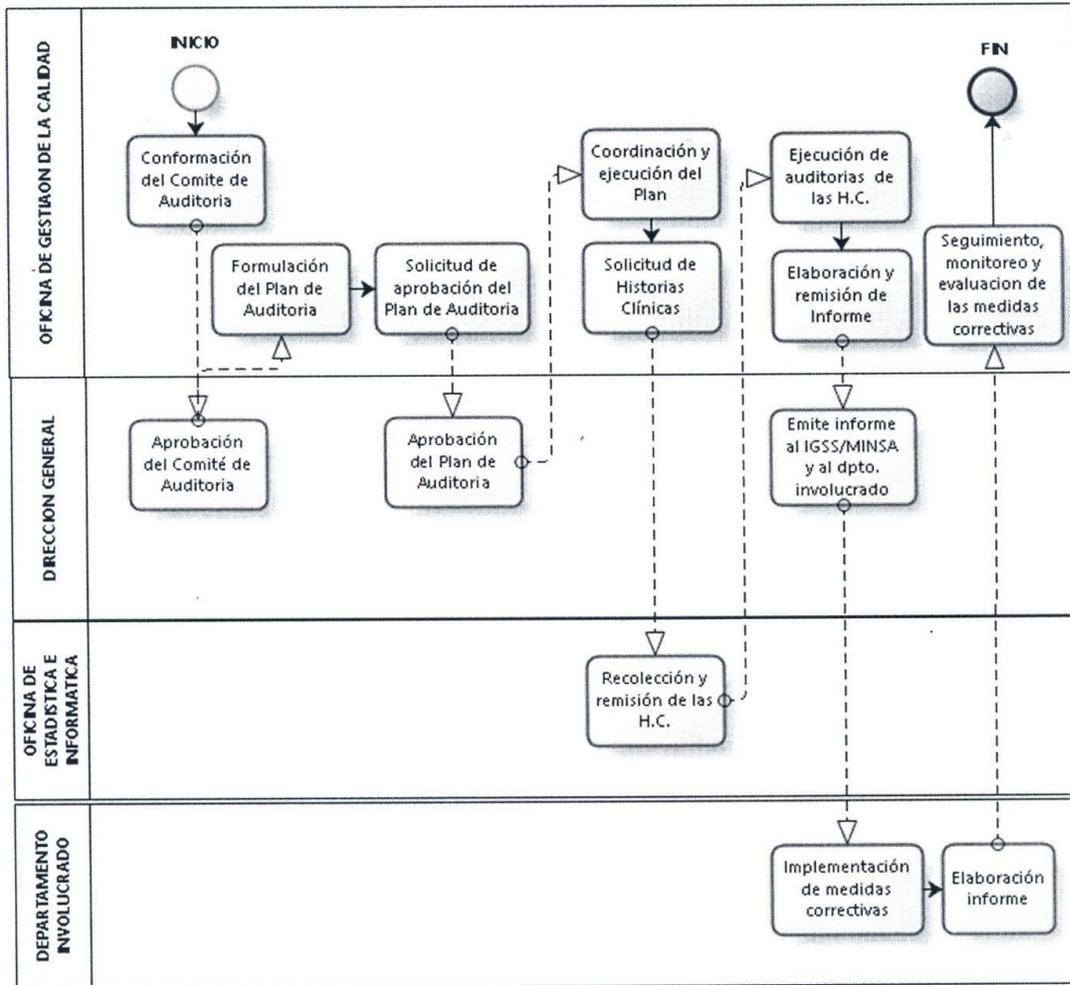
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) convoca a al Comité de Auditoria (CA). 2. La OGC realizará la capacitación del CA. 3. El Comité de Auditoria elaborará el cronograma de auditorías. 4. El CA realizará la auditoria de registro, de calidad y de adherencia a guías de prácticas clínicas. 5. La OGC procesa la información y elabora el informe (trimestral) que incluye las medidas correctivas a implementar. 6. La Dirección General recibe informe y lo emite al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces y al pabellón involucrado. 7. El pabellón recibe informe, implementa medidas correctivas y elabora informe. 		
FIN	<ol style="list-style-type: none"> 8. La OGC recibe informe y monitoriza la implementación de las medidas correctivas. 		
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Convocatoria del Comité de Auditoria del HVLH, aprobado por R.D.	Departamento	Trimestral	Manual
SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe de monitoreo de implementación de medidas correctivas	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral	Mecanizado
DEFINICIONES (13) :	Auditoria Médica: es un proceso evaluativo del acto médico realizada por médicos, sobre la base de los datos suministrados por la historia clínica con fines específicos.		
REGISTROS (14) :	Fichas de auditorias		
ANEXOS (15) :	Flujograma del procedimiento		





