

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 182 - 2010-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 07 de julio del 2010

VISTOS; la Nota Informativa N° 016-OEPE-HVLH-2010 emitida por la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico, y el Memorando N° 096-OGC/HVLH/2010, emitido por el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad quienes solicitan la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos 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, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, asimismo, el artículo 17° del Reglamento precitado, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar el sistema de Gestión de la calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignados los siguientes Objetivos Funcionales, siendo uno de ellos, inciso a) Proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales, y el inciso d) Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios de la entidad e informar a la Dirección de Salud según corresponda;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, modificada por las Resoluciones Ministeriales Ns° 809-2006/MINSA, N° 205-2009/MINSA y N° 317-2009/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 Procedimientos, el mismo que se deberá elaborar considerando los incisos a), b), c) y d) del numeral 5.6.2 de la citada directiva;

Que, a través de Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-2007, se aprobó el Manual de Organización y Funciones de las unidades orgánicas del Hospital "Víctor Larco Herrera";



Que, mediante documentos de vistos, la Oficina Ejecutiva de Planeamientos Estratégico, solicita a esta Dirección General la aprobación del Manual de Proceso y Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, siendo el Manual de Procesos y Procedimientos de cada departamento, un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales, en el nivel de sub procesos o actividades, en los que interviene una o mas unidades orgánicas de nuestra Entidad;

Que, asimismo, el Manual de Procesos y Procedimientos constituye un instrumento que posibilita normar los procedimientos para que los departamentos garanticen la adecuada prestación de servicios de salud;

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 del los citados Departamento señalados en los párrafos precedentes, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

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

Con el visto bueno del Sub Director General, del Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Director de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Victor 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 "Victor 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 "Victor Larco Herrera", el mismo que consta de veintidós (22) páginas, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Sub Dirección General, a través del Director de la Oficina de Gestión de la Calidad; la difusión, supervisión e implementación del Manual de Procesos y Procedimientos de dicha Oficina.

Artículo 3°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"


Dr. EDGAR J. MIRAVAL ROJAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19027 R.N.E. 8617

EJMR/JJH/HRS/FJA.

Distribución:

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

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

**OFICINA DE GESTION DE LA
CALIDAD**

**MANUAL
DE
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

2010

Edgar Jesús Miraval Rojas
Director General del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Eco. Herlith Rojas Saavedra
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

Sra. Ana Campos Sotelo
Jefa del Equipo de Organización de la OEPE

EQUIPO DE TRABAJO:

Dr. Jorge José Jacinto Heredia
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Agradecimiento:

A todas las personas de la OEPE y de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", por su valioso aporte en la elaboración de este manual.





INDICE

CAPITULO I

Introducción

CAPITULO II

Objetivos

CAPITULO III

Base Legal

CAPITULO IV

Relación y descripción de los Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad

TRAMITE DE SUGERENCIAS

TRAMITE DE QUEJAS

SOLICITUD DE ASISTENCIA TECNICA DE LA OGC

TRAMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

AUDITORIA DE CASO

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene como objetivo organizar el trabajo que realiza según las normas vigentes, emitiendo los pasos a seguir en cada actividad a fin de que se cumplan sin errores y que sean factibles de monitoreo. La búsqueda de la eficacia expresada como la capacidad de los directivos y servidores para alcanzar las metas y resultados planificados, se expresa en las funciones que se han distribuido adecuadamente, asegurando el cumplimiento de los objetivos funcionales, aprovechando al máximo los recursos disponibles y estableciendo funciones que aseguren la evaluación de los resultados. La eficiencia es decir, producir el máximo resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo será un atributo que indirectamente será promovido con la organización de nuestras tareas.

Se busca la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, por lo tanto no existe duplicidad o superposición de funciones y atribuciones entre los funcionarios y servidores. Las responsabilidades son claramente definidas y no existe el riesgo de ser evadida o excedida por algún funcionario o servidor.

Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Victor Larco Herrera"



CAPITULO II

OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

- En el Hospital "Víctor Larco Herrera", 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° 132-2005/MINSA de fecha 16 de febrero 2005, implementándose con el Manual de Organización y Funciones según RD. N° 282-DG-HVLH-2007 del 31 de Diciembre 2007.

OBJETIVOS.

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

- a) Establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera".
- b) Servir de instrumento técnico normativo base para la sistematización de los flujos de información y documento base para el desarrollo del plan Estratégico de la Oficina de Gestión de Calidad.
- c) Servir como instrumento para facilitar la comunicación y establecer las bases para mantener un efectivo sistema de coordinación y orientación permanente al personal integrante de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Institución.
- 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 los Objetivos funcionales aprobados en el Reglamento de Organización y Funciones de la Institución.

ALCANCES.

La aplicación de este manual, se circunscribe a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera" 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 vigentes.



