



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 065 - 2020-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 23 de junio del 2020

**Visto;** la Nota Informativa N° 061-2020-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, el proceso de modernización de la gestión del Estado, tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, teniendo, entre otros objetivos, alcanzar un Estado que se encuentre al servicio de la ciudadanía, que cuente con canales efectivos de participación ciudadana, y que sea transparente en su gestión;

Que, el numeral 3.2 del Anexo del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, establece los "Pilares Centrales de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública", siendo la gestión por procesos y la organización institucional uno de ellos, el cual debe implementarse paulatinamente en todas las entidades a fin de brindar a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y lograr resultados que los beneficien. Para ello deberán priorizar aquellos que sus procesos que sean más relevantes de acuerdo a la demanda ciudadana, a su Plan Estratégico, a sus competencias y los componentes de los programas presupuestales que tuvieren a su cargo, para luego poder organizarse en función a dichos procesos;

Que, la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, dispone en su Tercera Disposición Complementaria Transitoria que las entidades para el proceso de transición al régimen del Servicio Civil deben, entre otros, realizar un análisis de los principales servicios a prestar; en concordancia asimismo con lo establecido en el "Lineamiento para el tránsito de una entidad pública al régimen del Servicio Civil, Ley 30057", aprobado mediante Resolución de Presidencia ejecutiva N° 034-20187-SERVIR/PE";

Que, mediante Resolución de Presidencia ejecutiva N° 087-2017-SERVIR-PE se dispone formalizar la aprobación de la Directiva N° 002-2017-SERVIR/GDSRH "Normas para la elaboración del Mapeo de procesos y Plan de Mejoras de las Entidades Públicas en Proceso de Tránsito"; la misma que contempla actividades referidas al mapeo de procesos de la entidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, de fecha 21 de diciembre de 2017, se aprobó la Directiva Administrativa N° 245-OGPP/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud". Donde se establece disponer un Manual de Procedimientos (MAPRO) aprobado en los órganos desconcentrados;

Que, mediante Resolución Directoral N° 013-2017-DG-HVLH de fecha 25 de enero del 2017, se aprobó el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de 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 conformidad;

Que, mediante documentos de visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, solicita a la Dirección General, la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera; 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 infirmado por Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Con el visado del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad 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 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1º.-** 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 cuarenta y uno (41) páginas, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, supervisión e implementación del Manual de Procesos y Procedimientos de dicha Unidad orgánica.

**Artículo 3º.-** Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 013-2017-DG-HVLH de fecha 25 de enero del 2017.

**Artículo 4º.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)).

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/ MYRV/


#### Distribución:

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



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RUBRO	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
REVISIÓN	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO/HVLH		
APROBADO	DIRECCIÓN GENERAL		



## INDICE

SIGLAS Y DEFINICIONES.....	3
INTRODUCCION .....	5
I. OBJETIVO.....	6
II. ALCANCE.....	6
III. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	7
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	8



**SIGLAS Y DEFINICIONES**

<b>SIGLA O TÉRMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Abog. esp.	ABOGADO ESPECIALISTA
Asist. Ejec.	ASISTENTE EJECUTIVO
CSP	COMITÉ DE SEGURIDAD AL PACIENTE
DG	DIRECCIÓN GENERAL
DIRIS	LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
E EI	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS
Esp. Adm. III	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO III
HVLH	HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
IAFAS	INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
IPRESS	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD





SIGLA O TÉRMINO	DEFINICIÓN
LR	LIBRO DE RECLAMACIONES
MINSA	MINISTERIO DE SALUD
OAJ	OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
OGC	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
PAU	PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
PMC	PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA
RD	RESOLUCIÓN DIRECTORAL
RM	RESOLUCIÓN MINISTERIAL
SUSALUD	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
UO	UNIDAD ORGANICA





## 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 OGC, 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.





## **I. OBJETIVO**

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.

## **II. ALCANCE**

El presente documento técnico, es de aplicación en todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital Víctor Larco Herrera.







## III. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PROCESOS	SUBPROCESOS	PROCEDIMIENTO	CODIGO
Gestión en Calidad	Diseño del proyecto de mejora	Autoevaluación	001.OGC
		Notificación de eventos adversos y centinela.	002.OGC
		Elaboración y aprobación de proyectos de mejora continua.	003.OGC
	Implementación de la gestión de la calidad	Ejecución de ronda de seguridad.	004. OGC
		Medición del tiempo de espera.	005 OGC
		Medición de la satisfacción del usuario.	006. OGC
		Ejecución de la auditoría de la calidad.	007. OGC
	Evaluación de la gestión de la calidad	Atención de la sugerencia y/o recomendaciones escrita en los buzones.	008. OGC
		Atención del reclamo escrito en el libro de reclamaciones.	009. OGC
		Atención en la plataforma de atención al usuario.	010. OGC





