

**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

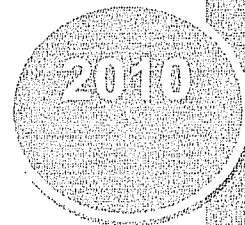
Hospital Nacional Dos de Mayo  
Oficina de Gestión de la Calidad

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que ha sido revisado in situ

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO





## Resolución Directoral

Lima, 19 de Octubre de 2010.

Visto el OFICIO Nº 073-2010-OGC-HNDM, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Directoral Nº 0205-2006/SA/DS/D/OP/HNDM, de fecha 19 de abril de 2006, se aprobó el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, con el Oficio de Visto, se remite la actualización del Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo", cuyo objetivo es la estandarización y sistematización de los procedimientos de la mencionada Oficina;

Que, a través del INFORME Nº 089-2010-OEPE-HNDM, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico señala que como la actualización del Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad se ha efectuado de acuerdo a lo establecido en la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobada con la Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, recomienda su aprobación;

Con las visaciones de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Directora de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Director de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado por la Resolución Ministerial Nº 696-2008/MINSA;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1º.-** Aprobar el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el mismo que en documento adjunto de 39 páginas forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.-** Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Dos de Mayo": <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

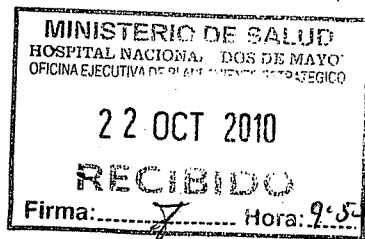
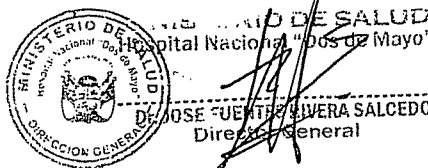
**Artículo 3º.-** Dejar sin efecto la Resolución Directoral Nº 0205-2006/SA/DS/D/OP/HNDM, de fecha 19 de abril de 2006.

Regístrese y comuníquese.

TJFRS/lsh.

c.c:

- Sub-Dirección General.
- O.E.Planeamiento Estratégico.
- O:E.Administración.
- O.G.Calidad.
- O.A.Jurídica.
- O.Comunicaciones.
- Archivo.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
visto

20 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FRENATARIO



## ÍNDICE

	Página
<b>Capítulo I</b> Introducción	4
<b>Capítulo II</b> Objeto	5
<b>Capítulo III</b> Base Legal	5
Inventario de Procedimientos	6
<b>Capítulo IV</b> Procedimientos	7
<b>Fichas de Descripción de Procedimientos:</b>	8
<b>Proceso: Gestión de la Calidad</b>	8
<b>1º Subproceso: Mejora de la Calidad</b>	8
<b>CA-001. Atención de quejas</b>	9
Flujograma CA-001	11
<b>CA-002. Atención e implementación de sugerencias</b>	12
Flujograma CA-002	14
<b>CA-003. Encuestas de satisfacción al Usuario Interno</b>	15
Flujograma CA-003	17
<b>CA-004. Encuestas de satisfacción al Usuario Externo</b>	18
Flujograma CA-004	20
<b>CA-005. Mejora de Procesos</b>	21
Flujograma CA-005	23
<b>2º Subproceso: Información para la Salud</b>	24
<b>CA-006. Revisión de Indicadores Hospitalarios</b>	25
Flujograma CA-006	27
<b>3º Subproceso: Auditoría de Gestión de la Calidad</b>	28
<b>CA-007. Formulación y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</b>	29

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que...

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO



Flujograma CA-007	30
<b>CA-008. Ejecución de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud</b>	
Flujograma CA-008	31
	33
<b>4° Subproceso: Seguridad del paciente</b>	34
<b>CA-009. Formulación y Aprobación del Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente</b>	35
Flujograma CA-009	36
<b>CA-010. Implementación y Control del Plan de Seguridad del Paciente</b>	37
Flujograma CA-010	39

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se encuentra a la vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORIGUILLEN  
FEDATARIO



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo a la normatividad vigente, con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los usuarios internos y externos de nuestro hospital. Para esto se vale de muchos instrumentos, entre los cuales están los documentos de gestión como el presente Manual de Procedimientos que nos ayuda al cumplimiento de los Objetivos funcionales y estratégicos planteados.

El Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad es el documento técnico de gestión que permite la sistematización de las acciones que se llevarán a cabo en la ejecución de las actividades para la mejora continua de la calidad y en el trabajo de cada uno de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad, estableciendo los flujos de información y recursos necesarios para el desarrollo de las actividades de la oficina, contemplando así mismo los procesos y subprocesos organizacionales con los cargos o puestos de trabajo que intervienen durante su aplicación, precisando las responsabilidades y participación de los mismos.

El Manual de Procedimientos, contiene formatos y flujos de información para su uso y correcta aplicación, haciendo más fácil y comprensible la secuencia de acciones que se deben seguir para cumplir con los procesos y subprocesos de la Oficina. El presente documento está dividido en 4 capítulos, contiene la descripción de los procedimientos asignados a la Oficina de Gestión de la Calidad, enmarcados en el Proceso de Gestión de la Calidad que a su vez incluye 4 Subprocesos: Mejora de la calidad, Información para la Salud, Auditoría de Gestión de la Calidad y Seguridad del paciente.

Finalmente, se deberá evaluar anualmente el presente Manual de Procedimientos, considerando la ejecución de las modificaciones siguiendo las mismas normas y procedimientos que han sido establecidas para su formulación y aprobación. La implementación de este manual permitirá la evaluación de la eficiencia y eficacia de los procesos y procedimientos asignados a la oficina, así como la mejora continua de los mismos.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se encuentra en vista

21 OCT 2010

ST. EDUARDO MORI GUILLEN  
FEDATARIO



## CAPÍTULO II

### OBJETIVO DEL MANUAL

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

1. Normar, estandarizar y establecer formalmente la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos de los Procesos Organizacionales realizados por personal de la Oficina de Gestión de la Calidad, con el detalle de sus actividades y flujos, para el logro de los objetivos de la misma y del Hospital.
2. Guiar el desarrollo de las actividades que realiza el personal de la Oficina, que permitan cumplir con los objetivos funcionales previamente determinados.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Quir

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO

## CAPÍTULO III

### BASE LEGAL DEL MANUAL

A continuación se indican las referencias de las normas legales que sirven de base al contenido del presente Manual.

1. Ley N° 26842 - Ley General de salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública
4. DS N° 013-2002-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657– Ley del Ministerio de Salud.
5. DS N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.
6. DS N° 013-2006-SA-Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
7. DL N° 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
8. RM. N° 173-2010/MINSA-Aprueban el Cuadro para Asignación Personal.
9. RM. N° 696-2008/MINSA-Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo..
10. R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.
11. RM. N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud
12. RM. N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente
13. RM. N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
14. RM. N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008
15. RM. N° 596-2007/MINSA – Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud
16. RM. N° 601-2007/MINSA – Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
17. RM. N° 777-2007/MINSA – NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
18. RD N° 0377-2010/D/HNDM – Aprueban el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
19. RA. N° 0205-2006- Aprueban el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.



## CAPÍTULO IV

### PROCEDIMIENTOS

A continuación se detallan los Procedimientos, cuya ejecución se asigna a la Oficina de Gestión de la Calidad y a las unidades orgánicas correspondientes, del Hospital Nacional Dos de Mayo, posteriormente se presentan las fichas correspondientes a cada procedimiento y sus respectivos flujogramas.

#### FICHAS DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS A LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La descripción de los Procedimientos Institucionales, cuya ejecución ha sido asignada a la Oficina de Gestión de la Calidad, conjuntamente con otras Unidades Orgánicas, se detalla en las Fichas de Descripción de Procedimientos, que figuran a continuación:

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se ha visto

21 OCT 2010

  
Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**FICHAS DE DESCRIPCIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS**

**PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**SUBPROCESO: MEJORA DE LA CALIDAD**

**2010**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se exhibe a la vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO







10	Si se considera que se ha transgredido el Código de Ética del Funcionario Público y Reglamentos, se remite a la OEA quien deriva al Comité de Procesos Administrativos y Disciplinarios. Si no es así, se envía expediente con fotocopia a la OGC.	Queja remitida		
11	Recepciona y registra la Queja	Queja recibida	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
12	Recibe expediente de queja, analiza documentación, se da atención al caso y se realiza las coordinaciones con las Unidades Orgánicas implicadas.	Queja analizada y atendida	Jefe o Director	Oficina de Gestión de la Calidad
13	Se eleva informe técnico de la Queja a la Dirección General con las coordinaciones y soluciones realizadas con las diferentes Unidades Orgánicas (continua paso 17).	Informe Técnico		
14	Recepciona el expediente de la Queja (Queja 3).	Queja recepcionada	Técnico Administrativo	Oficina de Asesoría Jurídica
15	Se evalúa el caso, se decide si requiere Intervención Judicial o no, si no la requiere se convierte en Queja 2 y se remite a OGC (Continua en el paso 11). Si la requiere, se emite un Informe a la DG.	Queja Analizada Queja remitida Informe Legal	Jefe o Director	
16	Recibe el Informe y deriva el caso a instancias competentes	Queja recibida Queja derivada	Técnico Administrativo	Dirección General
17	Se registra solución de las Quejas en el Libro de Registro de Quejas	Libro de Registro de Quejas	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
18	Comunica al usuario, las acciones tomadas de manera verbal o escrito.	Usuario informado de acciones tomadas		
19	Se archiva los expedientes, cargos, formatos u otros si los hubiere.	Base actualizada		
	FIN			

## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

## ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Quejas 0, 1	Usuarios en forma verbal o escrita Buzón de Quejas	A demanda	Manual
Quejas 2, 3	Usuarios en forma escrita	A demanda	Mecanizado
Informes	Unidades Orgánicas involucradas	Eventual	Mecanizado
Informe Legal	Oficina de Asesoría Jurídica	Eventual	Mecanizado

## SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Comunicación verbal ante queja 0 o queja 1	Usuario que presentó queja	A demanda	Manual
Comunicación escrita ante queja 2 o queja 3	Usuario que presentó queja	A demanda	Mecanizado
Informe individual por queja	Dirección General	Eventual	Mecanizado
Informe mensual de quejas	Dirección General	Mensual	Mecanizado
Informe semestral de quejas	Dirección General	Semestral	Mecanizado

## DEFINICIONES:

**Queja.**- Es toda manifestación de inconformidad realizada por el usuario sobre los servicios del Hospital. Puede ser expresada verbalmente (directa o indirectamente) o por escrito, ante el causante de la inconformidad o ante una instancia superior.

**Queja 0.**- Quejas en forma verbal, con o sin identificación, recibidas por la OGC para registro y proceso.

**Queja 1.**- Quejas presentadas mediante formato del Hospital con identificación del usuario, recibidas por la OGC o vía buzón de quejas.

**Queja 2.**- Queja expresada mediante un documento no judicial (Oficio, Carta) a través de mesa de partes y dirigidas al Director General, reportadas a la OGC y resueltas por esta o por la DG en caso de ser su competencia.