CAPITULO III

BASE LEGAL

La creación de la Oficina de Gestión de la Calidad y su ubicación en la estructura del Hospital "Víctor Larco Herrera", se basa en los siguientes términos Legales:

- 3.1 Ley N° 26842 Ley General de Salud
- 3.2 Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud (Ley y Reglamento)
- 3.3 Decreto Supremo N° 014-2002-SA – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio.
- 3.4 Decreto Legislativo N° 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público (24-03-84).
- 3.5 Decreto Supremo 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa (17 – 01 – 90).
- 3.6 Resolución Ministerial N° 616-2003 SA/DM, del 30 de Mayo de 2003. Aprueban el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
- 3.7 Resolución Ministerial N° 519- 2006/MINSA, del 30 de Mayo del 2006, Aprueba el Documento Técnico. "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 3.8 Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA (16.02.05), Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- 3.9 Resolución Ministerial N° 603-2006-SA/DM. 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 (14.05.09).
- 3.10 Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA (30.12.04). Aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01: "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- 3.11 Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA. (29.06.05). que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 de "Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- 3.12 Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA (25.07.07). 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.
- 3.13 Manual de indicadores Hospitalarios PERÚ/MINSA/ OGE01/004, serie de Herramientas Metodológicas Epidemiología y Salud Pública 2001.
- 3.14 Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA. (23.10.07). Aprueba la Directiva N° 123-MINSA/DGSP-V.01:"Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- 3.15 Resolución Ministerial N° 1216-2003-SA/DM. (04.12.03). Aprueba la Directiva N° 027-MINSA-V.01: Normas que regulan el Procedimiento de Atención y trámite de quejas, sugerencias, Consultas e interposiciones de buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud.
- 3.16 Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA. (24.07.06) Aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- 3.17 Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA (10.02.06). Conformar el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- 3.18 Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA. (14.07.06) Aprobar el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- 3.19 Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA. (20.07.07) Aprueban el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- 3.20 RD. N° 282-DG-HVLH-2007 del 31 de Diciembre 2007, que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera.



CAPITULO VI

IDENTIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS AGRUPADOS POR PROCESOS

- 4.1 TRAMITE DE SUGERENCIAS
- 4.2 TRAMITE DE QUEJAS
- 4.3 SOLICITUD DE ASISTENCIA TECNICA DE LA OGC
- 4.4 TRAMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
- 4.5 AUDITORIA DE CASO
- 4.6 NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
- 4.7 AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