Anexo N°07:

Procedimiento para la Ejecución de las Auditorías de la Calidad





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital Nacional
"Victor Larco Herrera"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la atención de la sugerencia y/o recomendación escrita en los buzones	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC08
PROPÓSITO (5) :	Establecer las actividades a realizar para el registro de las sugerencias de los pacientes y/o familiares de pacientes, garantizando el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 26842 Ley General de la Salud • Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud • Ley 2957 Código de Protección y Defensa del Consumidor 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Nº Sugerencias Evaluadas/Total de Sugerencias recibidas al mes	Porcentaje	Buzón de Sugerencias HVLH	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. R.M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva Administrativa N° 027-MINSA-V.01 "Normas que regulan el procedimiento de atención y tramite de quejas y sugerencias, consultas e Interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud". 3. Resolución de Secretaria General N° 016-2016-SG/IGSS, Directiva Administrativa N° 006-SG-IGSS/V.01 "Plataforma de Atención al Usuario en el IGSS". 4. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera". 			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

- INICIO
1. El usuario registra en el formato de Sugerencia/Recomendación que se encuentra en los 14 buzones distribuidos en el hospital.
 2. El encargado de la PAU en compañía del representante de SUSALUD (en calidad de veedor) apertura mensualmente los buzones.
 3. Ellos evaluarán si cumple con los criterios de admisibilidad.
 4. Se clasifica las sugerencias: fundada o infundada.
 5. Si la sugerencia no cumple con los criterios 4 y 5, se escribe las razones de su no tramitación en la parte posterior del formato.
 6. Si la sugerencia cumple con los criterios 4 y 5, el encargado de la PAU elabora el documento comunicando de la sugerencia/recomendación recibida al departamento, oficina, servicio y/o pabellón involucrado, y solicita informe de la implementación
 7. El Departamento, oficina, servicio y/o pabellón recepciona el documento e implementa las acciones.
 8. La Oficina de Gestión de la Calidad recepciona el informe del departamento, oficina, servicio y/o pabellón indicado.
 9. El encargado de la Plataforma de Atención al Usuario responde al usuario (vía correo electrónico o telefónica) y realiza el seguimiento de las recomendaciones hasta su cumplimiento.
- FIN
10. Se ingresa la sugerencia en la Base de datos.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Sugerencias	Formato de sugerencia / recomendación	Variable	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Informe general Respuesta escrita	Dirección General Usuario	Trimestral Variable	Mecanizado

DEFINICIONES (13) : **Buzón de sugerencia:** Es una herramienta más del Sistema de Gestión de la Calidad orientada a la mejora continua de los servicios ofertados por la Institución, a través del recojo activo de la opinión de los usuarios, mediante una Dispositivo con ranura en donde son depositadas las sugerencias.

Sugerencia: Todo aporte o iniciativa, formulada a través de los buzones o





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

de la plataforma de atención a fin de contribuir en la mejora de la atención.

Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por las IAFAS, IPRESS o UGIPRES.