**Queja 3.**- Quejas dirigidas al Director General del Hospital mediante documento Judicial, que ingresan a través de mesa de partes. La solución dependerá de la instancia pública competente.

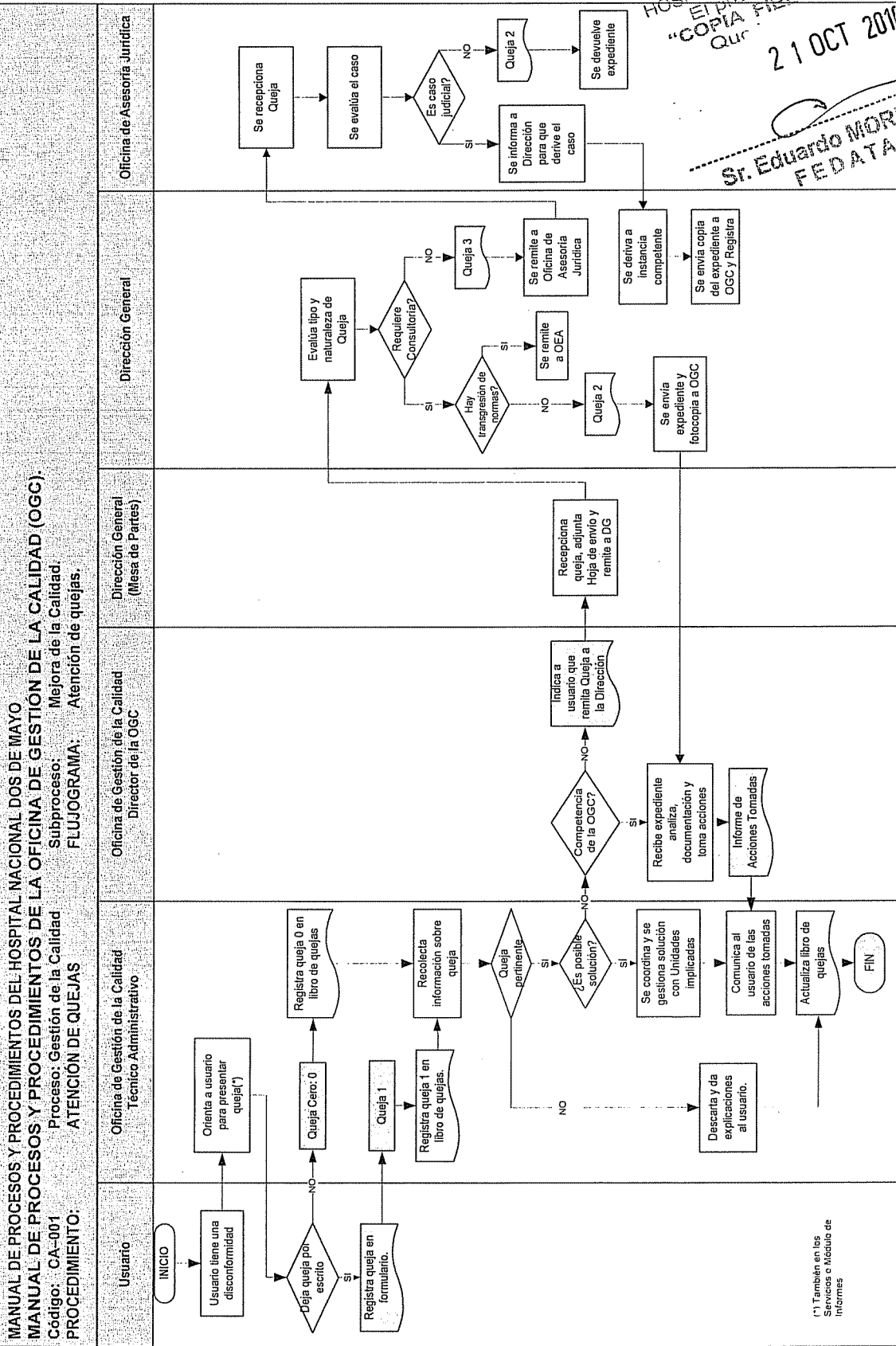
**Libro de Registro de Quejas.**- Es el documento referencial de la OGC, en el cual se registran las quejas de usuarios del HNMD, lo cual incluye fecha, servicio donde se generó la queja, la solución planteada y la fecha de respuesta al usuario.

**Comité de Procesos Administrativos y Disciplinarios.**- Es el órgano dependiente de la Dirección General, realiza procesos de investigación administrativa.

REGISTROS	Libro de Registro de Quejas Base de Datos
ANEXOS	Formato de Quejas y Sugerencias Flujograma: Procedimiento Atención de Quejas.



GRÁFICO N° 01  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-001: ATENCIÓN DE QUEJAS**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra a la vista

21 OCT 2010

S. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO



Hospital Nacional Dos de Mayo		FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
		ATENCIÓN E IMPLEMENTACION DE SUGERENCIAS		
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	MEJORA DE LA CALIDAD			
PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN E IMPLEMENTACION DE SUGERENCIAS	Fecha	30/05/2010	
		Código	CA - 002	
PROPÓSITO	Mejorar la calidad de los servicios del HNDM, mediante la atención e implementación de las sugerencias de los usuarios externos e internos.			
ALCANCE	A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- DS N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> </ul>			
INDICES DE PERFORMANCE				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Número de sugerencias	Sugerencias	Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	
N° sugerencias implementadas / Total de Sugerencias al mes	Porcentaje	Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	
NORMAS				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RD N° 0585-2004/SA/DS/OP/HNDM - Aprueba el Sistema de Gestión de Quejas y Sugerencias de los Usuarios para la Mejora Continua de la Calidad de Atención en el Hospital Nacional Dos de Mayo.</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	INICIO: Usuario cree que se puede mejorar la calidad de los servicios y remite o deposita su sugerencia			
1	Recibe sugerencias de usuarios internos o externos del HNDM (incluidas las recibidas por Buzón de Quejas y Sugerencias) y registra en Libro de Quejas y Sugerencias y en Base de Datos.	Sugerencia Recibida	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Evalúa pertinencia de la sugerencia, de no serlo descarta. Si la sugerencia es pertinente, elabora un Informe a la Jefatura de la OGC para su evaluación.	Sugerencia pertinente		
3	Recibe Informe y evalúa posibilidad de implementación de la sugerencia, coordina y remite Informe a Unidades Orgánicas comprometidas	Informe de sugerencia evaluada	Jefe	
4	Recibe la sugerencia, evalúa e informa si puede ser implementada. En caso contrario, emite un documento sustentando las razones de su inviabilidad o inaplicabilidad dirigido a la OGC.	Sugerencia evaluada	Jefe o Director	Unidad Orgánica comprometida
5	Recibe informe de unidad orgánica comprometida. Comunica a la DG.	Informe de implementación de sugerencia	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Recibe informe de la OGC, adjuntando informe de la unidad orgánica sobre implementación, inviabilidad o inaplicabilidad de las sugerencias.	Informe recibido	Director General	Dirección General
7	Evalúa las sugerencias y si es factible de implementación da visto bueno y deriva a unidades orgánicas para Implementación.	Indicaciones para Implementación		
8	Elabora Propuesta técnica para implementación y remite a OGC para evaluación	Propuesta Técnica	Jefe o Director	Unidades Orgánicas comprometidas
9	Evalúa, revisa y asesora a unidad orgánica para mejora de propuesta. Remite propuesta a la Dirección General para aprobación.	Propuesta Técnica evaluada	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Recibe Propuesta Técnica y remite a Director General	Propuesta Técnica remitida	Técnico Administrativo	Dirección General (Secretaría Administrativa)
10	Revisa Propuesta Técnica de Implementación, si es factible aprueba, de no serlo rechaza.	Propuesta Técnica aprobada o rechazada	Director General	Dirección General

11	Si es aprobado, se implementa sugerencia, elaboran y elevan el Informe respectivo a la DG con copia a OGC.	Sugerencia implementada	Jefe o Director	Unidades Orgánicas comprometidas
12	Toma conocimiento de cada paso y registra en el Libro de Quejas y Sugerencias y en Base de Datos.	Registro en Libro	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
	FIN			

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sugerencias	Formato de sugerencia llenado por usuario en OGC Buzón de Quejas y Sugerencias	Eventual	Manual Mecanizado
Informes	Unidades Orgánicas comprometidas	Eventual	Mecanizado

**SALIDAS**

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Indicaciones de Implementación	Unidades Orgánicas comprometidas	Eventual	Mecanizado
Atención a Sugerencia	Usuario que presentó sugerencia	Eventual	Manual
Informe	Dirección General	Trimestral	Mecanizado

**DEFINICIONES:**

**Mecanismos de Gestión de Quejas y Sugerencias.**- Es el conjunto de operaciones asistenciales y/o administrativas entrelazadas, encargado de gestionar las quejas y sugerencias presentadas por los usuarios.

**Usuario.**- Persona natural, sujeto de derecho, que hace uso de los recursos de los servicios de salud, puede ser externo o interno.

**Sugerencia.**- Manifestación directa o indirecta del usuario de cómo mejorar algún proceso o atención en el establecimiento de salud.

**Libro de Quejas y Sugerencias.**- Es el documento referencial de la Oficina de Gestión de la Calidad, en el cual se registran las quejas y sugerencias de usuarios del HNMD, incluyendo fecha y servicio donde se orienta la queja y/o sugerencia, la mejora implementada, así como la fecha de respuesta al usuario.

REGISTROS	Libro de Quejas y Sugerencias Base de Datos
ANEXOS	Flujograma del Procedimiento de Atención e implementación de Sugerencias