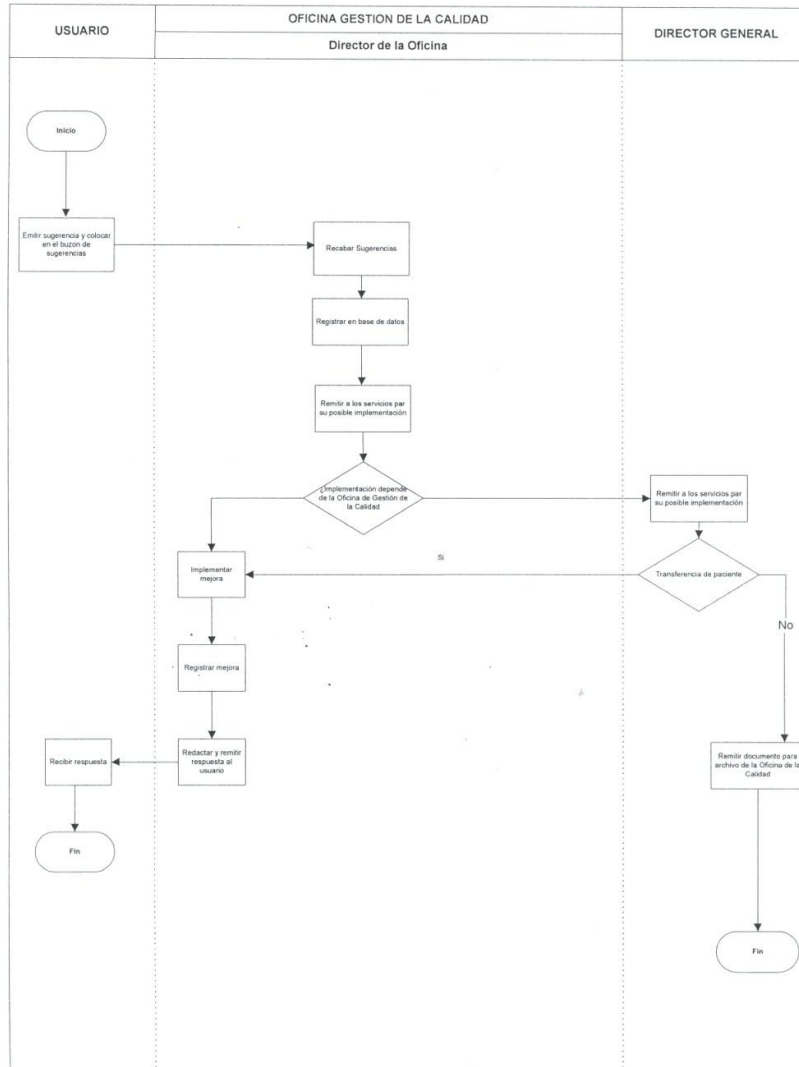


PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Atención al Cliente		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Trámite de Sugerencias	FECHA: Junio 2010	CODIGO: OGC 01
PROPÓSITO	Integrar la opinión del usuario externo en la mejora de la atención de los servicios de Salud del Hospital "Victor Larco Herrera".		
ALCANCE	A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su Reglamento D.S. N° 013-2002-SA Resolución Ministerial N° 1216 -2003-SA/SM que aprueba la Directiva N° 027- MINSa 		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Sugerencia	Número de Sugerencias atendidas	Formulario de quejas y Sugerencias	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSa (16 de Febrero 2005). Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007). Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSa. 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
INICIO			
<ul style="list-style-type: none"> El usuario deberá emitir la sugerencia escrita en el formulario de Quejas y Sugerencias y colocarlos en el Buzón de Sugerencias. El Director de la Oficina de Gestión de la Calidad deberá recabar las sugerencias recibidas, registrar en la base de datos y remitir la sugerencia a los servicios correspondientes para su posible implementación. En caso de que la implementación dependa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Director de Oficina deberá implementar la mejora, registrar la sugerencia a implementar, redactar y remitir una respuesta al usuario. En caso de que la implementación dependa de la Dirección General deberá remitirse al Director General para su revisión. <ul style="list-style-type: none"> Si aprueba implementación de sugerencia, deberá derivar a la Oficina de Gestión de la Calidad para que tome las medidas del caso, registrar la sugerencia a implementar y brindar la respuesta al usuario. Si no es aceptable, deberá derivar a la Oficina de Gestión de la Calidad para ser Archivado. 			
FIN.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formulario de Quejas y Sugerencias	Usuario	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta escrita al Usuario Externo.	Usuario	Variable	Manual
DEFINICIONES:			
REGISTROS: Formulario de quejas y sugerencias			
ANEXOS: Flujograma del Procedimiento			



Procedimiento: TRAMITE DE SUGERENCIAS

Ministerio de Salud – Hospital “Victor Larco Herrera”