#### **IV. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**



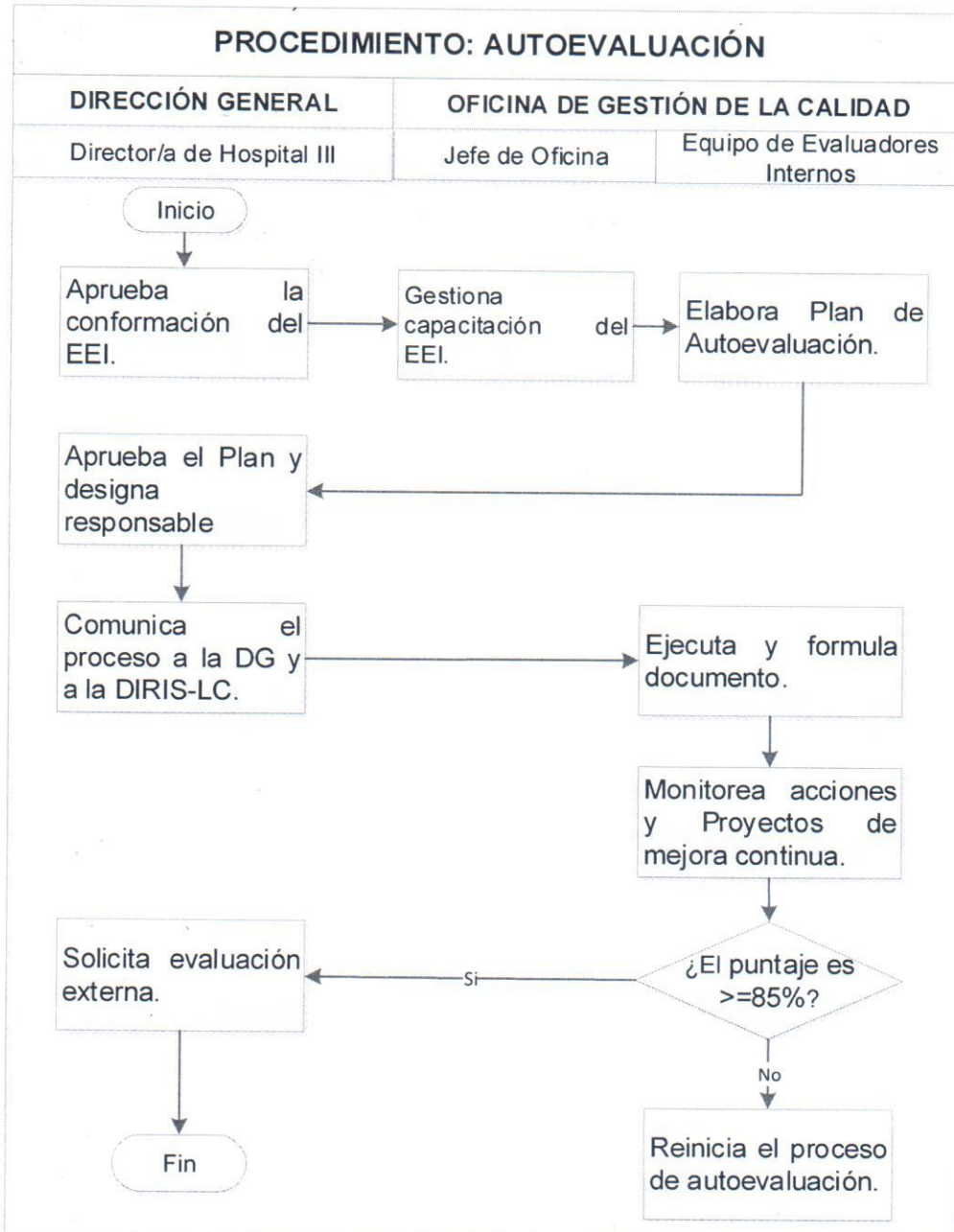
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
AUTOEVALUACIÓN		001.OGC
PROCESO	Gestión de la calidad.	
OBJETIVO	Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a la categoría III-1 para fortalecer la calidad de atención al usuario a través de la optimización de procesos.	
ALCANCE	Órganos de Línea.	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud".                      Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud".                      Ley N°27658," Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".                      Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud".                      Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo"                      Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera".                      Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.                      R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".                      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.                      R.M. N° 270-2007/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.                      R.D. N° 139-2019-DG-HVLH, conforma el equipo de evaluadores internos 2019.                      R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Aprobar con documento la conformación del Equipo de Evaluadores Internos.	R.D.	7 días hábiles	Director/a de Hospital III	DG
2	Gestionar la capacitación del EEI.	Capacitación	7 días hábiles	Jefe/a de Oficina	OGC
3	Elaborar el Plan de Autoevaluación.	Plan	2 días hábiles	EEI	
4	Aprobar el Plan y designar al responsable del EEI.	R.D.	7 días hábiles	Director/a de Hospital III	D.G.
5	Comunicar oficialmente el inicio del proceso de autoevaluación, a la Dirección General y a la DIRIS-LC.				
6	Ejecutar la autoevaluación y formular documento.	Informe técnico.	20 días hábiles	EEI	OGC
7	Monitorear las acciones de mejora y Proyectos de mejora continua, en caso de obtener puntaje de 85% y	Acciones	20 días hábiles		
8	Verificar si el puntaje $\geq 85\%$				
8.1	No: Reiniciar el proceso de autoevaluación.				
8.2	Si: Solicitar evaluación externa.	Evaluación	6 meses a 1 año	Director/a de Hospital III	DG
<b>TOTAL</b>					
DEFINICIÓN	<b>Evaluación.</b> - Acción y efecto de evaluar. <b>EEI:</b> Equipo de evaluadores internos				
REGISTROS	Documentos que sirven para complementar el procedimiento como: Orden de Ingreso P43 Nota Ingreso E-15 Libro de ingresos				
ANEXOS	Flujograma				







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSO Y CENTINELA		002.OGC
PROCESO	Gestión de la calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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. R.M. N° 270-2007/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. R.D. N° 139-2019-DG-HVLH, conforma el equipo de evaluadores internos 2019. R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	