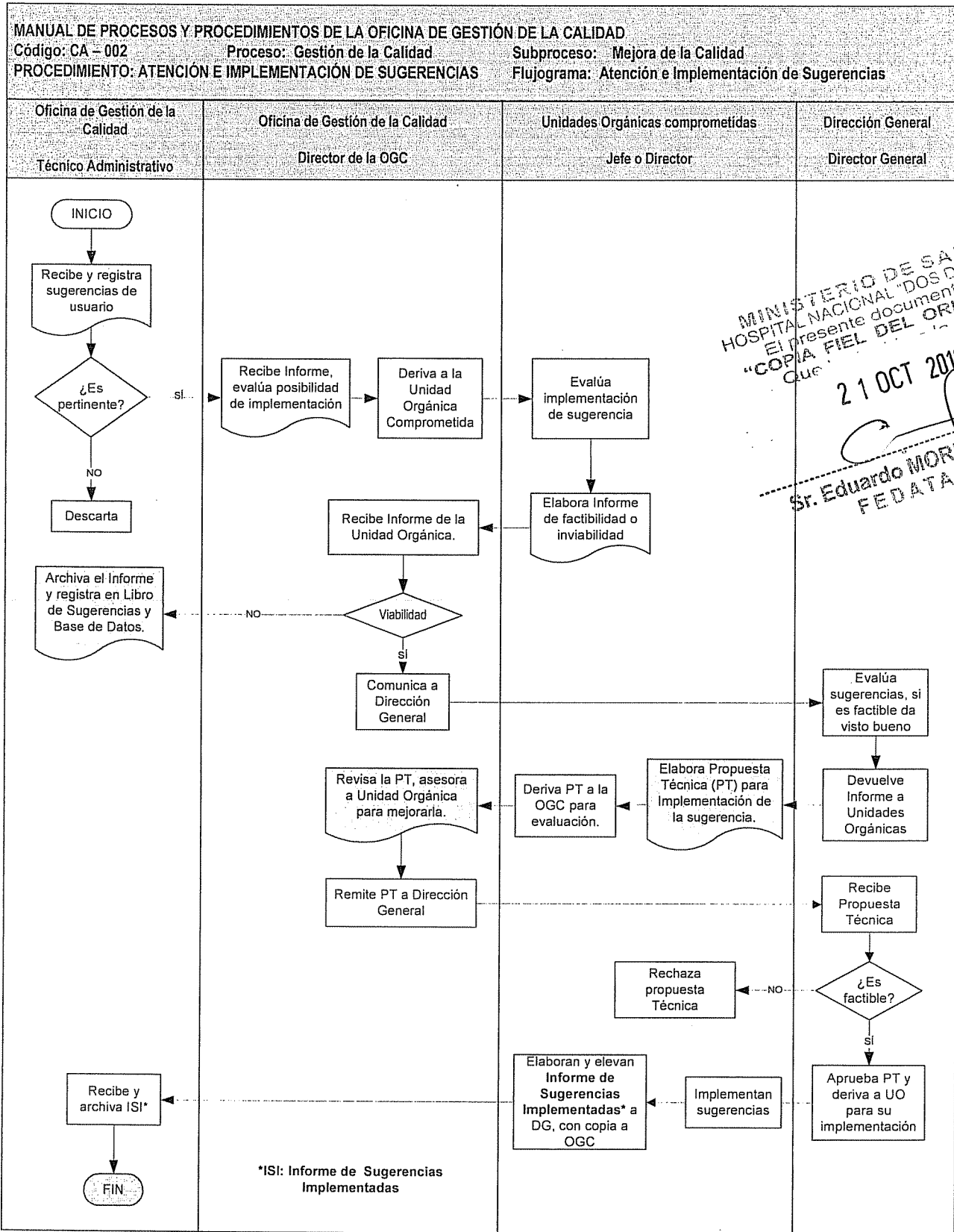
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se ha visto

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORIGULLEN  
FEDATARIO



**GRÁFICO N° 02**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-002: ATENCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SUGERENCIAS**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que...  
 21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORIGUILLEN  
 FEDATARIO



Hospital Nacional Dos de Mayo		FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO				Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0	
		ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO INTERNO					
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD						
SUBPROCESO	MEJORA DE LA CALIDAD						
PROCEDIMIENTO	ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO INTERNO				Fecha	30/05/2010	
					Código	CA - 003	
PROPOSITO	Medir el nivel de satisfacción del trabajador (usuario interno) con respecto al HNDM y las labores que realiza, así como identificar las condiciones prestadas por la institución para el desenvolvimiento de sus funciones y plantear correcciones o modificaciones para la mejora continua de la calidad.						
ALCANCE	A todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del HNDM						
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> </ul>						
INDICES DE PERFORMANCE							
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE				
N° de Encuestas Realizadas	Informe	Encuestas	Oficina de Gestión de la Calidad				
NORMAS							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.</li> </ul>							
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS							
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA			
	INICIO						
1	Plantea evaluación de satisfacción del usuario interno mediante encuestas de acuerdo a lo programado en el Plan Operativo Anual.	Ejecución POA	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad			
2	Se conforma el Equipo de Encuestas y se le asigna sus funciones respectivas	Conformación de Equipo de Encuestas					
3	Elabora Plan de Encuestas de Satisfacción del Usuario Interno (PESUI), con cronograma de actividades y funciones asignadas.	Plan de Encuestas de Usuario Interno	Equipo de Encuestas				
4	Remite PESUI a la Dirección General para su aprobación.	Plan remitido	Jefe				
5	Recepciona Plan y remite a Director General	Plan recepcionado	Técnico Administrativo	Dirección General (Secretaría Administrativa)			
6	Revisa y evalúa PESUI, si es conforme aprueba para su ejecución, caso contrario indica modificaciones o correcciones	Plan aprobado	Director General	Dirección General			
7	Se comunica a todas las Unidades Orgánicas a las cuales se aplicará la encuesta, para que tengan conocimiento del alcance de la evaluación y el cronograma en las que será realizada.	Memorándum					
8	Se coordina con la Oficina de Comunicaciones para la difusión del Plan de Encuestas a los usuarios internos	Oficio de coordinación					
9	Plantea y dispone realización de difusión del PESUI	Plan difundido	Jefe	Oficina de Comunicaciones			
10	Gestiona materiales y medios necesarios para la elaboración de las encuestas, procesamiento y análisis de la información	Materiales y medios	Jefe	Oficina de gestión de la Calidad			
11	Diseño de encuesta, disposición de materiales y medios, y designación de personal para ser encuestadores	Encuesta diseñada Encuestadores designados	Equipo de Encuestas				
12	Aplicación de las encuestas, en los lugares y fechas programadas según el Plan de Encuestas	Encuesta realizada	Encuestador				
13	Procesamiento de la Información, análisis estadístico y presentación de resultados con gráficos.	Procesamiento de la Información	Técnico en Estadística				
14	Análisis e interpretación de resultados y elaboración de Informe Final de la Evaluación de Satisfacción del Usuario Interno	Informe Final	Jefe				
15	Remite Informe Final a DG	Informe Final remitido					
16	Recepciona el Informe Final y lo pasa a Dirección general	Informe Final recepcionado	Técnico Administrativo	Dirección General (Secretaría Administrativa)			
17	Recibe el Informe Final y lo revisa, da la aprobación para la publicación de los resultados.	Informe Final revisado y aprobado	Director General	Dirección General			
18	Se remite a Oficina de Comunicaciones	Informe remitido para					



19	Recepciona el documento y pasa a Jefatura de Oficina.	publicación Documento repcionado	Técnico Administrativo	Oficina de Comunicaciones
20	Evalúa y determina la forma mediante los cuales se hará la publicación de los resultados	Evaluación de forma de publicación	Jefe	
21	Publicación y difusión de los resultados	Resultados publicados		
	FIN			
ENTRADAS				
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Encuesta de Satisfacción al Usuario Interno		Usuario Interno	Anual	Mecaniza do
Plan Operativo Anual		Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Mecaniza do
SALIDAS				
NOMBRE		DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Encuestas de Satisfacción del Usuario Interno		Director General	Anual	Mecaniza do
Informe de Encuesta al Usuario Interno		Director General	Anual	Mecaniza do
DEFINICIONES	<p><b>Usuario Interno.-</b> Persona natural, sujeto de derecho, que mantiene una relación contractual con el HNMD, como personal nombrado, contratado a plazo fijo o por contrato administrativo de servicios (CAS). Labora en el HNMD brindando servicios de salud, o participando en las diferentes actividades de la Institución.</p> <p><b>Encuesta Usuario Interno.-</b> Conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de los usuarios internos con el fin de conocer su opinión con respecto al HNMD y las labores que realiza en el establecimiento.</p> <p><b>Muestra.-</b> conjunto de unidades de muestreo procedentes de una población, que es representativa de la misma.</p>			
REGISTROS	Formato de Encuesta a Usuario Interno Registro Electrónico en Base de Datos			
ANEXOS	Diagrama de Flujo del Procedimiento Encuesta a Usuarios Internos			

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Queda a la vista

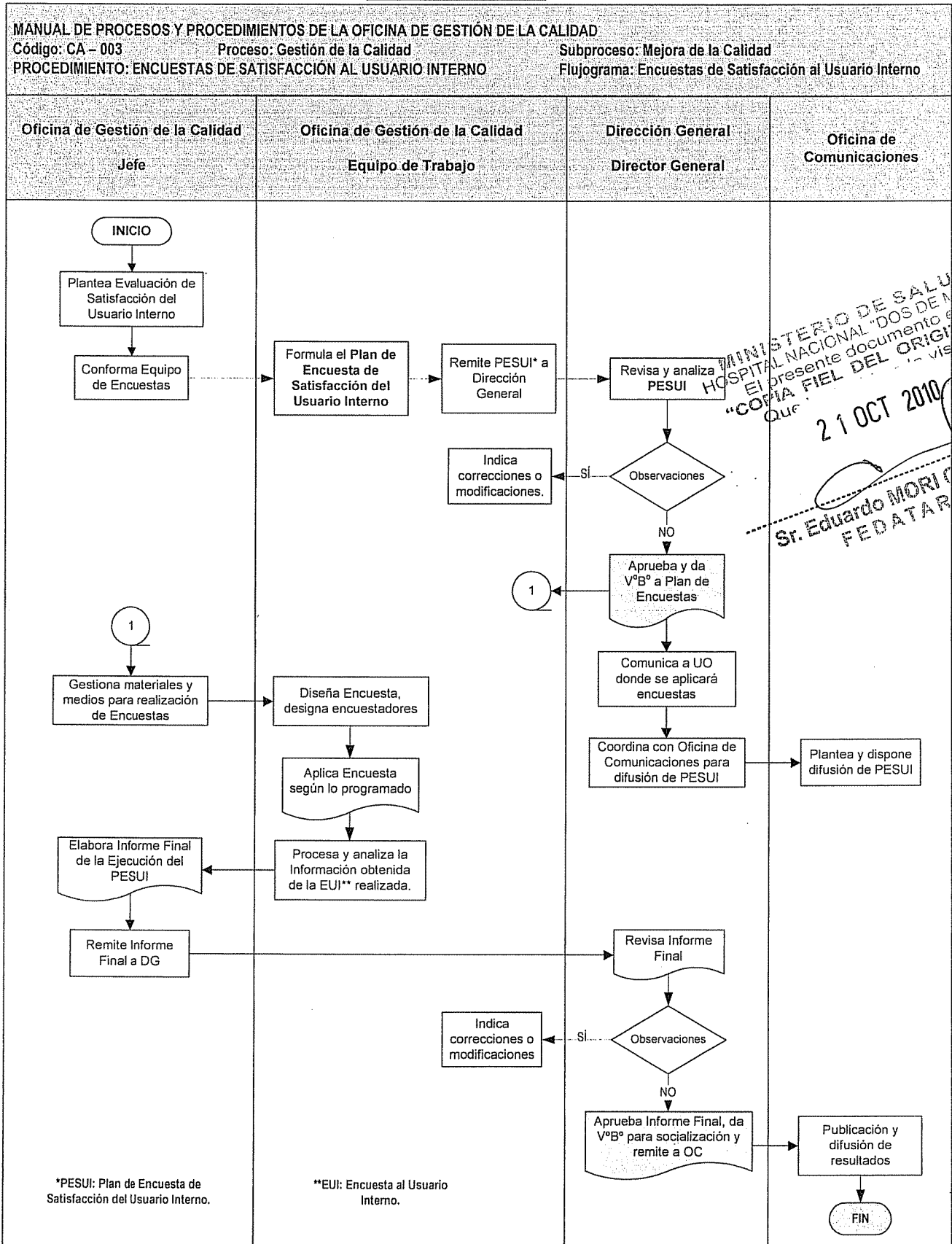
21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO





**GRAFICO N° 03:  
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-003: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL  
USUARIO INTERNO**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra en la vista  
 21 OCT 2010  
 Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO



Hospital Nacional Dos de Mayo		FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
		ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO EXTERNO			
PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD				
SUBPROCESO	MEJORA DE LA CALIDAD				
PROCEDIMIENTO	ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO EXTERNO	Fecha	30/05/2010		
		Código	CA - 004		
PROPÓSITO	Medir el nivel de satisfacción del paciente y acompañantes (usuario externo) con respecto a la calidad de servicios que brinda el HNDM para plantear correcciones o modificaciones correspondientes.				
ALCANCE	A todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del HNDM				
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- Decreto Supremo 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</li> </ul>				
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>					
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE		RESPONSABLE	
N° de Encuestas realizadas	Informe	Encuesta		Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico par la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.</li> </ul>					
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA	
	INICIO				
1	Plantea evaluación de satisfacción del usuario externo mediante encuestas de acuerdo a lo programado en el Plan Operativo Anual.	Ejecución POA	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad	
2	Se conforma el Equipo de Encuestas y se le asigna sus funciones respectivas.	Conformación de Equipo de Encuestas			
3	Elaboración de Plan de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo (PESUE), con cronograma de actividades y funciones asignadas.	Plan de Encuestas de Usuario Interno	Equipo de Encuestas		
4	Obtención de materiales y medios necesarios para la elaboración de las encuestas, procesamiento y análisis de la información	Materiales y medios	Jefe		
5	Diseño de encuesta, disposición de materiales y medios, y designación de personal para ser encuestadores	Encuesta diseñada Encuestadores designados	Equipo de Encuestas		
6	Aplicación de las encuestas, en los lugares y fechas programadas según el Plan de Encuestas	Encuesta realizada	Encuestador	Oficina de gestión de la Calidad	
7	Procesamiento de la Información, análisis estadístico y presentación de resultados con gráficos.	Procesamiento de la Información	Técnico en Estadística		
8	Análisis e interpretación de resultados y elaboración de Informe Final de la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo.	Informe Final	Jefe		
9	Remite Informe Final a la Dirección General	Informe Final remitido			
10	Recepciona el Informe Final y lo pasa a Dirección General	Informe Final recepcionado	Técnico Administrativo	Dirección General (Secretaría Administrativa)	
11	Recibe el Informe Final y lo revisa, da la aprobación para la publicación de los resultados.	Informe Final revisado y aprobado	Director General	Dirección General	
12	Se remite a Oficina de Comunicaciones	Informe remitido para publicación			
13	Recepciona el documento y pasa a Jefatura de Oficina.	Documento recepcionado	Técnico Administrativo		
14	Evalúa y determina la forma mediante los cuales se hará la publicación de los resultados	Evaluación de forma de publicación	Jefe	Oficina de Comunicaciones	
15	Publicación y difusión de los resultados	Resultados publicados			
	FIN				
<b>ENTRADAS</b>					
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO	
Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo		Usuario Externo	Anual	Planificado	



Plan Operativo Anual	Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo	Director General	Anual	Mecanizado
Informe de Encuesta al Usuario Externo	Director General	Anual	Mecanizado
<b>DEFINICIONES</b>	<p><b>Usuario Externo.-</b> Persona natural, sujeto de derecho, que hace uso de los servicios médicos, de apoyo al diagnóstico, tratamiento u otro servicio que brinda el Hospital Nacional Dos de Mayo, y que no mantiene ninguna relación contractual con éste.</p> <p><b>Encuesta Usuario Externo.-</b> Conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de los usuarios externos con el fin de conocer su opinión sobre los servicios que brinda el HNDM.</p> <p><b>Muestra.-</b> Conjunto de unidades de muestreo procedentes de una población, que es representativa de la misma.</p> <p><b>Índice de Insatisfacción de Usuarios.-</b> es un índice compuesto que considera la incidencia, intensidad y severidad de la insatisfacción del usuario externo.</p>		
<b>REGISTROS</b>	<p>Formato de Encuesta a Usuario Interno</p> <p>Registro Electrónico en Base de Datos</p>		
<b>ANEXOS</b>	<p>Diagrama de Flujo del Procedimiento Encuesta a Usuarios Internos</p>		

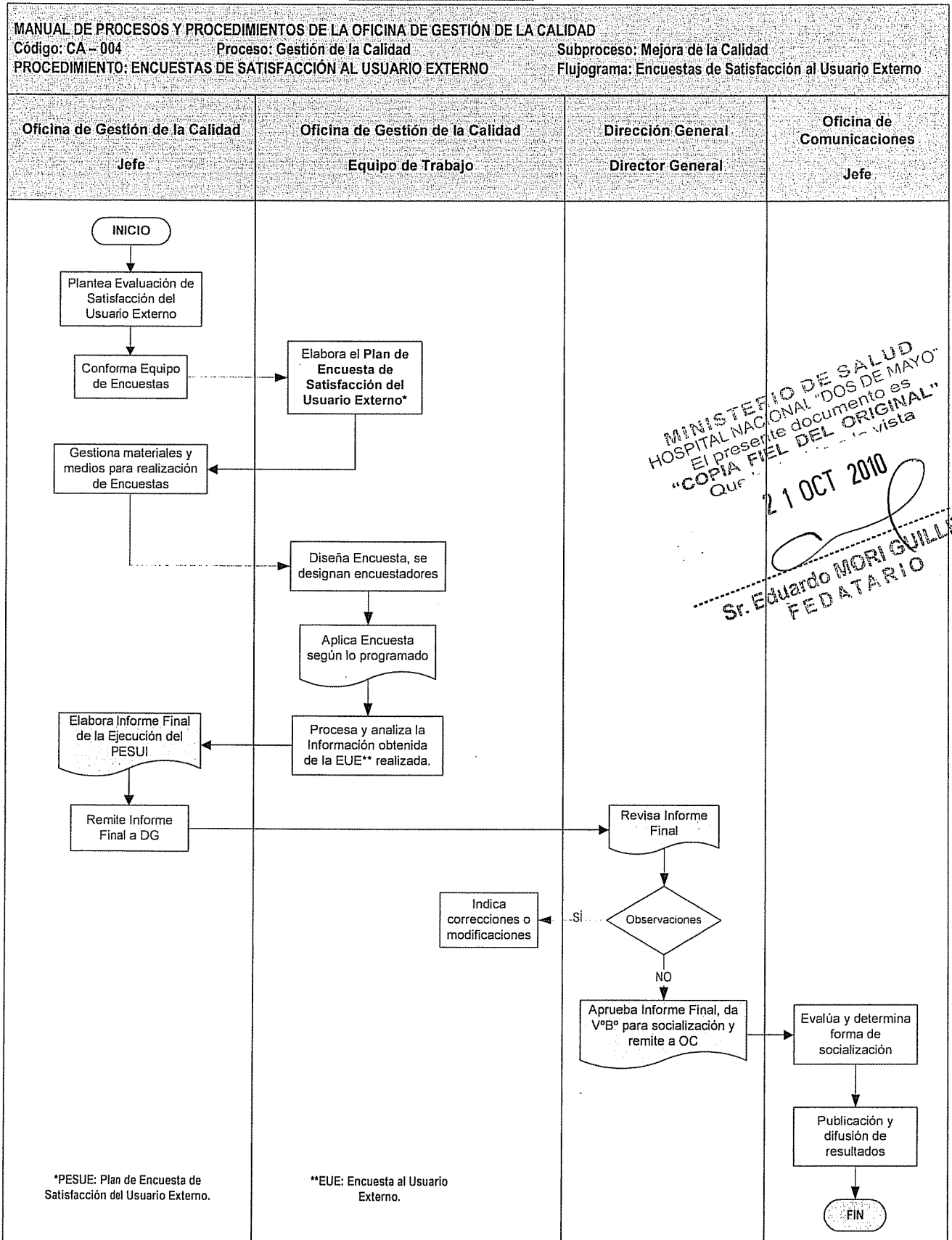
MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra en vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO




**GRAFICO N° 04:  
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-004: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL  
USUARIO EXTERNO**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra a la vista

21 OCT 2010

  
 Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO



Hospital Nacional Dos de Mayo	FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
	MEJORA DE PROCESOS			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	MEJORA DE LA CALIDAD			
PROCEDIMIENTO	MEJORA DE PROCESOS	Fecha	30 / 05 / 2010	
		Código	CA - 005	
PROPÓSITO	Identificación de problemas y puntos críticos, diseño e implementación de propuestas de mejora de procesos para la mejora continua de la calidad de servicios que brinda el HNDM.			
ALCANCE	Todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del HNDM			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- DS N° 013-2006-SA - Aprueba Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> </ul>			
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
N° de Procesos mejorados	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA - Manual para la Mejora Continua de la Calidad</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RM N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de NT de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud</li> <li>- RM N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	INICIO			
1	Detecta problemas en procesos asistenciales y/o administrativos de su Unidad Orgánica. <b>Para Dirección General y OGC, la detección de los problemas la realizan previo análisis de indicadores y evaluación de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de Quejas y Sugerencias</li> <li>- Informes de Auditoría (Oficio, Registros Asistenciales, de Caso)</li> <li>- Informes de Encuestas (Usuarios Internos y Externos)</li> <li>- Informes de eventos adversos</li> <li>- Informes de otras Unidades Orgánicas HNDM</li> </ul>	Problemas detectados	Jefe o Director	Unidades Orgánicas Dirección General OGC
2	Solicita estudio de procesos observados y propuesta de mejora a la Oficina de Gestión de Calidad.	Solicitud de Estudio	Director General	Dirección General
3	Recibe Solicitud de DG o Informe de la UO y convoca a Equipo de Trabajo	Equipo de trabajo conformado	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Equipo de Trabajo realiza elaboración de su plan de trabajo, metodología, análisis del problema y diseño de propuesta.	Plan de trabajo	Equipo de trabajo	Unidades Orgánicas involucradas
5	Aplica la metodología y diseño de estudio seleccionado.	Metodología de Estudio seleccionada		
6	Identifica y analiza los problemas y puntos críticos detectados en los procesos estudiados.	Problemas analizados		
7	Diseña las propuestas de mejora de procesos con respecto a los problemas y puntos críticos detectados.	Propuestas de mejora de procesos		
8	Elabora el Informe de Análisis de Procesos conteniendo conclusiones, sugerencias y recomendaciones	Informe de Análisis de Procesos		
9	Si es conforme firma y eleva a la Dirección General el Informe del Equipo de trabajo. En caso contrario indica correcciones o modificaciones.	Informe visado y elevado a la DG	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
10	Evalúa el Informe, de estar conforme aprueba y determina su implementación. De lo contrario indica ajustes.	Aprobación de propuesta	Director General	Dirección General
11	Implementa la propuesta de mejora de procesos aprobada por la DG.	Implementación de mejora de procesos	Director o jefe	Unidades Orgánicas involucradas
12	Monitorea avances del plan de implementación	Monitoreo del plan	Equipo de trabajo	Unidades Orgánicas involucradas
13	Elabora el Informe sobre resultados de implementación de mejora de procesos.	Propuesta de Informe de resultado		
14	Revisa y aprueba el Informe, firma en señal de aprobación y lo envía a la Dirección General. En caso contrario indica modificaciones.	Informe de resultados	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
15	Evalúa el Informe de resultados, de estar conforme archiva, de lo...	Informe de evaluación	Director	Dirección General