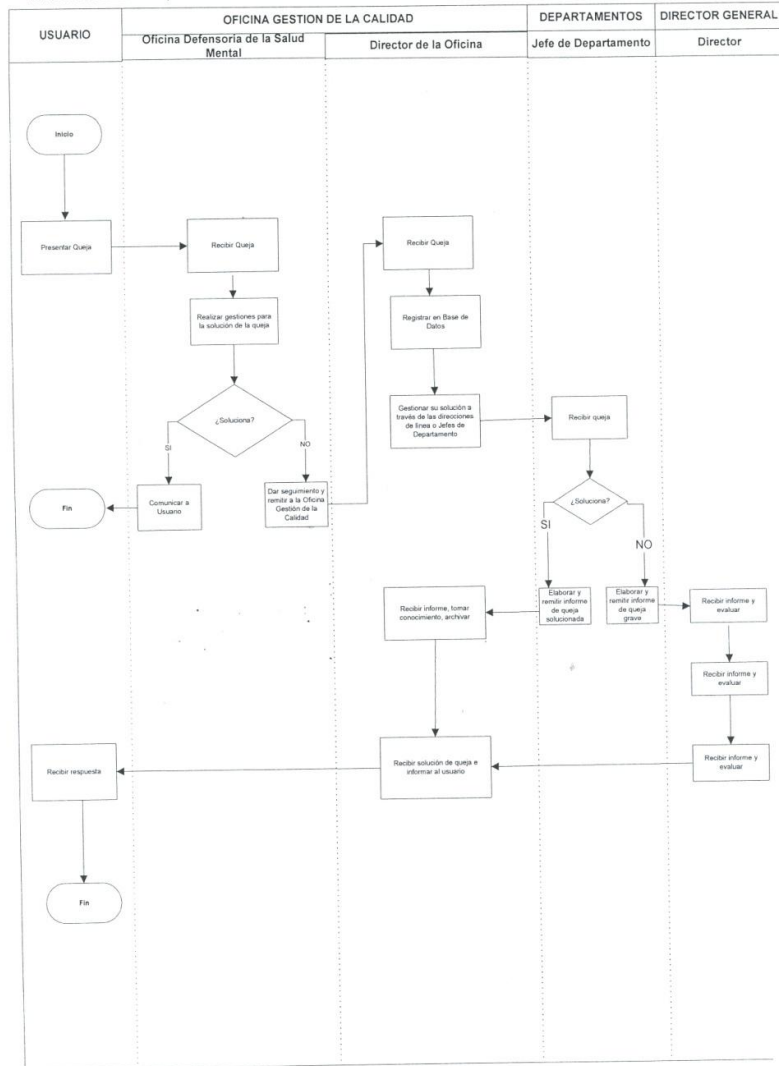


PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Atención al Cliente		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Trámite de Quejas	FECHA: Junio 2010	
		CODIGO: OGC 02	
PROPÓSITO	Brindar atención eficiente, oportuna y eficaz garantizando al usuario externo respeto irrestricto del derecho fundamental a acceder a una prestación de Salud de Calidad.		
ALCANCE	A los Órganos de Apoyo y de Línea del Hospital		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su Reglamento D.S. N° 013-2002-SA Resolución Ministerial N° 1216 -2003-SA/SM que aprueba la Directiva N° 027- MINSa 		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Queja	Número de Quejas atendidas	Formulario de quejas y Sugerencias	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSa (16 de Febrero 2005) Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007) 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
<p>INICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> El usuario deberá presentar la queja verbal o escrita (Formulario de quejas y sugerencias). La queja es recibida en la Oficina de Defensoría de Salud Mental quien deberá realizar las gestiones necesarias para la solución inmediata de la queja. <ul style="list-style-type: none"> Si la queja se soluciona, deberá comunicar al usuario y finalizar el procedimiento. Si la queja no se soluciona, deberá derivar la queja a la Oficina de Gestión de la Calidad. La Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad deberá recibir la queja y registrar en la base de datos y gestionar su solución con el Departamento correspondiente. El Departamento correspondiente deberá recibir y evaluar la queja. <ul style="list-style-type: none"> Si se soluciona, deberá elaborar y remitir el informe de queja solucionada a la Oficina de Gestión de la Calidad quien deberá tomar conocimiento, archivar y finalizar el caso. Si la queja no se soluciona, deberá elaborar y remitir el informe de queja grave de la Dirección General. El Director General deberá recibir y evaluar el informe, buscar soluciones con el equipo y emitir el dictamen de solución de queja para enviarlo a la Oficina de Gestión de la Calidad. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá recibir el dictamen y brindar la respuesta al Usuario. <p>FIN.</p>			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formulario de Quejas	Usuario	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta escrita al Usuario Externo.	Usuario	Diario	Manual
DEFINICIONES:			
REGISTROS: Formulario de quejas			
ANEXOS: Flujoograma del Procedimiento			



Procedimiento : TRAMITE DE QUEJAS

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"





OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

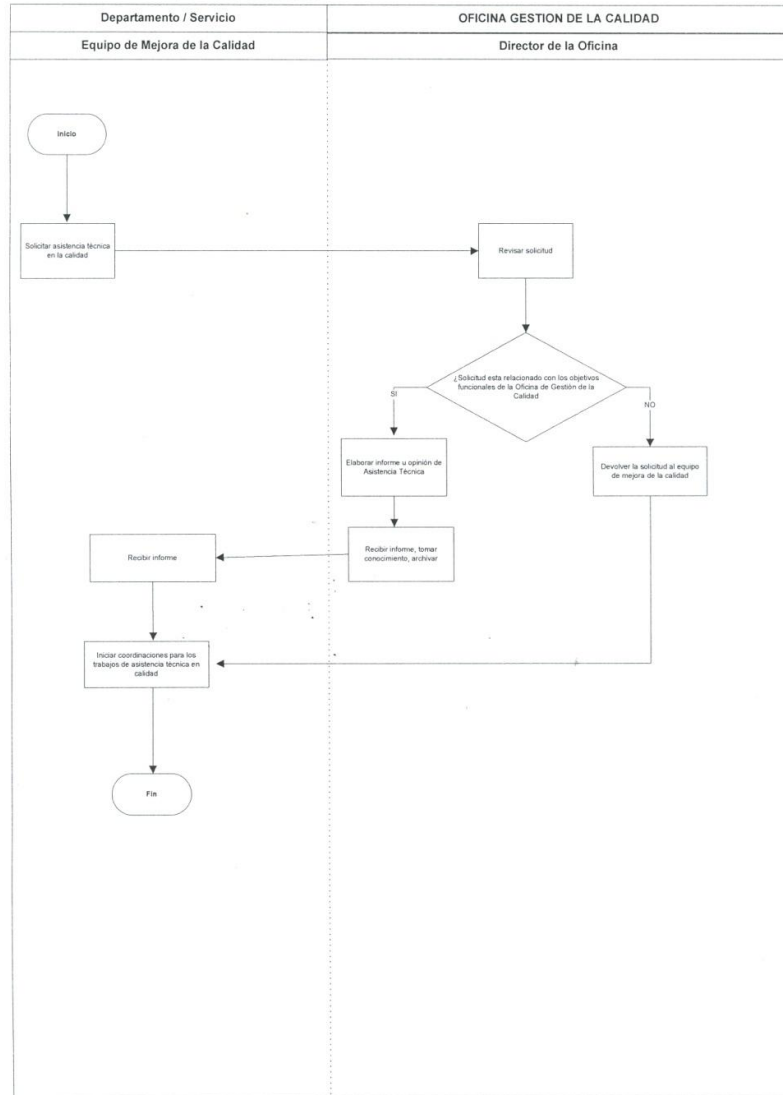


PROCESO :	GESTION DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO :	Mejoramiento continuo		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Solicitud de Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la Calidad.	FECHA :	Junio 2010
		CÓDIGO:	OGC 03
PROPÓSITO :	Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los Procesos que se ejecutan en los servicios del Hospital.		
ALCANCE :	A los Órganos de Dirección, Control, Asesoría, Apoyo y de Línea		
MARCO LEGAL :	Ley General de Salud N° 26842 Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su Reglamento D.S N° 013-2002-SA		
INDICES DE PERFORMANCE			
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
NORMAS			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera R.M N° 132-2005/MINSA. 2. Manual de Organización y Funciones del Departamento de Apoyo Medico Complementario R.D. N° 282-DG-HVLH-2007. 3. Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional, aprobado con Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
<ul style="list-style-type: none"> • El Equipo de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios y/o Departamentos deberá solicitar asistencia técnica en calidad. • La Oficina de Gestión de la Calidad deberá de revisar la solicitud y verificar que este relacionado con los objetivos funcionales de la Oficina. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Si no esta relacionado con los objetivos funcionales de la Oficina de Gestión de la Calidad, se deberá devolver la Solicitud al Equipo de mejora continua de la Calidad y finalizar el procedimiento. ➢ 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 derivar al equipo de Mejora Continua. • El Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Departamento o Servicio correspondiente deberá recibir el informe de Asistencia Técnica e iniciar las coordinaciones para los trabajos de asistencia técnica en Calidad. 			
FIN.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Asistencia Técnica.	Departamento / EMCC	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta escrita al usuario externo	Departamento / EMCC	Variable	Manual
DEFINICIONES :	Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC), equipo conformado por personal multidisciplinarios que identifica, propone, implementa y monitorea acciones de mejora en los procedimientos de la Institución.		
REGISTROS :	Solicitud de Asistencia Técnica		
ANEXOS :	Flujograma del Procedimiento		



Procedimiento: SOLICITUD DE ASISTENCIA TECNICA DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"



PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Mejoramiento continuo		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Trámite de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.		FECHA
			CODIGO: OGC 04
PROPÓSITO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.		
ALCANCE	Órganos de Línea		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> Ley Ministerio de Salud N° 27657 y su Reglamento D.S. N° 013-2002-SA 		
INDICES DE PERFORMANCE			
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
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSA (16 de Febrero 2005) Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007) Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
<p>INICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> El Equipo de Mejora Continua de la Calidad de Servicio deberá formular y remitir el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá de recibir el proyecto de Mejora Continua de la Calidad para su posible aprobación. <ul style="list-style-type: none"> Si no se aprueba su implementación, se deberá devolver el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad para mejorar o reformular la propuesta e iniciar nuevamente el procedimiento. Si se aprueba su implementación, se deberá derivar el proyecto al Equipo de Mejora de la Calidad del Departamento o Servicio correspondiente. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Departamento o Servicio deberá recibir, ejecutar, monitorear, y realizar el seguimiento del Proyecto de mejora continua de la Calidad aprobado. Asimismo deberá elaborar el informe con conclusiones, recomendaciones y derivar a la Oficina de Gestión de la Calidad. La Oficina de Gestión de la Calidad deberá recibir, socializar, difundir y derivar el informe del Proyecto de Mejora a la Dirección General. La Dirección General deberá recibir el informe del éxito del Proyecto y emitir la constancia de reconocimiento al Equipo de Mejora Continua de la Calidad. El Equipo de Mejora Continua de la Calidad deberá recibir la constancia de Reconocimiento. <p>FIN.</p>			