REGISTROS (14) : Formato de sugerencia / recomendación

ANEXOS (15) : Flujograma del procedimiento





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

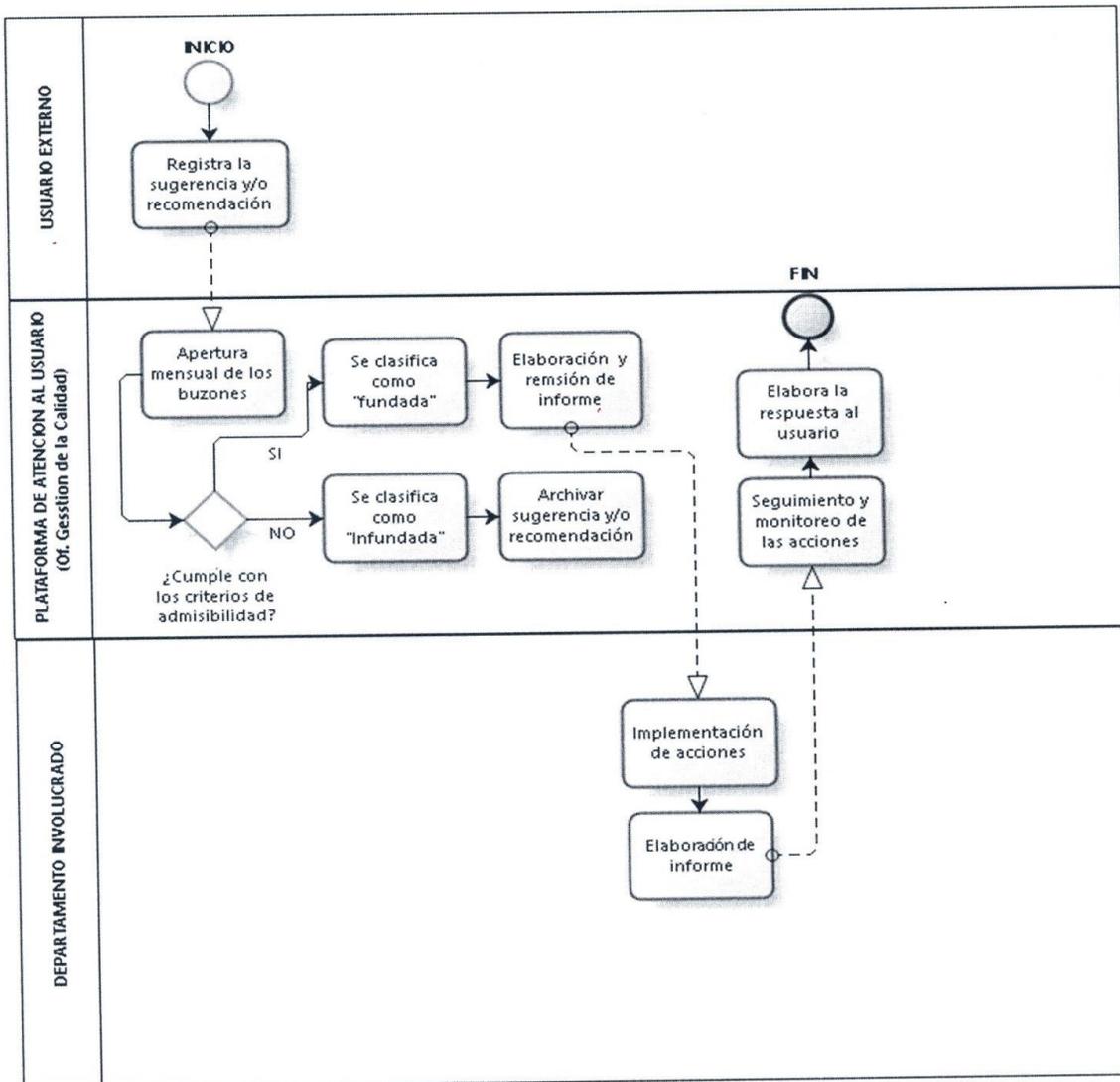
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°08:

Procedimiento para la Atención de la Sugerencia y/o Recomendación escrita en los buzones





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la atención del reclamo escrito en el libro de reclamaciones	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC09
PROPÓSITO (5) :	Establecer las actividades a realizar para el registro y atención de las reclamaciones de los pacientes y/o familiares de pacientes, garantizando el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 26842 Ley General de la Salud. • Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. • Ley 2957 Código de Protección y Defensa del Consumidor. • D.S. N° 011-2011-PCM Aprueba Reglamento del Libro de Reclamaciones. • D.S. N° 042-2011-PCM Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Publico de contar con Libro de Reclamaciones. • D.S. N° 031-2014-SA Aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD. 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Nº Reclamaciones atendidas/Total de Reclamaciones registradas	Porcentaje	Libro de Reclamaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 2. R.M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva Administrativa N° 027-MINSA-V.01 "Normas que regulan el procedimiento de atención y tramite de quejas y sugerencias, consultas e Interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud". 			





3. R.M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva N° 027-MINSA-V.01 "Normas que regula el procedimiento de atención y tramite de quejas y sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud".
4. Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, "Reglamento General para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las IPRESS".
5. Resolución de Secretaria General N° 016-2016-SG/IGSS, Directiva Administrativa N° 006-SG-IGSS/V.01 "Plataforma de Atención al Usuario en el IGSS".
6. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera".

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. El usuario solicita el Libro de Reclamaciones (LR) para registrar su reclamo. 2. El responsable del LR revisará diariamente los libros (02) distribuidos en el hospital. 3. Evaluará si cumple con los criterios de admisibilidad. 4. Se clasifica el reclamo: fundado o infundado. 5. Si el reclamo no cumple con los criterios 4 y 5, se escribe las razones en las acciones adoptadas por la institución del Libro de Reclamaciones. 6. Si el reclamo cumple con los criterios 4 y 5, el responsable del Libro de Reclamaciones proyecta documento y remite en un plazo de 5 días al Director/Jefe del Departamento, Oficina, Servicio y/o Pabellón involucrado, en la reclamación. 7. El Responsable del Libro de Reclamaciones realiza el seguimiento de la respuesta del servicio o Dpto., si no responde dentro del plazo. 8. La Oficina de Gestión de la Calidad recibe la respuesta - informe de las causas de los sucesos ocurridos y de las recomendaciones a implementar. 9. El responsable del Libro de Reclamaciones responde dentro del plazo al usuario vía correo electrónico o vía telefónica (si lo consigna) y realiza el seguimiento de las recomendaciones hasta su cumplimiento.
FIN	<ol style="list-style-type: none"> 10. El responsable del Libro Reclamaciones, elaborará el expediente del reclamo presentado conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> - El Reclamo. - El documento de envío de la reclamación. - El documento de respuesta del servicio (incluyendo la evidencia de lo realizado e implementado) - Resultado del Reclamo: Resuelto – No Resuelto