contrario señala indicaciones adicionales.		de resultados	General
FIN			
ENTRADAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Quejas y Sugerencias	Oficina de Gestión de la Calidad	Semestral	Mecanizado
Informe de Auditoría de Registros, de caso	Comité de Auditoría de Gestión de la Calidad	Semestral	Mecanizado
Informe de Encuesta a Usuarios Internos y Externos	Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Mecanizado
Informes de Eventos Adversos	Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Mecanizado
Informes de otras unidades orgánicas	Oficina de Gestión de la Calidad	Variable	Mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Problemas y Puntos Críticos identificados	Dirección General	Anual	Manual
Diseño de propuestas de mejoras de procesos	Dirección General	Semestral	Manual
Informe de Análisis de Procesos	Dirección General	Semestral	Mecanizado
Informe de resultados de Implementación de mejora de procesos	Dirección General	Anual	Mecanizado
<p><b>DEFINICIONES:</b></p> <p><b>Equipo de trabajo.-</b> conjunto de personas interrelacionadas que se van a organizar para llevar a cabo una determinada tarea.</p> <p><b>Indicadores.-</b> son mediciones del funcionamiento de un proceso. Los indicadores pueden ser de eficiencia, eficacia, de resultados. Se pueden aplicar a una parte del proceso ó al proceso global.</p> <p><b>Proyecto de Mejora de Procesos.-</b> plan destinado a mejorar la función de una actividad o un conjunto de actividades partes de una secuencia de un proceso determinado.</p> <p><b>Mejora de Procesos.-</b> acción destinada a cambiar la forma de ejecución de un proceso para optimizar los resultados de éste.</p> <p><b>Problema.-</b> Situación o condición que se constituye como una debilidad o amenaza y debe mejorarse.</p> <p><b>Proceso.-</b> conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.</p> <p><b>Análisis de Procesos.-</b> es una metodología diseñada para examinar la dinámica de los procesos de la organización, teniendo como punto de partida el hecho de que estos procesos, han sido creados para llevar a cabo los propósitos u objetivos de la institución.</p>			
REGISTROS	Informe de Mejora de Procesos		
ANEXOS	Diagrama de Flujo del Procedimiento Mejora de Procesos		

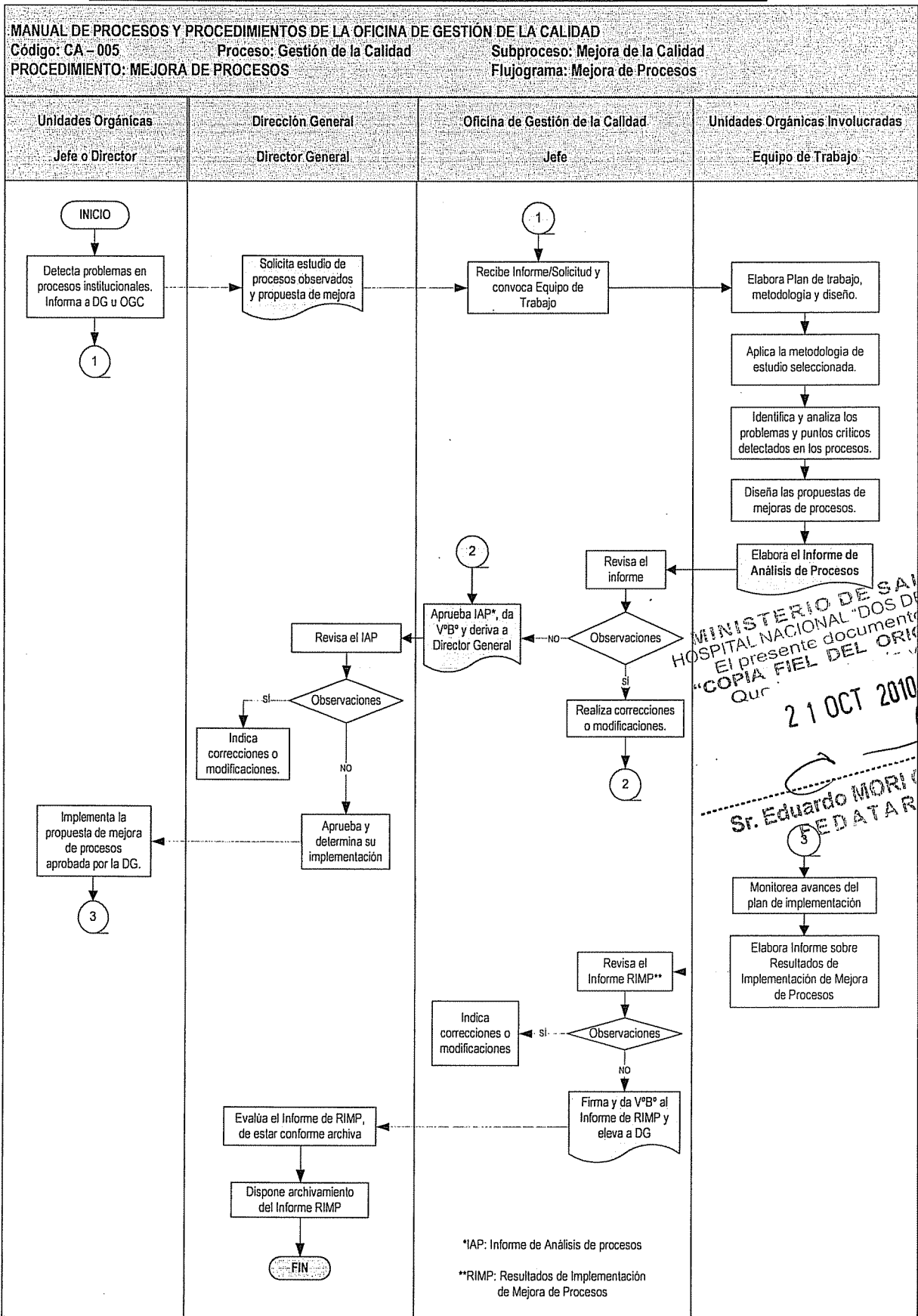
MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra a la vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO



**GRAFICO N° 05:**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-005: MEJORA DE PROCESOS**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Queda a la vista  
21 OCT 2010  
Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**FICHAS DE DESCRIPCIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS**

**PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**SUBPROCESO: INFORMACION PARA LA  
SALUD**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se encuentra en vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO

2010





Hospital Nacional Dos de Mayo	FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
	REVISIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	INFORMACIÓN PARA LA SALUD			
PROCEDIMIENTO	REVISIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS	Fecha	30/05/2010	
		Código	CA - 006	
PROPÓSITO	Revisar y consolidar los Informes de Indicadores para monitoreo del desempeño hospitalario, para su posterior evaluación y remisión.			
ALCANCE	A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- DS N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> </ul>			
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
N° de Informes revisados	Informe	Registros de OEI	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA – Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 823-2003-SA/DM, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	<b>INICIO</b>			
1	Recopila información necesaria para la elaboración del Informe de Indicadores Hospitalarios provenientes de los diferentes servicios	Informe de Indicadores por servicio	Técnico Administrativo	Oficina de Estadística e Informática
2	Procesa la información recogida para la obtención de los Indicadores	Información procesada	Técnico en Estadística	
3	Elabora Informe conteniendo los Indicadores Hospitalarios ya calculados	Informe de Indicadores Hospitalarios	Jefe	
4	Remite Informe a la OGC	Informe remitido		
5	Recepciona Informe y entrega cargo de recepción	Informe recepcionado	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
6	Realiza revisión de los Indicadores, si encuentra errores en la formulación o expresión indica su corrección o modificación	Indicadores revisados y corregidos	Jefe	
7	Realiza consolidado de Indicadores de los diferentes servicios	Indicadores consolidados		
8	Remite Oficio adjuntando Consolidado de Indicadores Hospitalarios a la Dirección general	Consolidado de Indicadores Hospitalarios remitido		
9	Recepciona Oficio con Indicadores Hospitalarios y firma cargo	Oficio recepcionado	Técnico Administrativo	Dirección General (Secretaría Administrativa)
10	Remite Informe de Indicadores Hospitalarios a Director General	Informe remitido		
11	Recepciona Informe, evalúa y verifica, da visto bueno si está conforme, de lo contrario indica ajustes.	Informe evaluado	Director General	Dirección General
12	Remite Informe de Indicadores Hospitalarios a la DISA V Lima Ciudad	Informe remitido		
	<b>FIN</b>			
<b>ENTRADAS</b>				
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Indicadores por Servicios		Oficina de Estadística e Informática	Mensual	Mecanizado
<b>SALIDAS</b>				



NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Consolidado de Indicadores Hospitalarios	Dirección General	Mensual	Mecanizado
Informe de Indicadores Hospitalarios	DISA V Lima Ciudad	Mensual	Mecanizado
<b>DEFINICIONES:</b>			
<p><b>Indicadores.-</b> Son relaciones cuantitativas entre dos cantidades o variables susceptibles de ser observadas y medidas, asociadas a eventos determinados y que por sí solos no son relevantes, sino que adquieren importancia cuando se les compara con patrones de referencia o con el mismo tipo de cantidades o variables, correspondientes a periodos anteriores.</p> <p><b>Indicadores Hospitalarios.-</b> Estos indicadores constituyen instrumentos y sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades hospitalarias, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.</p>			
<b>REGISTROS</b>	Registro electrónico en Base de Datos		
<b>ANEXOS</b>	Flujograma de Revisión de Indicadores Hospitalarios		