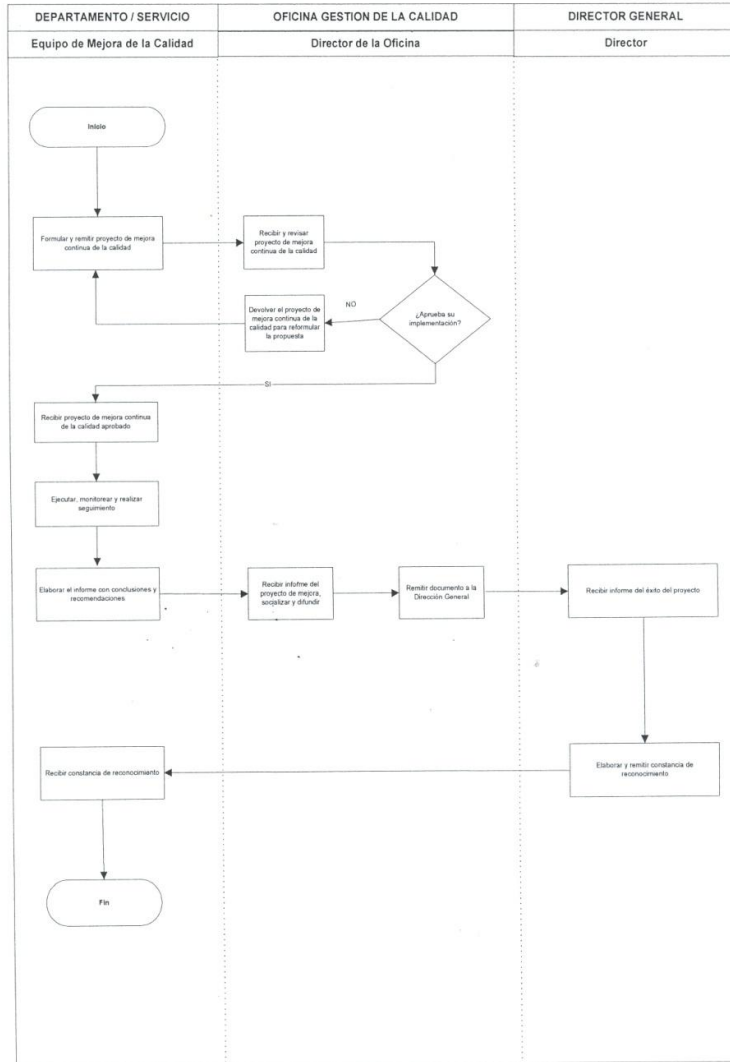


ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Aprobación de proyecto de mejora.	Usuario	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Constancia de Reconocimiento al Equipo de Mejora Continua de la Calidad	Departamentos /EMCC	Variable	Manual
DEFINICIONES: Equipos de Mejora Continua de la Calidad de los servicios EMCC			
REGISTROS:			
ANEXOS: Flujograma			



Procedimiento : TRAMITE DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"