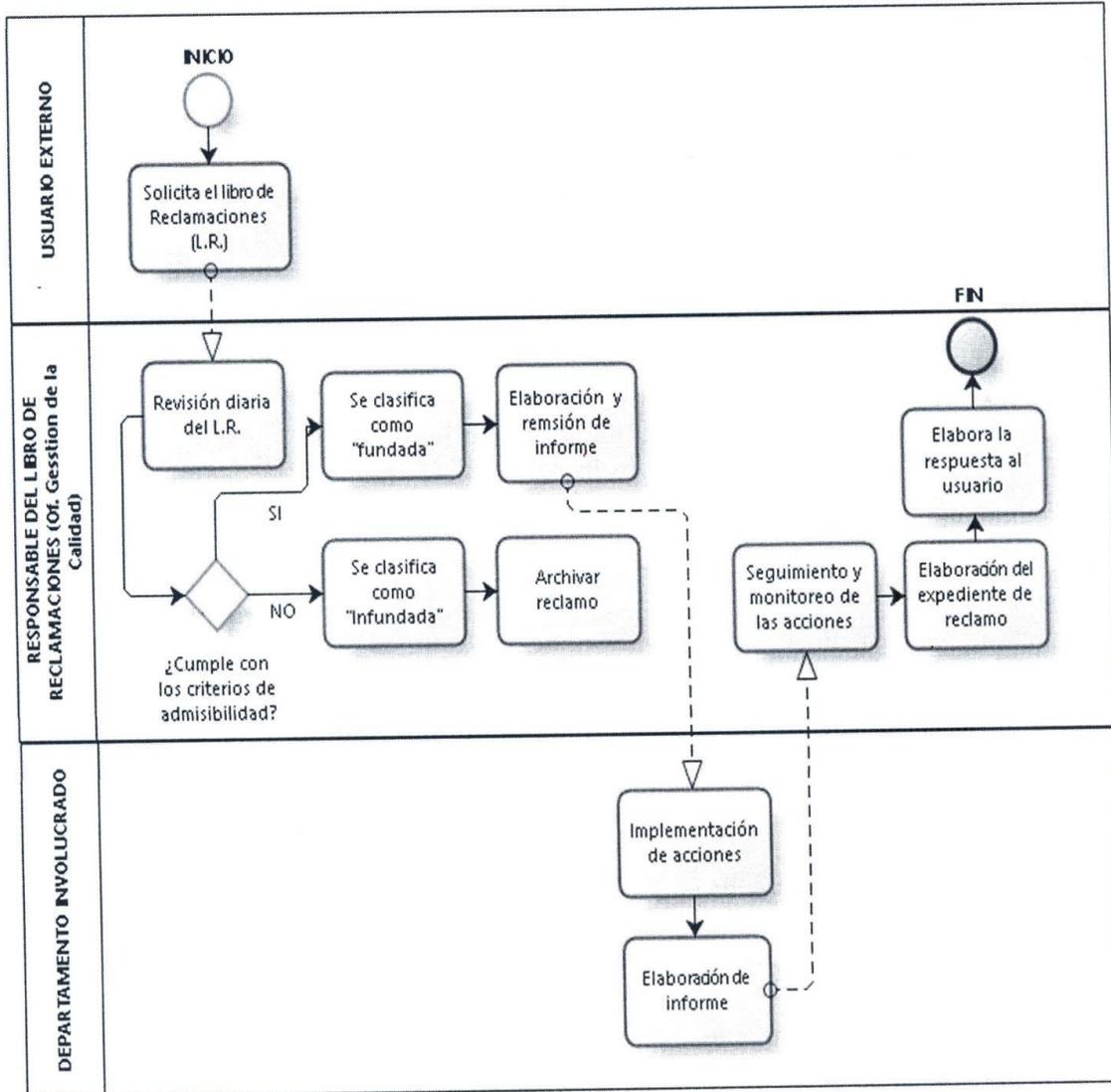


	- Notificación al usuario la respuesta de su reclamo.		
	11. El responsable del Libro de Reclamaciones ingresa el reclamo en la Base de datos.		
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Formato de Reclamaciones Informe	Libro de Reclamaciones Unidades orgánicas involucradas	Eventual A solicitud	Manual Mecanizado
SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Respuesta al usuario	Usuario	Eventual	Mecanizado
<p>DEFINICIONES (13) :</p> <p>Libro de reclamaciones: Documento de naturaleza física o virtual provisto por las IPRESS, en el cual los usuarios o terceros legitimados, podrán registrar sus reclamos ante su insatisfacción de los servicios brindados por las diferentes entidades del sector público de acuerdo a la normativa vigente</p> <p>Reclamaciones: Manifestación verbal o escrita por la que el Usuario se dirige a una Institución, cuando considera que existe incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud o en su cobertura, de acuerdo a lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, o cuando se ha vulnerado el derecho de toda persona a la seguridad social en salud o a las garantías explícitas en salud establecidas en el marco del AUS, a fin de buscar una solución directa.</p> <p>Reclamaciones atendidas: Son todas aquellas manifestaciones de disconformidad con algún producto o servicio, que la Institución ha registrado, codificado, clasificado, analizado y resuelto en forma eficaz, eficiente y efectiva, de acuerdo a su capacidad resolutoria y competencia, de manera que el reclamante ha recibido una respuesta, independiente si la decisión satisface o no al reclamante.</p> <p>Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por las IPRESS</p>			
REGISTROS (14)	: Formato de libro de reclamaciones		
ANEXOS (15)	: Flujograma del procedimiento		