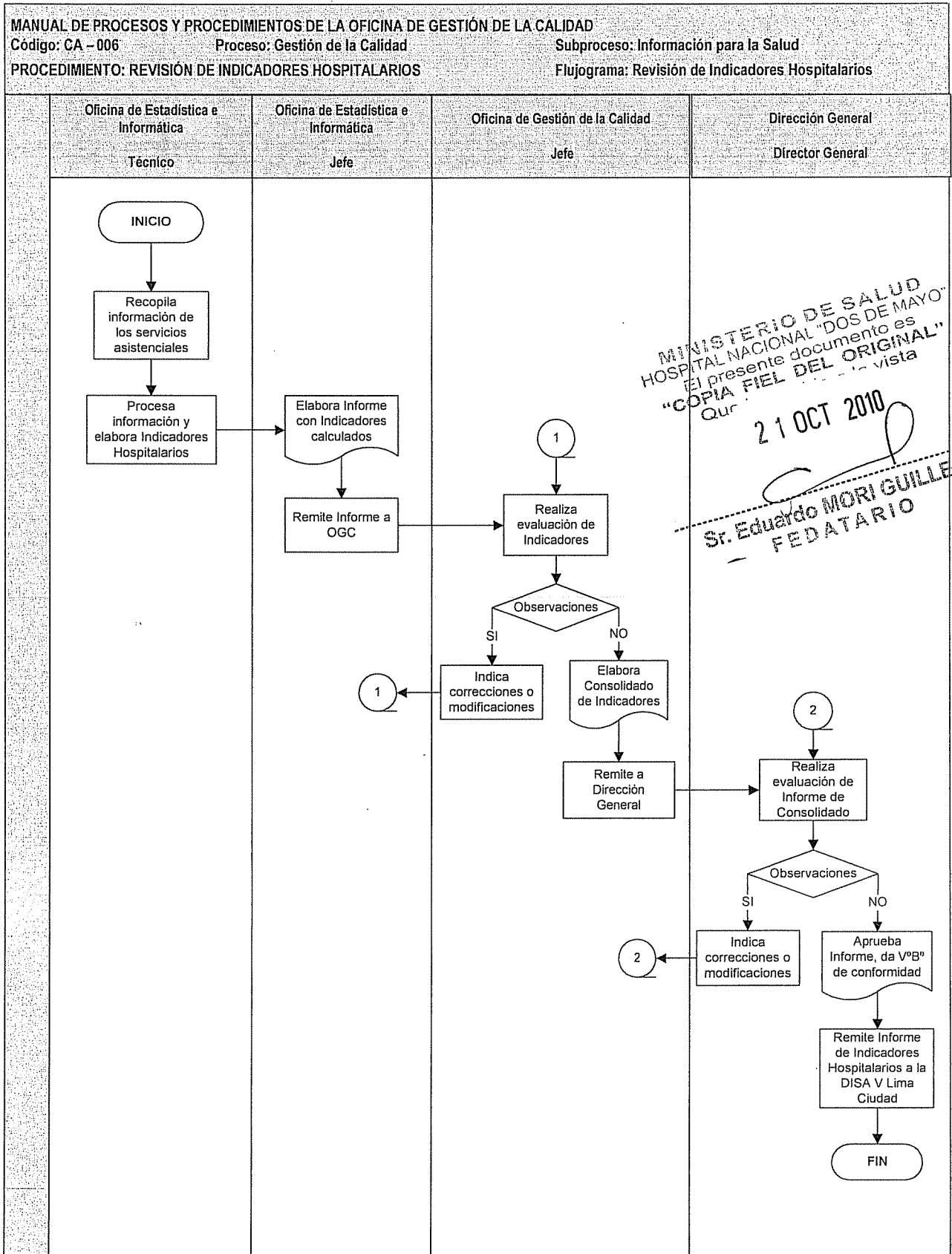
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Cura vista

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO



**GRAFICO N° 06:  
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-006: REVISIÓN DE INDICADORES  
HOSPITALARIOS**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra a la vista  
 21 OCT 2010  
 Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FEDATARIO



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

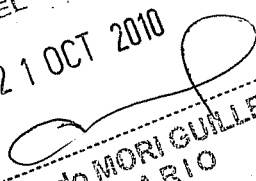
**FICHAS DE DESCRIPCIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS**

**PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**SUBPROCESO: AUDITORIA DE GESTIÓN  
DE LA CALIDAD**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que se ha visto

21 OCT 2010

  
Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO

**2010**

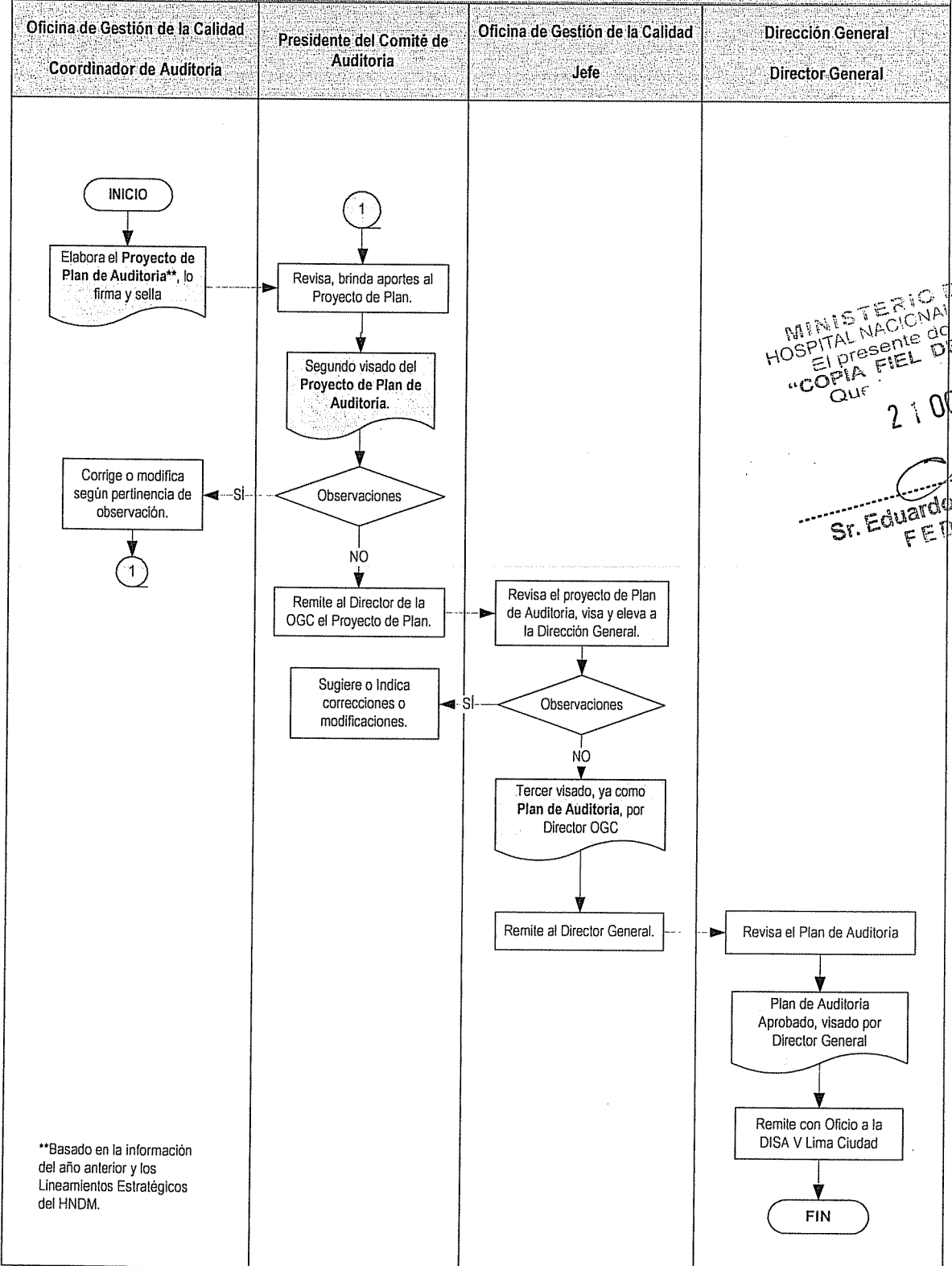


Hospital Nacional Dos de Mayo		FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
PROCESO		GESTION DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO		AUDITORIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCEDIMIENTO		FORMULACION Y APROBACION DEL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	Fecha	30/05/2010
PROPOSITO		Orientar acciones que permitan identificar problemas y puntos críticos a fin de mejorar la calidad de la atención en salud en el HNDM.		
ALCANCE		A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM		
MARCO LEGAL		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- Decreto Supremo 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> </ul>		
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Avance del Plan de Auditoría	Porcentaje de Avance	Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico par la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RM N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</li> <li>- RM N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnico normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>				
Nº	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	INICIO			
1	Elabora el proyecto de Plan de Auditoría, en base a la información del año anterior y los lineamientos estratégicos de la institución.	Proyecto de Plan de Auditoría	Coordinador del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Remite proyecto de Plan de Auditoría a Presidente de Comité de Auditoría	Proyecto remitido		
3	Revisa, brinda aportes, visa el proyecto de Plan de Auditoría junto al Coordinador de Auditoría, y lo remite al Jefe de la OGC.	Plan de Auditoría Visado	Presidente del Comité de Auditoría	Comité de Auditoría
4	Recepciona Oficio con Plan de Auditoría y firma cargo	Plan de Auditoría recepcionado	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Revisa el proyecto de Plan de Auditoría, visa y eleva a la Dirección General.	Plan de Auditoría Aprobado	Jefe	
6	Revisa el Plan de Auditoría, visa y firma el oficio para su remisión a la DISA V Lima Ciudad.	Plan de Auditoría aprobado	Director General	Dirección General
	FIN			
<b>ENTRADAS</b>				
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Auditoría de Gestión de la Calidad anteriores		Comité de Auditoría	Anual	Mecanizado
Informes de Auditoría de Oficio, Registros Asistenciales y de Caso anteriores		Comité de Auditoría	Anual	Mecanizado
<b>SALIDAS</b>				
NOMBRE		DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		Comité de Auditoría	Anual	Mecanizado
<b>DEFINICIONES:</b>				
<p><b>Plan de Auditoría.</b>- plan que detalla las actividades de auditoría de la calidad de la atención en salud. En el se establecen las auditorías de oficio que a lo largo del año desarrollará el Comité de Auditoría. Es elaborado por el Comité de Auditoría.</p> <p><b>Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</b>- equipo encargado de llevar a cabo las auditorías, y esta integrado por profesionales de la salud, quienes cumplen con el perfil de auditor.</p>				
REGISTROS	Plan de Auditoría			
ANEXOS	Diagrama de Flujo del Procedimiento Formulación y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud			



**GRAFICO N° 07**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-007: FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

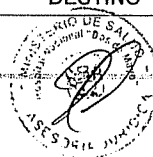
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Código: CA - 007      Proceso: Gestión de la Calidad      Subproceso: Auditoría de Gestión de la Calidad  
 PROCEDIMIENTO: FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD  
 Flujograma: Formulación y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se ha visto  
 21 OCT 2010  
 Sr. Eduardo MORI GUILLE  
 FEDATARIO