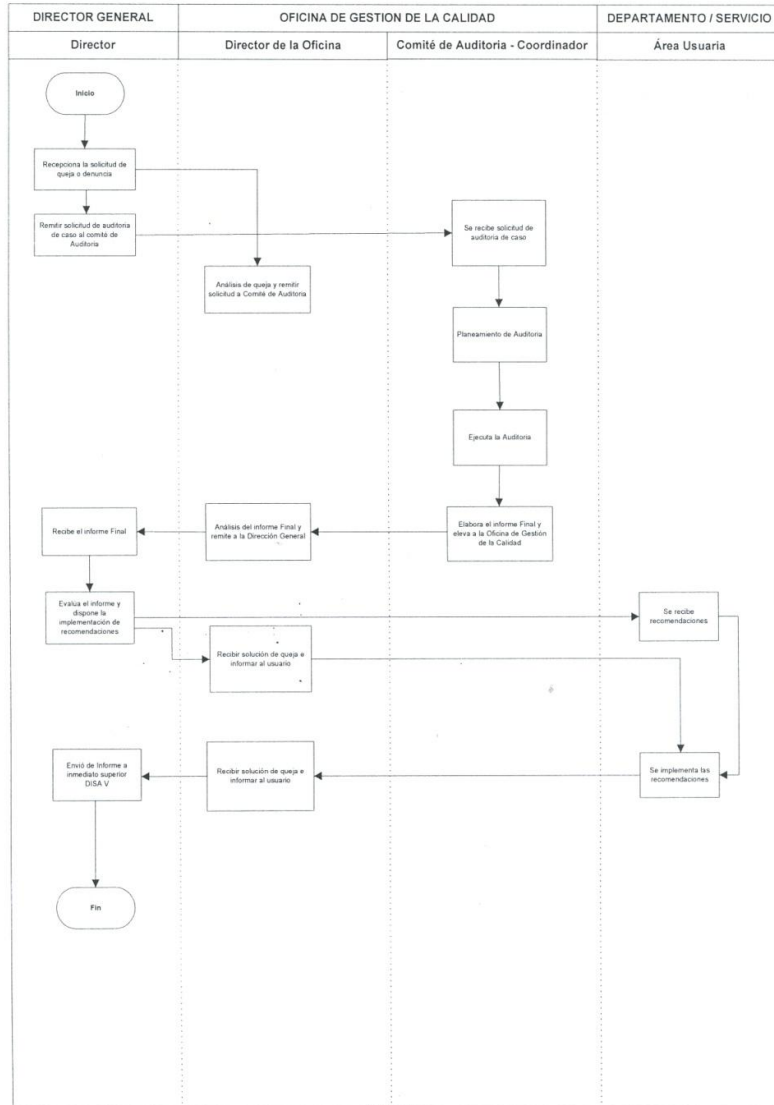


PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Auditoria de la Calidad		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoria de Caso.	FECHA	
		CODIGO: OGC 05	
PROPÓSITO	Procesos para mejora de Calidad de atención en los servicios asistenciales del HVLH.		
ALCANCE	Oficina de Gestión de la Calidad del HVLH, Comité de Auditoria del HVLH.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> R.M. 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de atención en Salud. 		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Auditorias de caso atendidas	Informe	Historia Clínica	Comité de Auditoria
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSA (16 de Febrero 2005) Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007) Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
<p>INICIO</p> <ol style="list-style-type: none"> Dirección General recibe la Queja o Sugerencia. Dirección General solicita Auditoria de Caso al comité de Auditoria Dirección General evalúa la queja o sugerencia recibida y la deriva a la OGC para su evaluación. La OGC realiza el análisis de la queja y determina la solicitud de auditoria de caso al comité de Auditoria. El comité de Auditoria recibe la solicitud de auditoria de caso y procede a planificar la auditoria correspondiente El comité de Auditoria ejecuta la auditoria. El comité de Auditoria elabora el informe final, elevándolo a la OGC. La OGC evalúa la calidad del contenido del informe de auditoria y se eleva a Dirección General La Dirección General evalúa la calidad del informe y dispone la implementación de las recomendaciones al área auditada notificando a OGC. El área auditada recibe e implementa las recomendaciones, elaborando un informe de las implementaciones. OGC realiza seguimiento de implementaciones. Dirección General recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior solicitante. <p>FIN.</p>			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Auditoria de caso	Usuario	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Auditoria de Caso	Oficina de Gestión de la Calidad	Variable	Manual
<p>DEFINICIONES: Auditoria de Caso, Es aquella que por su implicancia en las políticas de la Organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos presentados, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo- Administrativas del establecimiento de Salud, La participación de los integrantes en este tipo de auditoria se fundamenta en el análisis de Historia Clínica.</p>			
<p>REGISTROS: Formato de Auditorias de Caso</p>			
<p>ANEXOS: Flujoograma</p>			



Procedimiento: AUDITORIA DE CASO

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"



PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Plan de Seguridad el Paciente		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Notificación de Eventos Adversos	FECHA: Junio 2010	
		CODIGO: OGC 06	
PROPÓSITO	Contar con Sistema de Notificación, Reporte y reducción de Eventos Adversos en el HVLH		
ALCANCE	Oficina de Gestión de la Calidad del HVLH, Usuarios Internos del HVLH.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • R.M. 519-2006/MINSA aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. • RM. 132-2005/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HVLH • RM. 676-2006/MINSA aprueba el DT: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008" 		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Eventos Adversos reportados por servicio	Notificación	Formato de Notificación de EA.	Jefe de Unidad o Servicio
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSA (16 de Febrero 2005) • Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007) • Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
INICIO 1. Ocurrencia del Evento Adverso 2. Notificación del Evento Adverso (llenado de ficha de Seguridad del paciente) 3. Entrega de Ficha de Notificación a persona responsable 4. Reporta incidente o evento adverso en forma inmediata. 5. Eventos adversos relacionados a IIH y RAM se registra la información en ficha de Notificación en Departamento de Epidemiología 6. El Departamento de Epidemiología procesa la información y remite informe mensual a la OGC. 7. Impacto 1 y 2 se Notifica a la OGC 8. OGC coordina con Jefes de Servicio, Jefe de Departamento, Comité y Dirección General para solución del Evento Adverso 9. Registra información de ficha de Notificación para seguridad del paciente en base de Datos 10. Elabora y evalúa informe Global sobre eventos adversos del HVLH. 11. Realiza reunión con Jefaturas de Servicios y Departamentos Involucrados para difusión de hallazgo y establecer estrategias de solución 12. Elabora informe y Proyectos de Mejora HVLH 13. Remite informe Mensual a Dirección General 14. Dirección General Evalúa Informe 15. Coordina con las instancias competentes para la implementación del Proyecto de Mejora 16. Se implementa proyectos de mejora para la reducción de eventos adversos. FIN.			