Anexo N°09:

Procedimiento para la Atención del Reclamo escrito
En el Libro de Reclamaciones





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PROCESO (1) : GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO :			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Procedimiento para la atención en la plataforma de atención al usuario	FECHA (3):	Enero 2017
		CÓDIGO (4):	001-OGC010
PROPÓSITO (5) :	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE (6) :	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL (7) :	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 26842 Ley General de la Salud • Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud • Ley 2957 Código de Protección y Defensa del Consumidor • D.S. N° 011-2011-PCM Aprueba Reglamento del Libro de Reclamaciones • D.S. N° 042-2011-PCM Aprueba la obligación de las Entidades del Sector Publico de contar con Libro de Reclamaciones. • D.S. N° 031-2014-SA Aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de consultas atendidas/ N° de consultas recibidas	Porcentual	Registro de Consultas	PAU - Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (9)			
1. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".			
2. R.M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva Administrativa N° 027-MINSA-V.01 "Normas que regula el procedimiento de atención y tramite de quejas y sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud".			
3. Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, "Reglamento General para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las IPRESS".			
4. Resolución de Secretaria General N° 016-2016-SG/IGSS, Directiva Administrativa N° 006-SG-			





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

IGSS/V.01 "Plataforma de Atención al Usuario en el IGSS".

5. R.D. N° 093-2016-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera".

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recibe al usuario que ingresa en la Institución con necesidad de orientación y/o información y se evaluará la necesidad de acompañamiento en el trayecto de su atención. 2. Se brindará la orientación y/o información que el usuario requiere para hacer efectiva su atención en salud. 3. Cuando sea necesario, se asignará un personal de la Plataforma de Atención al Usuario, para el acompañamiento físico. 4. El personal asignado por la PAU apoya y orienta en trámites necesarios para llevar a cabo la atención de salud. 5. Se brindará información al usuario, sobre otros servicios que vayan a complementar su atención de salud. 6. Se contará con un registro de consultas hechas por los usuarios, para actualizar en forma regular el registro de preguntas frecuentes de los usuarios, con sus respectivas respuestas.
FIN	<ol style="list-style-type: none"> 7. En algunas ocasiones, el personal de la PAU aplicará breve encuesta pre-establecida de satisfacción del usuario.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Consulta	Usuario	A demanda	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Consulta	Usuario	A demanda	Manual

DEFINICIONES (13) : **Acompañamiento:** Acción de ir en compañía de otras u otras, en calidad de apoyo para la realización de trámites o solicitar servicios.

Consulta: Absolución de cualquier duda formulada por el usuario sobre los servicios y atenciones que brinda la Institución

Orientación: Acto de informar a alguien de lo que ignora y desea saber,





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

del estado un asunto a cargo del personal de la PAU.

Plataforma de Atención al Usuario: Espacio físico, recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consulta, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que brinda la Institución.

Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por la Institución.

REGISTROS (14) : Registro de Consultas de los usuarios

ANEXOS (15) : Flujograma del procedimiento





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo N°10:

Procedimiento para la Atención en la Plataforma de Atención al Usuario