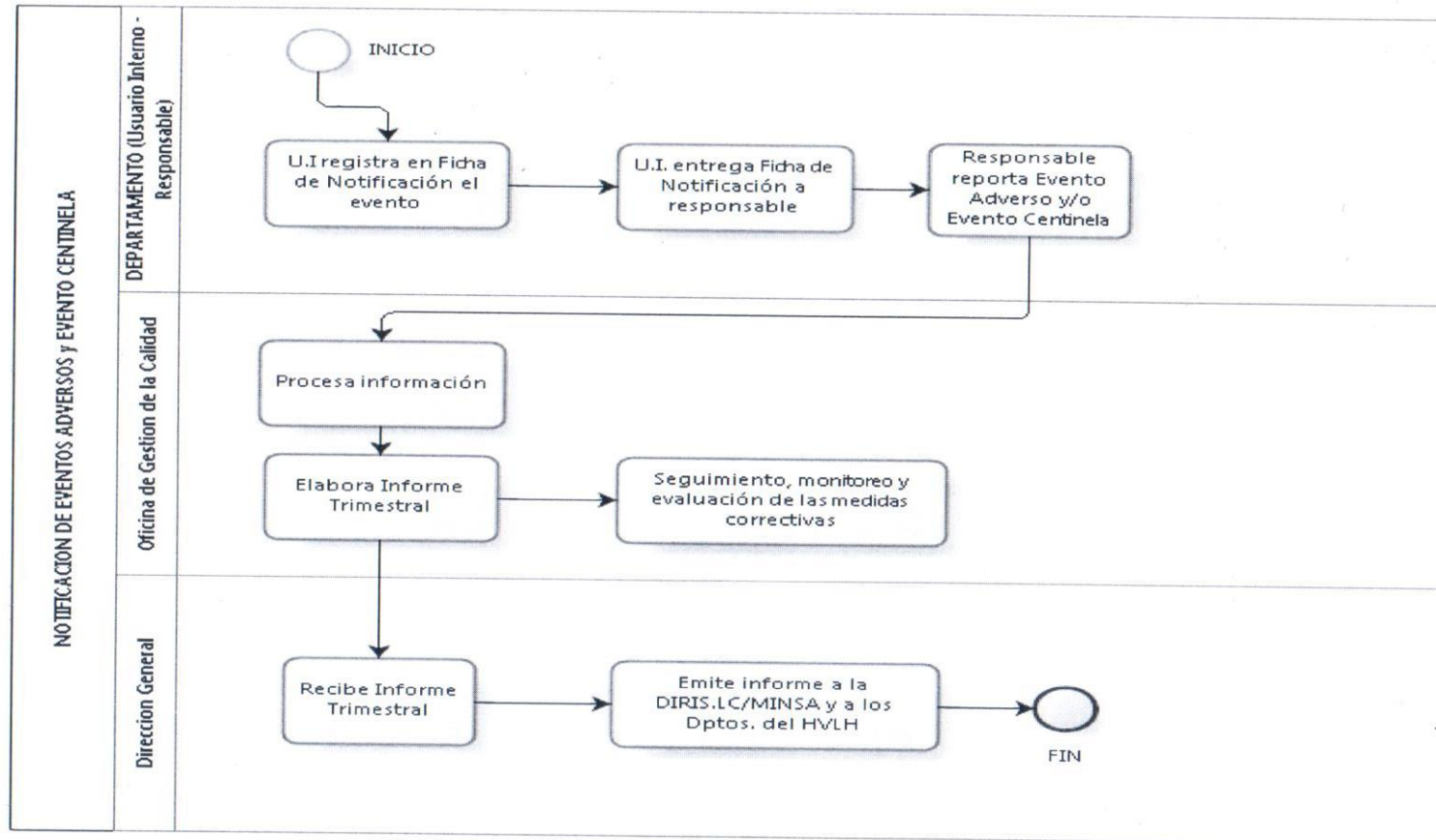


DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Registrar el evento adverso y/o centinela en la ficha de notificación. Luego entregar al responsable.	Notificación	24 horas	Usuario interno	UO HVLH
2	Reportar el evento adverso y/o centinela a la OGC.	Reporte	48 horas	Personal responsable	OGC
3	Procesar información y elaborar informe trimestral.	Informe trimestral	48 horas		
4	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de las medidas correctivas.	Evaluación	1 semana	CSP	
5	Recibir y emitir a la DIRIS Lima Centro o quien haga sus veces y a los departamentos de Hospital.	Informe	Trimestral	Asist. Ejec.	DG
TOTAL					
DEFINICIÓN	<p><b>Evento Adverso:</b> 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.</p> <p><b>Evento Adverso Centinela:</b> Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de esta.</p> <p><b>Incidente:</b> 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.</p>				
REGISTROS	Ficha de Notificación de Evento Adverso.				
ANEXOS	Flujograma				





### PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSO Y CENTINELA







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA		003.OGC
PROCESO	Gestión en Calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea.	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud".                      Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud".                      Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".                      Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud".                      Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo"                      Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera".                      Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.                      R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".                      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".                      R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".                      R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





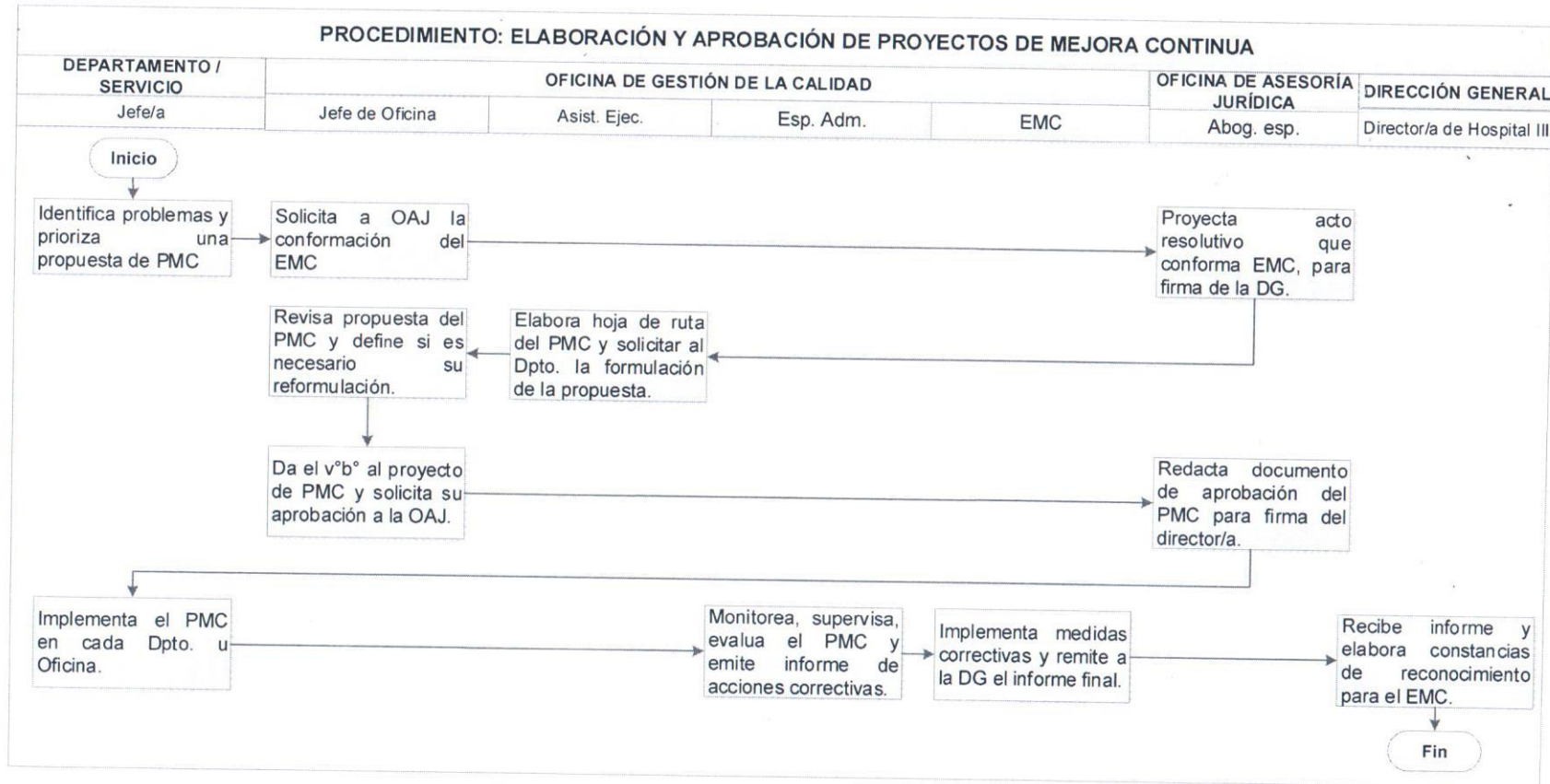
## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Identificar los problemas y priorizar una propuesta de PMC	Proyecto	1 semana	Jefe/a	UO HVLH
2	Solicitar a OAJ la conformación del EMC	Memo.	1 semana		OGC
3	Proyectar acto resolutivo que conforma EMC, para firma de la DG.	R.D.	1 semana	Abog.esp.	OAJ
4	Elaborar hoja de ruta del PMC para el EMC y solicitar al Dpto. u Oficina, la formulación de la propuesta del PMC.	H. R	1 semana	Asist.Ejec.	OGC
5	Revisar la propuesta del PMC y definir si es necesario su reformulación.	Proyecto	1 semana	Jefe/a	
6	Emitir v°b° al proyecto de PMC presentado por el Dpto. u Oficina y solicitar su aprobación a la OAJ.	V° B°	1 semana		
7	Redactar documento de aprobación del PMC para firma del director/a.	R.D.	2 días	Abog.esp.	OAJ
8	Implementar el PMC en cada Dpto. u Oficina.	Acciones	1 semana	Jefe/a	UO HVLH
9	Monitorear, supervisar y evaluar el PMC. Según el caso, determinar la necesidad de mejorar procesos, emitir informe de acciones correctivas a las UO responsables.	Informe	1 semana	Esp. Adm.	OGC
10	Implementar las medidas correctivas y remitir a la DG el informe final del PMC.	Acciones	1 semana	EMC	
11	Recibir el informe y elaborar constancias de reconocimiento para el EMC.	Constancia	1 semana	Director/a	DG
TOTAL					
DEFINICIÓN	<b>Acciones correctivas:</b> Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.				
REGISTROS	Ninguno.				
ANEXOS	Flujograma				





### PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD		004.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea.	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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". R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





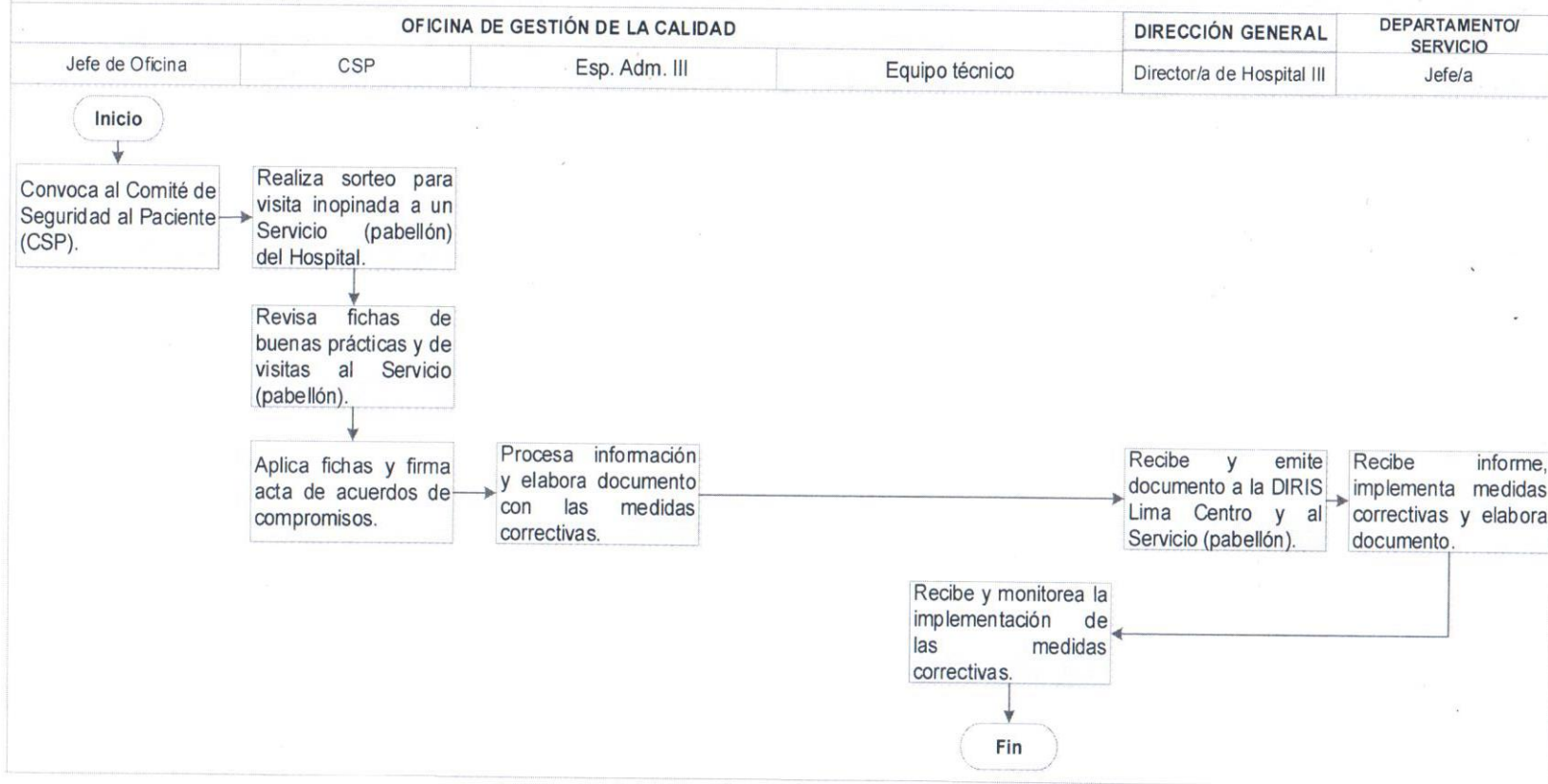
## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1.	Convocar al Comité de Seguridad al Paciente (CSP).	Memorando	1 semana	Jefe/a de Oficina	OGC
2	Realizar sorteo para visita inopinada a un Servicio (pabellón) del Hospital.	Sorteo	En el día de la ronda	CSP	
3	Revisar las fichas de buenas prácticas y de visitas al Servicio (pabellón) seleccionado.	Fichas	En el día de la ronda		
4	Aplicar fichas y firmar acta de acuerdos de compromisos al finalizar la visita.	Acta	En el día de la ronda		
5	Procesar información y elaborar documento que incluye las medidas correctivas a implementar.	Informe	Mensual / trimestral	Esp. Adm. III	
6	Recibir información, emitir documento a la DIRIS Lima Centro o quien haga sus veces y al Servicio (pabellón) involucrado.	Informe	3 días	Director/a de Hospital III	DG
7	Recibir informe, implementar medidas correctivas y elaborar documento.	Informe	4 semanas	Jefe/a de Servicio	UO-HVLH
8	Recibir informe y monitorear la implementación de las medidas correctivas.	Monitoreo	2 semanas	Equipo técnico OGC	OGC
TOTAL					
DEFINICIÓN	<b>Seguridad del paciente.</b> - Es la reducción de riesgo de daños innecesarios con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.				
REGISTROS	Fichas de buenas prácticas.				
ANEXOS	Flujograma.				





PROCEDIMIENTO: EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA		005.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea.	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658," Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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". R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