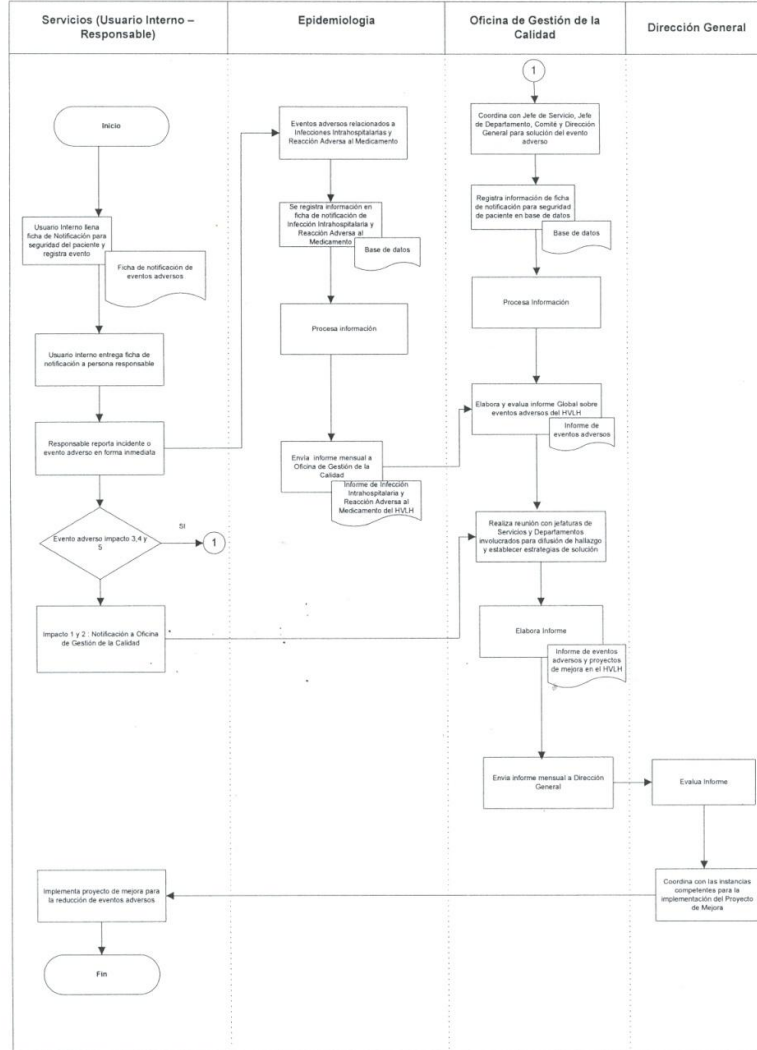


ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Notificación de Eventos Adversos	Servicio Asistencial	Variable	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reporte	O G C	Variable	Manual
DEFINICIONES: Evento Adverso , Daño causado al paciente como resultado de la atención de salud prestada en la Institución.			
REGISTROS : Formato de Notificación de Eventos Adversos.			
ANEXOS : Flujograma			



Procedimiento : NOTIFICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"



PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUB-PROCESO	Auditoría de la Calidad		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoría de Registro de Historia Clínica	FECHA: Junio 2010	
		CODIGO: OGC 07	
PROPÓSITO	Procesos para Contar con Sistema de Notificación, Reporte y reducción de Eventos Adversos en el HVLH		
ALCANCE	Oficina de Gestión de la Calidad del HVLH, Comité de Auditoría Médica del HVLH.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> R.M. 474-2005/MINSA aprueba NT. 029-MINSA/DGSP-01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud. RM. 132-2005/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HVLH RM. 676-2006/MINSA aprueba el DT. "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008" 		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Reporte trimestral	Reporte	Historia Clínica	Comité de Auditoría de Servicio
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" R.M. N° 132-2005/MINSA (16 de Febrero 2005) Manual de Organización de Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 282-DG-HVLH-2007 (31 de Diciembre del 2007) Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA 			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			
<p>INICIO</p> <ol style="list-style-type: none"> Elaboración del Plan Anual de Auditoría y Programación de Auditoría de Registro El comité de auditoría planifica de las auditorías Los comités de auditoría de cada servicio realizan las auditorías de registro Los Comités de auditoría envían reporte trimestral de auditoría, de registro al comité de auditoría. El comité de auditoría elabora el consolidado de los reportes provenientes de los servicios y elabora la solicitud El comité de auditoría elabora la solicitud de acciones correctivas y preventivas Se eleva informe final a la OGC, se registra y se elaboran planes de mejora en base a las auditorías realizadas. En la OGC. Se registra y se elabora propuesta de actividades de mejora La Dirección General toma conocimiento de resultados de auditorías. <p>FIN.</p>			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Auditorías de Registro	Servicio Asistencial	Trimestral	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Consolidado de auditoría de registro de H/C del HVLH.	Oficina de Gestión de la Calidad	Trimestral	Manual
DEFINICIONES: Auditoría de la Calidad del registro asistencial, Verificación seriado o muestral de la calidad de registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.			
REGISTROS: Formato de Auditoría de registro.			
ANEXOS: Flujoograma			



Procedimiento : AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

Ministerio de Salud – Hospital "Victor Larco Herrera"