Hospital Nacional Dos de Mayo		FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0	
PROCESO		GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO		AUDITORIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
PROCEDIMIENTO		EJECUCION DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD		Fecha	30/05/2010
PROPÓSITO		Ejecutar acciones que permitan identificar problemas y puntos críticos a fin de mejorar la calidad del servicio del HNDM		Código	CA - 008
ALCANCE		A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM			
MARCO LEGAL		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- Decreto Supremo 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> </ul>			
INDICES DE PERFORMANCE					
INDICADOR		UNIDAD DE MEDIDA		FUENTE	RESPONSABLE
Ejecución de Plan de Auditoría		Porcentaje		Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
Cantidad de Informe de Auditoría de Oficio		Informe			Oficina de Estadística e Informática
Cantidad de Informe de Auditoría de Registros Asistenciales		Informe			Comité de Auditoría
Cantidad de Informe de Auditoría de Caso		Informe			Comité de Auditoría
NORMAS					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico par la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RM N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</li> <li>- RM N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional.</li> </ul>					
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS					
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA	
	INICIO				
1	Solicita Historias Clínicas a auditar a la Oficina de Estadística, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría (Auditoría de Oficio, Auditoría de Registro, Auditoría de Caso).	Solicitud de Historias Clínicas	Coordinador de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad	
2	Determina muestra, si es necesario de acuerdo al tipo de auditoría, y dispone la entrega de Historias Clínicas a los miembros del Comité de Auditoría, mediante la OGC.	Muestra HC para auditoría de Oficio	Jefe	Oficina de Estadística e Informática	
3	Recibe historias clínicas. Recopila información de acuerdo al formato de Auditoría de Oficio, de Registro o de Caso. Audita y entrega conclusiones al Presidente del Comité de Auditoría.	Información de HC en Formato de Auditoría	Integrante del Comité.	Comité de Auditoría	
4	Elabora proyecto de Informe de Auditoría con recomendaciones a implementar en el hospital.	Proyecto de Informe de Auditoría	Presidente del Comité.	Comité de Auditoría	
5	Revisa, brinda aportes y firma Informe de Auditoría con recomendaciones a implementar en el hospital.	Informe de Auditoría	Coordinador de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad	
6	Revisa el Informe, visa y eleva a la Dirección General.	Informe de Auditoría visado	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad	
7	Toma conocimiento y dispone las acciones que correspondan.	Acciones	Director General	Dirección General	
	FIN				
ENTRADAS					
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO	
Registros Asistenciales		Oficina de Estadística e Informática	Anual	Mecanizado	
Historias Clínicas		Oficina de Estadística e Informática	Variable	Manual	
SALIDAS					
NOMBRE		DESTINO	FRECUENCIA	TIPO	



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
21 OCT 2010  
Sr. Eduardo MARI GUILLE  
FEDATARIO

Plan de Auditoría	Comité de Auditoría	Anual	Mecanizado
Informe de Auditoría de Oficio	Dirección General	Semestral	Mecanizado
Informe de Auditoría de Registros Asistenciales	Dirección General	Anual	Mecanizado
Informe de Auditoría de Caso	Dirección General	Variable	Mecanizado

**DEFINICIONES:**

**Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.-** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de evaluación en salud.

**Auditoría de caso.-** es aquella que por sus implicancias en las políticas de la organización, su carácter legal en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad, requiere un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo administrativas del establecimiento de salud.

**Auditoría en Salud.-** es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

**Auditoría de Oficio.-** Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo, Reoperados, Hospitalizaciones prolongadas, Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna- perinatal, Reingresos, Reconsultas., Complicaciones anestésicas, Complicaciones quirúrgicas, Costos, Tiempos de espera, Quejas/ Reclamos, otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.

**Auditoría Médica.-** es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica.

**Informe de Auditoría de Caso.-** es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al Director del Establecimiento.

**Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.-** es el documento en el cual se comunican al Director del establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud.

**REGISTROS :** Formato de Informe de Auditoría de Caso

**ANEXOS :** Diagrama de Flujo del Procedimiento Ejecución de Auditorías de la Calidad de Atención en Salud

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Quic.

21 OCT 2010

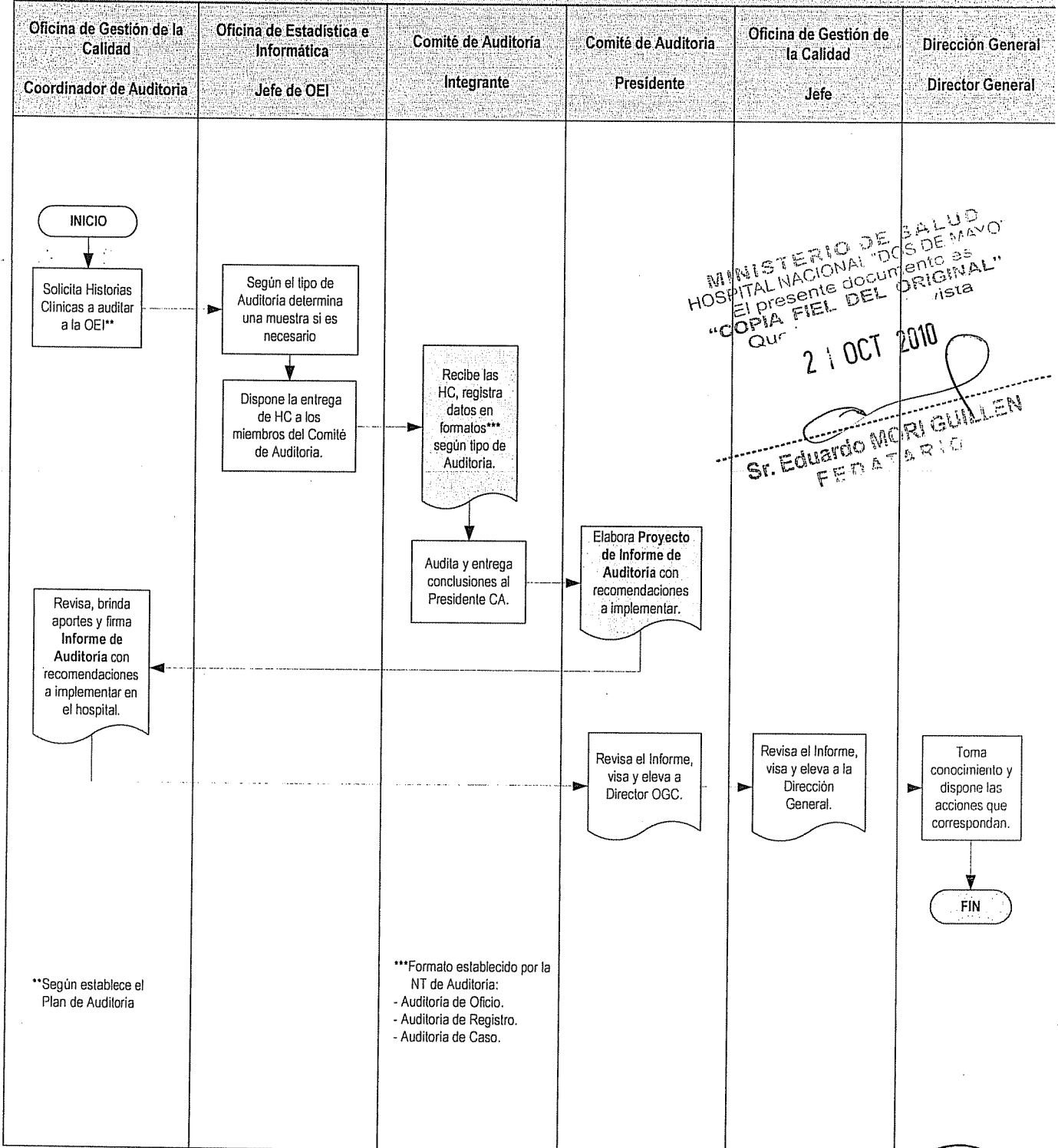
Sr. Eduardo MORI GULLEN  
FEDATARIO





**GRAFICO N° 08**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-008: EJECUCIÓN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Código: CA - 008      Proceso: Gestión de la Calidad      Subproceso: Auditoría de Gestión de la Calidad  
 PROCEDIMIENTO: EJECUCIÓN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD  
 Flujograma: Ejecución de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Qu...

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
 FENATARIO



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**FICHAS DE DESCRIPCIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Quito, 21 de octubre de 2010