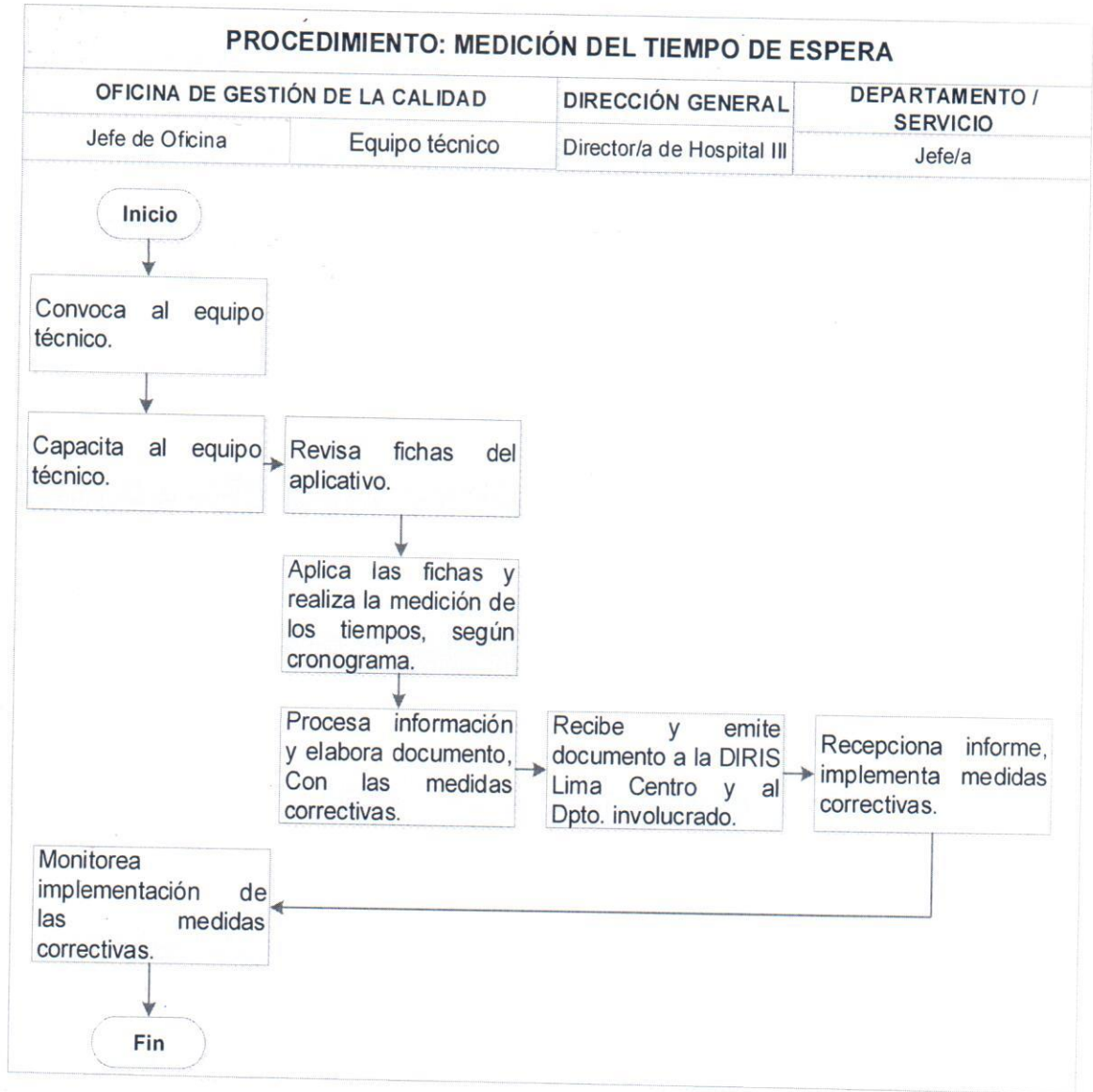
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Convocar al equipo técnico.	RD	1 semana	Jefe/a de oficina	OGC
2	Capacitar al equipo técnico.	Capacitación	1 semana	Jefe/a de oficina	
3	Revisar fichas del aplicativo.	Revisión	1 día	Equipo técnico	
4	Aplicar las fichas y realizar la medición de los tiempos, de acuerdo al cronograma establecido.	Fichas	mensual		
5	Procesar la información y elaborar documento, que incluye las medidas correctivas a implementar.	Informe	anual		
6	Recibir información, emitir documento a la DIRIS Lima Centro o quien haga sus veces y al Departamento involucrado.	Informe	mensual	Director/a de Hospital III	DG
7	Recepcionar informe, implementar medidas correctivas y elaborar informes.	Informe	mensual	Jefe de área	UO-HVLH
8	Recibir información y monitorear implementación de las medidas correctivas.	Monitoreo	mensual	Jefe/a de Oficina	OGC
<b>TOTAL</b>					
DEFINICIÓN	<b>Tiempo de espera:</b> 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	Ficha de tiempos de espera – Aplicativo MINSA				
ANEXOS	Flujograma				







PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO		006.OGC
PROCESO	Gestión en Calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea.	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud".                      Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud".                      Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".                      Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud".                      Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo"                      Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera".                      Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.                      R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".                      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".                      R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".                      R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





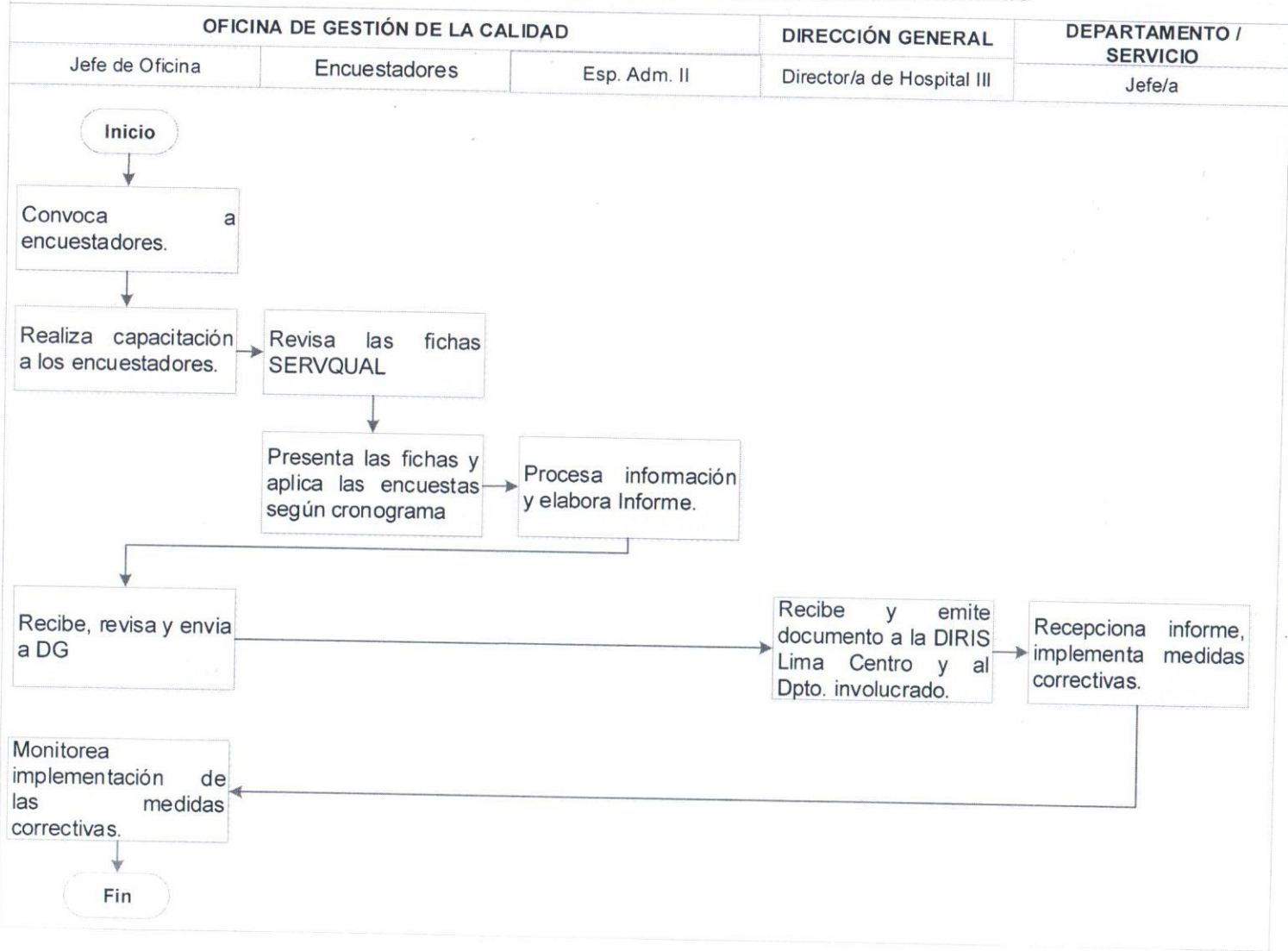
## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA	
1	Convocar a encuestadores.	RD	01 semana	Jefe/a de Oficina	OGC	
2	Realizar la capacitación de los encuestadores.	Capacitación	02 días			
3	Revisar las fichas SERVQUAL	Fichas	02 días	Encuestadores		
4	Presentar las fichas y aplicar en las encuestas realizadas de acuerdo al cronograma establecido.	Fichas	01 día			
5	Procesar la información y elaborar el informe.	Informe	Anual	Esp. Adm. III		
6	Recibir, revisar y enviar a DG			Jefe/a de Oficina		
7	Recibir información, emitir documento a la DIRIS Lima Centro y al Servicio (Pabellón) involucrado.		Anual	Director/a de Hospital III		DG
8	Recepcionar informe, implementar medidas correctivas y elaborar informe.		Trimestral	Jefe/a		UO-HVLH
9	Recibir información y monitorear implementación de las medidas correctivas.	Monitoreo	Trimestral	Jefe/a de Oficina		OGC
<b>TOTAL</b>						
DEFINICIÓN	<b>Satisfacción del usuario externo:</b> 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	SERVQUAL					
ANEXOS	Flujograma					





PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS AUDITORIA DE LA CALIDAD		007.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de línea.	
MARCO LEGAL	Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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". R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	



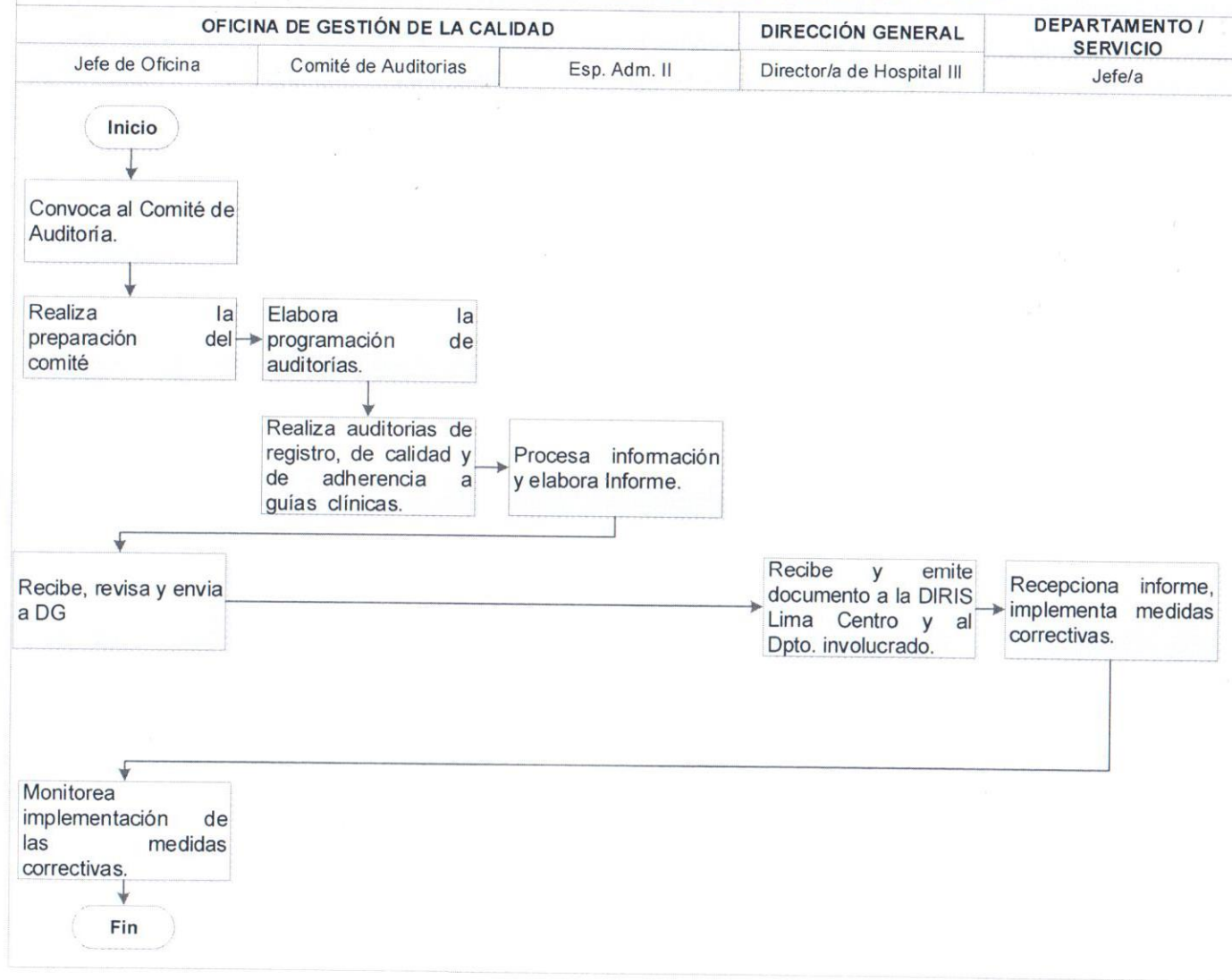


DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS						
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA	
1	Convocar al Comité de Auditoría (CA).	Notificación	01 semana	Jefe/a de oficina	OGC	
2	Realizar la preparación del comité	Capacitación	01 mes			
3	Elaborar la programación de auditorías.	Cronograma	01 mes	Comité de Auditoría		
4	Realizar auditorías de registro, de calidad y de adherencia a guías de prácticas clínicas.	Auditorías	Trimestral			
5	Procesar la información y elaborar documento incluyendo las medidas correctivas a implementar.	Informe		Esp. Adm. III		
6	Recibir, revisar y enviar a DG			Jefe/a de Oficina		
6	Recibir información, emitir documento a la DIRIS Lima Centro o quien haga sus veces y al Servicio (Pabellón) involucrado.			Director/a de Hospital III		DG
7	Recepcionar informe, implementar medidas correctivas y elaborar informe.			Jefe/a		UO-HVLH
8	Recibir información y monitorear implementación de las medidas correctivas	Monitoreo		Jefe/a de Oficina	OGC	
TOTAL						
DEFINICIÓN	<b>Auditoría Médica:</b> 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	Fichas de auditorías.					
ANEXOS	Flujograma					





PROCEDIMIENTO: EJECUCIÓN DE LAS AUDITORIAS DE LA CALIDAD





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LA SUGERENCIA Y/O RECOMENDACIÓN ESCRITA EN LOS BUZONES		008.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	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	Órganos de línea	
MARCO LEGAL	Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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". R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	







DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS							
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA		
1	Registrar sugerencias en los 14 buzones que se encuentran distribuidos en el hospital.	Formato de Sugerencia/Recomendación	Diario	Usuario	HVLH		
2	Aperturar los buzones, en compañía del representante de SUSALUD (en calidad de veedor)	Revisión	Mensual	Encargado del PAU	OGC		
3	Evaluar si cumple con los criterios de admisibilidad.	Evaluación					
4	Verificar si las sugerencias son fundadas o infundadas.	Clasificación					
4.1	Infundado: Escribir las razones de su no tramitación en la parte posterior del formato y archivar.						
4.2	Fundado: Elaborar documento comunicando de la sugerencia/recomendación recibida al departamento, oficina, servicio y/o pabellón involucrado y solicitar informe de la implementación.						
5	Recepcionar documento e implementa las acciones	Informe				Jefe/a Dpto./servicio/ oficinas	UO-HVLH
6	Recepcionar el informe de la UO.	Informe				Jefe/a de oficina	OGC
7	Responder al usuario (vía correo electrónico o telefónica) y realiza el seguimiento de las recomendaciones hasta su cumplimiento	Documento/Email				Encargado del PAU	
8	Ingresar la sugerencia en la Base de Datos.	Informe	Trimestral	Jefe/a oficina			



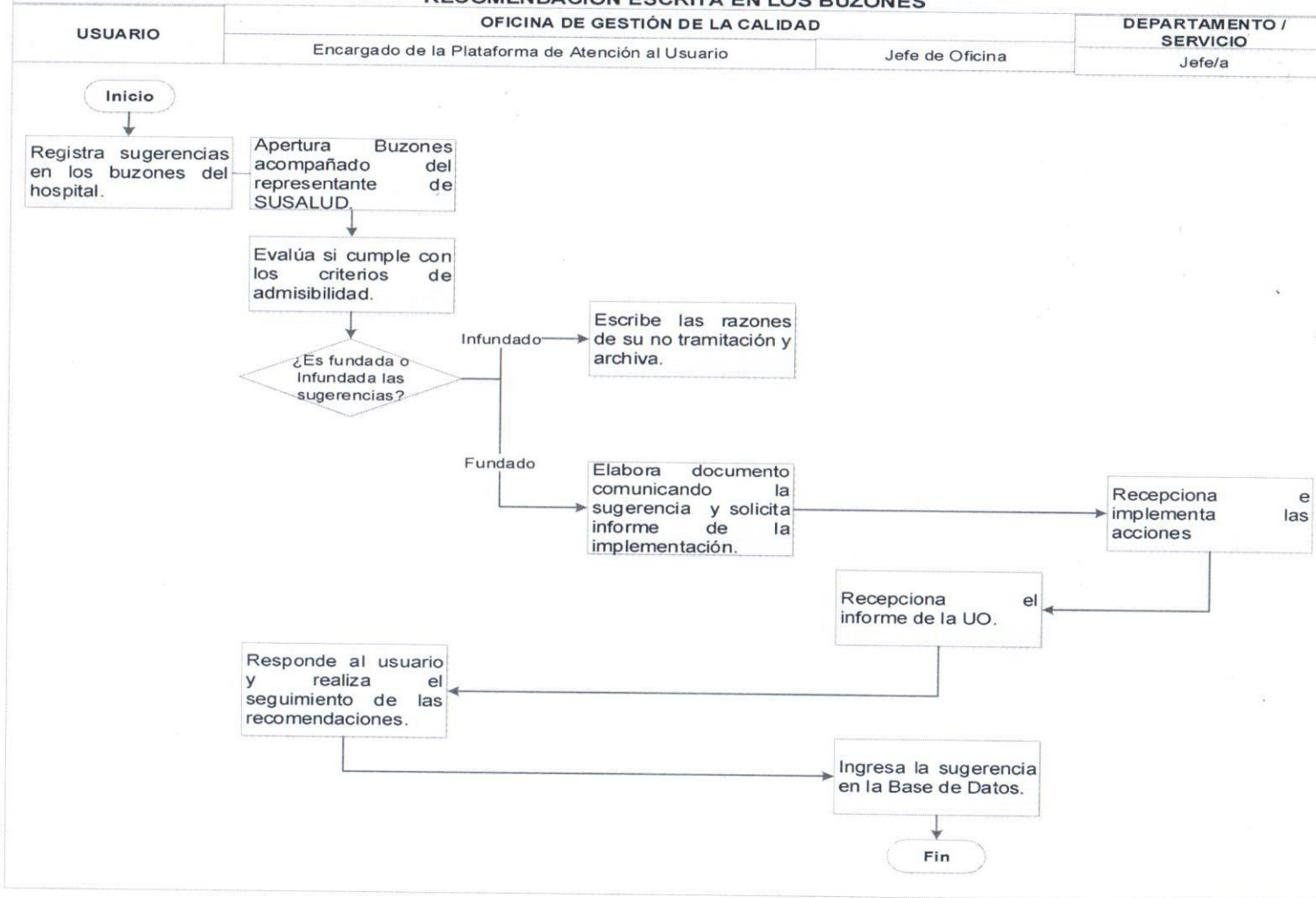


TOTAL	
REGISTRO	<p><b>Buzón de sugerencia:</b> Es una herramienta más del Sistema de Gestión de la Calidad orientada a la mejora continua de los servicios ofertados por la Institución, a través del recojo activo de la opinión de los usuarios, mediante una Dispositivo con ranura en donde son depositadas las sugerencias.</p> <p><b>Sugerencia:</b> Todo aporte o iniciativa, formulada a través de los buzones o de la plataforma de atención a fin de contribuir en la mejora de la atención.</p> <p><b>Usuario:</b> Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por las IAFAS, IPRESS o UGIPRES.</p> <p><b>PAU:</b> Plataforma de atención al usuario.</p>
ANEXOS	Flujograma





## PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DE LA SUGERENCIA Y/O RECOMENDACIÓN ESCRITA EN LOS BUZONES





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL RECLAMO ESCRITO EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES		009.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	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	Órganos de Línea	
MARCO LEGAL	Ley N°26842, "Ley General de Salud". Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud". Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado". Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud". Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera". Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera. R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". 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". R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	