21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GUILLEN  
FEDATARIO

**PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**2010**

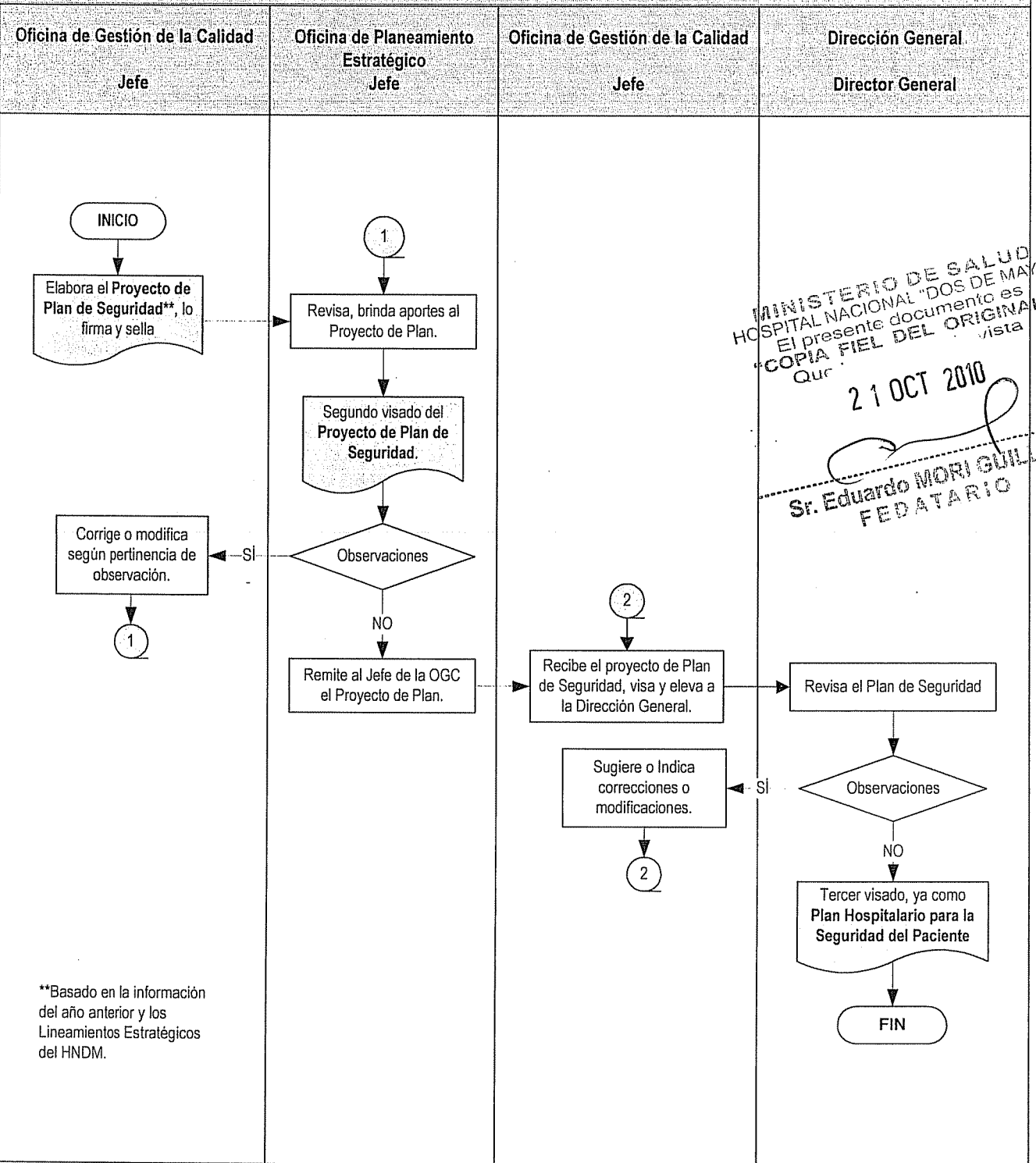


Hospital Nacional Dos de Mayo	FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
	FORMULACION Y APROBACION DEL PLAN HOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE			
PROCEDIMIENTO	FORMULACION Y APROBACION DEL PLAN HOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha	30/05/2010	
		Código	CA - 009	
PROPOSITO	Orientar acciones que permitan identificar problemas y puntos críticos a fin de mejorar la seguridad de la atención de los pacientes en el HNDM.			
ALCANCE	A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- Decreto Supremo 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> </ul>			
<b>INDICES DE PERFORMANCE</b>				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE	
Plan Hospitalario de Seguridad	Plan elaborado	Oficina de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad	
<b>NORMAS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico par la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RM N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</li> <li>- RM N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	INICIO			
1	Elabora el proyecto de Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente, en base a la información del año anterior y los lineamientos estratégicos de la institución.	Proyecto de Plan para la Seguridad	Jefe	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Remite proyecto de Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente a Jefe de Oficina de Planeamiento Estratégico	Proyecto remitido		
3	Revisa, brinda aportes, visa el proyecto de Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente, y lo remite al Jefe de OGC.	Plan de Seguridad Visado	Jefe	Oficina de Planeamiento Estratégico
4	Recepciona Oficio con Plan de Seguridad y firma cargo	Plan de Seguridad recepcionado	Técnico Administrativo	Oficina de Gestión de la Calidad
5	Recibe el proyecto de Plan de Seguridad, visa y eleva a la Dirección General.	Plan de Seguridad Aprobado	Jefe	
6	Revisa el Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente, si no hay observaciones visa y firma, de lo contrario devuelve para corrección.	Plan de Seguridad aprobado	Director General	Dirección General
	FIN			
<b>ENTRADAS</b>				
NOMBRE		FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente anteriores		Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Mecanizado
<b>SALIDAS</b>				
NOMBRE		DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente		Dirección general	Anual	Mecanizado
<b>DEFINICIONES:</b> Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente.- Plan que detalla las actividades para la seguridad de la atención en salud de los pacientes. En el se establecen las actividades que permitan identificar eventos adversos, se analicen, se formulen propuestas de mejora, socialicen e implementen buenas prácticas para la seguridad de paciente que a lo largo del año desarrollará el HNDM. Es elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad.				
<b>REGISTROS :</b> Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente				
<b>ANEXOS :</b> Diagrama de Flujo del Procedimiento Formulación y Aprobación del Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente				



**GRAFICO N° 09**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-009: FORMULACION Y APROBACION DEL PLAN HOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Código: CA - 009      Proceso: Gestión de la Calidad      Subproceso: Seguridad del Paciente  
 PROCEDIMIENTO: FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN HOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE  
 Flujograma: Formulación y Aprobación del Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente



Hospital Nacional Dos de Mayo	FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			Manual de Procesos y Procedimientos Versión 1.0
	IMPLEMENTACIÓN Y CONTROL DEL PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD			
SUBPROCESO	AUDITORIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
PROCEDIMIENTO	IMPLEMENTACIÓN Y CONTROL DEL PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha	30/05/2010	
		Código	CA - 010	
PROPÓSITO	Ejecutar acciones que permitan mejorar la seguridad de la atención de los pacientes del HNDM			
ALCANCE	A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del HNDM			
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley N° 26842 - Ley General de salud</li> <li>- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud</li> <li>- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública</li> <li>- Decreto Supremo N° 013-2002-SA - Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>- Decreto Supremo N° 023-2005-SA - Aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modifica el Reglamento de la Ley N° 27657.</li> <li>- Decreto Supremo 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> </ul>			
INDICES DE PERFORMANCE				
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSA	
Ejecución del Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente	Porcentaje	Unidades Orgánicas	Oficina de Gestión de la Calidad	
Cantidad de Informe de Actividades por Servicio	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad	
NORMAS				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA - Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud</li> <li>- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA - Conformación del Comité Técnico par la Seguridad del Paciente</li> <li>- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"</li> <li>- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</li> <li>- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud</li> <li>- RM N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</li> <li>- RM N° 777-2007/MINSA - NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>- R.M. N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional.</li> </ul>				
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS				
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CARGO	UNIDAD ORGANICA
	INICIO			
1	Dispone socialización del Plan de Seguridad en todas las Unidades Orgánicas del HNDM	Plan de Seguridad socializado	Director General	Dirección General
2	Conformación del Equipo de Trabajo que realizará evaluación y monitorización de actividades en las UO, y se le asigna sus funciones respectivas.	Equipo de Trabajo Conformado	Jefe	
3	Realiza monitorización de las actividades programadas según el Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente.	Actividades monitorizadas	Equipo de Trabajo	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Elabora Informe de las actividades monitorizadas y remite a Jefe de la OGC	Informe remitido		
5	Solicita Informe de actividades realizadas según Plan a las diferentes Unidades Orgánicas del Hospital.	Oficio solicitando Informe	Jefe	
6	Remite Informe de Ejecución de Actividades del Plan de Seguridad del Paciente a Jefe de OGC	Informe remitido	Jefe	Unidades Orgánicas
7	Realiza reporte, procesamiento y análisis de la Información obtenida	Información procesada	Equipo de Trabajo	Oficina de Gestión de la Calidad
8	Elabora Informe de Evaluación del Plan para la Seguridad del paciente con recomendaciones a implementar en el hospital.	Informe remitido		
9	Revisa el Informe, visa y eleva a la Dirección General.	Informe visado	Jefe	
10	Recibe el Informe, visa, firma y remite a DISA V Lima Ciudad.	Informe visado y remitido	Director General	Dirección General
	FIN			
ENTRADAS				
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO	
Informe de Ejecución de Actividades del Plan de Seguridad del Paciente	Unidades Orgánicas	Anual	Mecanizado	



SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Evaluación del Plan Hospitalario para la Seguridad del paciente	Dirección general	Anual	Mecanizado
<b>DEFINICIONES:</b> Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente.- Plan que detalla las actividades para la seguridad de la atención en salud de los pacientes. En el se establecen las actividades que permitan identificar eventos adversos, se analicen, se formulen propuestas de mejora, socialicen e implementen buenas prácticas para la seguridad de paciente que a lo largo del año desarrollará el HNDM. Es elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad.			
<b>REGISTROS :</b> Evaluación del Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente			
<b>ANEXOS :</b> Diagrama de Flujo del Procedimiento Implementación y Control del Plan para la Seguridad del Paciente			

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que consta de \_\_\_\_\_ folios

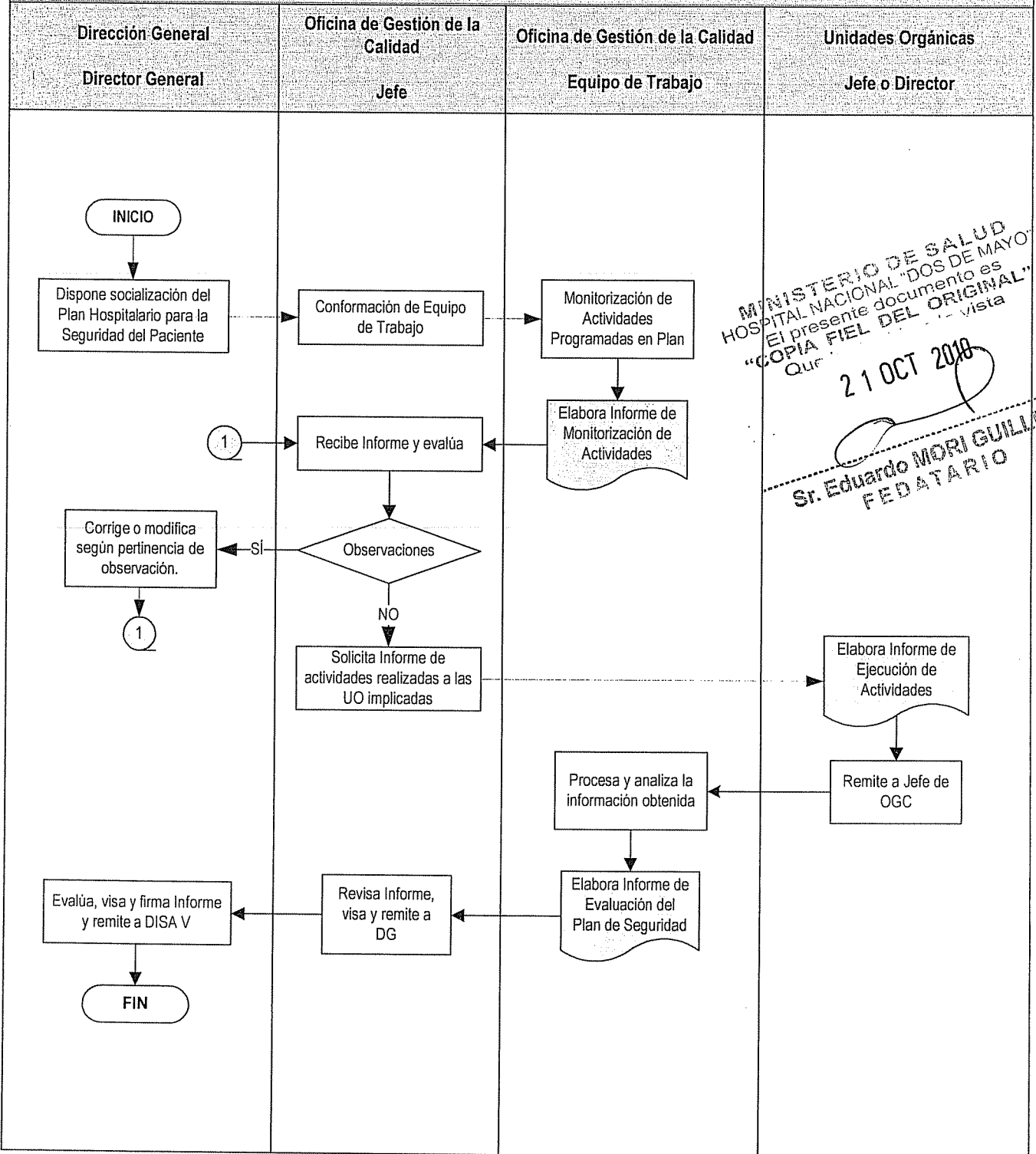
21 OCT 2010

Sr. Eduardo MORI GULLEN  
 FEDATARIO



**GRAFICO N° 10**  
**FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO CA-010: IMPLEMENTACIÓN Y CONTROL DEL PLAN**  
**PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**  
**Código: CA - 010**      **Proceso: Gestión de la Calidad**      **Subproceso: Seguridad del Paciente**  
**PROCEDIMIENTO: IMPLEMENTACIÓN Y CONTROL DEL PLAN HOSPITALARIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
**Flujograma: Implementación y Control del Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente**



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
 El presente documento es  
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
 Que se encuentra a la vista  
 21 OCT 2018  
 Sr. Eduardo MORI GUILLE  
 FEDATARIO