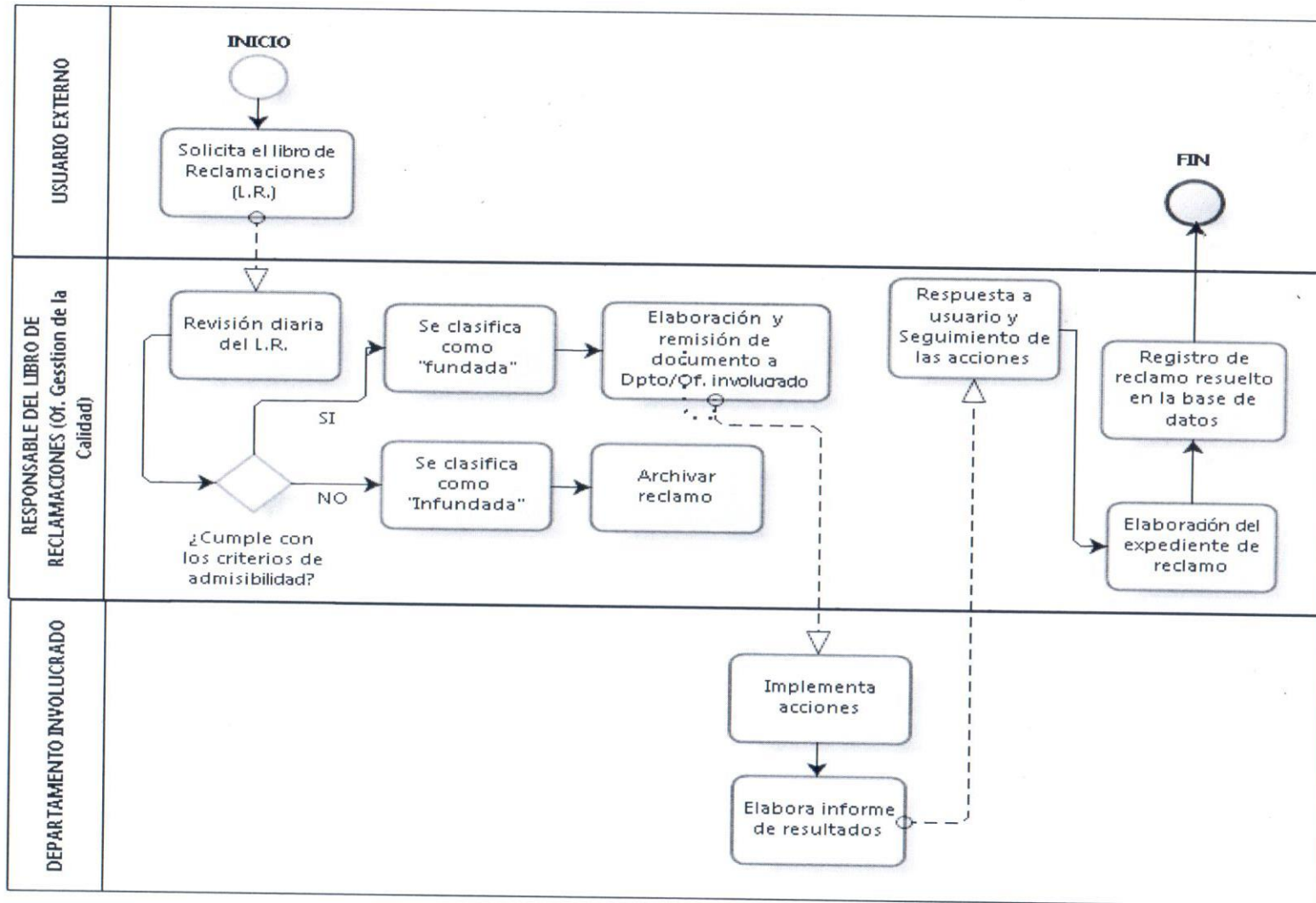
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Solicitar el Libro de Reclamaciones (LR) para registrar su reclamo.	Registro	Diario	Usuario	UO-HVLH
2	Revisar los libros (02) distribuidos en el hospital.	Revisión		Responsable LR	OGC
3	Evaluar si cumple con los criterios de admisibilidad.	Evaluación			
3.1	No: Clasificar como Infundado: Archivar el reclamo	Archivo	En 4 días	Jefe del Dpto. o Servicio	UO-HVLH
3.2	Si: Clasificar como Fundado: Elaborar documento y remitir en un plazo de 4 días al director/jefe del Departamento, Oficina, Servicio involucrado, en la reclamación.	Documento			
4	Implementar acciones	Seguimiento	10 días	Jefe del Dpto. o Servicio	UO-HVLH
6	Elaborar Informe de Resultados, indicando el análisis de los hechos ocurridos y las acciones implementadas	Informe	10 días		





7	Recepcionar respuesta dentro del plazo al usuario (30 d), por vía escrita, vía correo electrónico.	Respuesta	30 días	Usuario	UO-HVLH
8	Elaborar el expediente del reclamo presentado conteniendo: - El Reclamo. - El documento de envío de la reclamación al dpto./oficina. - El documento de respuesta del dpto./oficina (incluyendo la evidencia de lo realizado e implementado) - Informe de Resultados: fundado o infundado. - Carta remitida al usuario - Notificación al usuario la respuesta de su reclamo.	Expediente	2 días	Responsable LR	OGC
9	Registrar reclamo resuelto en la Base de datos.	Registro	2 días		
TOTAL					
DEFINICIÓN	<p><b>Libro de reclamaciones:</b> Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por las IPRESS, en el cual los usuarios o terceros legitimados, pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud de acuerdo a la normativa vigente.</p> <p><b>Reclamaciones:</b> 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><b>Reclamaciones atendidas:</b> 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 resolutive y competencia, de manera que el reclamante ha recibido una respuesta, independiente si la decisión satisface o no al reclamante.</p> <p><b>Usuario:</b> Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por las IPRESS.</p>				
REGISTROS	Formato de libro de reclamaciones.				
ANEXOS	Flujograma				







FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		CODIGO
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO		010.OGC
PROCESO	Gestión en calidad	
OBJETIVO	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital.	
ALCANCE	Órganos de Línea	
MARCO LEGAL	<p>Ley N°26842, "Ley General de Salud".</p> <p>Ley N° 27657, "Ley de Seguro Integral de Salud".</p> <p>Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado".</p> <p>Ley N°29344, "Ley Marco del Aseguramiento en Salud".</p> <p>Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p> <p>Resolución Directoral N°132-2005/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera".</p> <p>Resolución Directoral N° 271-2011-DG-HVLH, Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</p> <p>R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".</p> <p>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".</p> <p>R.M. N° 640-2006/MINSA, Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".</p> <p>R.D. N° 013-2020-DG-HVLH, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital Víctor Larco Herrera".</p>	
RESPONSABLE	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.	







DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO (de ser necesario)	TIEMPO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA
1	Solicitar orientación y/o información	Solicitud	En el día	Usuario	UO
2	Brindar orientación y/o información que el usuario requiere para hacer efectiva su atención en salud.	Orientación	En el día	Encargado del PAU	OGC
3	Verificar si el usuario necesita acompañamiento físico.				
3.1	Si: Asignar un personal del PAU.				
3.2	No: Brindar información al usuario, sobre otros servicios que vayan a complementar su atención de salud.	Información			
4	Apoyar y orientar en trámites necesarios para llevar a cabo la atención de salud.	Orientación	En el día	Encargado del PAU	OGC
5	Registrar consultas hechas por usuarios, para actualizar en forma regular el registro de preguntas frecuentes de los usuarios, con sus respectivas respuestas.	Información			
6	Aplicar breve encuesta preestablecida de satisfacción del usuario, en algunas ocasiones.	Orientación			
TOTAL					





DEFINICIÓN	<p><b>Acompañamiento:</b> Acción de ir en compañía de otras u otras, en calidad de apoyo para la realización de trámites o solicitar servicios.</p> <p><b>Consulta:</b> Absolución de cualquier duda formulada por el usuario sobre los servicios y atenciones que brinda la Institución</p> <p><b>Orientación:</b> Acto de informar a alguien de lo que ignora y desea saber, del estado un asunto a cargo del personal de la PAU.</p> <p><b>Plataforma de Atención al Usuario:</b> 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.</p> <p><b>Usuario:</b> Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por la Institución.</p>
REGISTROS	Registro de Consultas de los usuarios.
ANEXOS	Flujograma



