



Resolución Directoral

San Juan de Miraflores, 27 DIC. 2013

VISTO:

El **MEMORANDO N° 617-2013-HMA-OEPE**, mediante el cual la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, solicita la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital María Auxiliadora.

CONSIDERANDO:

Que, mediante **Ley N° 26842** se promulga la Ley General de Salud;

Que, mediante **Ley N° 27657** se promulga la Ley del Ministerio de Salud y mediante **Decreto Supremo N° 013-2002-SA** se aprueba su Reglamento;

Que, mediante **Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM**, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital María Auxiliadora, establece que una de las atribuciones del Director General entre otros, es organizar el funcionamiento del Hospital para el logro de sus objetivos en cuyas estructuras orgánicas se encuentran el Departamento de Enfermería;

Que, mediante **Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA**, se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02: Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional, modificada por **Resolución Ministerial N° 205-2009/MINSA** y **Resolución Ministerial N° 317-2009/MINSA**, cuyos objetivos son establecer las normas de carácter técnico, criterios y procedimientos para la elaboración, revisión y modificación entre otros del Manual de Organización y Funciones de las entidades comprendidas en el alcance de la citada Directiva;

Que, mediante **Resolución Ministerial N° 342-2012/MINSA**, se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02. "Directiva para la Formulación de Documentos técnicos Normativos de Gestión Institucional";

Que, mediante **Resolución Ministerial N° 429-2013/MINSA**, se aprueba el Cuadro de Asignación de Personal del Hospital María Auxiliadora, el mismo que consta de mil seiscientos veintisiete (1,627) cargos clasificados;

Que, mediante **Resolución Directoral 120-2012-HMA-DG**, se Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital María Auxiliadora;

Que, el "**Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital María Auxiliadora**", el cual tiene como objetivos a) Gestionar y orientar toda la organización basándose en la interrelación de procesos mediante vínculos causa – efecto siguiendo una metodología uniforme para cumplir con la misión y objetivos institucionales establecidos contribuyendo así conjuntamente a ejercer un mayor control sobre los resultados de las actividades realizadas, b) Incrementar la eficiencia y eficacia, reducir costos, mejorar la calidad de los servicios, reducir los tiempos de su prestación, definiendo objetivos en términos de una mejor atención a los usuarios internos y externos del hospital, c) Reducción y eliminación de actividades sin valor añadido a través de la reducción de etapas y tiempos de ciclo de la actividades, que permita la ampliación de las funciones y responsabilidades del personal, d) Determinar métodos para asegurar que la operación y control sean eficaces través de su seguimiento, medición, análisis y mejora continua;



L. PITTARCO

Que, estando a la propuesta efectuada mediante documentos de visto, y teniendo en cuenta lo señalado en los considerandos precedentes, la misma que cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Asesoría Jurídica, según Opinión N° 489-2013-HMA-OAJ, de fecha 18 de Diciembre del 2013, por lo que corresponde emitirse el acto resolutivo con dicho fin;

De conformidad con las facultades conferidas por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital María Auxiliadora, con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°: APROBAR el MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, el cual en documento adjunto forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°: ENCARGAR, a la Oficina de Gestión de la Calidad, la supervisión y cumplimiento del Manual aprobado por la presente resolución.

R. CARRANZA L.

REGISTRESE y COMUNIQUESE

L. PITTAR G.

DISTRIBUCIÓN:

- () Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - () Oficina de Asesoría Jurídica.
 - () Oficina de Gestión de la Calidad
 - () Oficina de Comunicaciones
 - () Archivo.
- EBP/RCL/WSS.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MC. EDGAR BENITO PACHECO
(c) DIRECTOR GENERAL



MANUAL de PROCESOS y PROCEDIMIENTOS

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



L. PITTAR G.

DIRECTOR DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Jose Gabriel Ailencastre Calderón

LIMA-PERU

2013



INDICE

| | Pág. |
|--|------|
| CAPITULO I | |
| Introducción | 3 |
| CAPITULO II | |
| Objetivo del Manual | 4 |
| CAPITULO III | |
| Base Legal | 5 |
| Inventario de Procedimientos | |
| Caratula de identificación de procesos y subprocesos indicando los procedimientos que lo conforman | |
| CAPITULO IV | 7 |
| Caratula de identificación de los procesos y procedimientos agrupados por procesos y areas debidamente jerarquizadas | |
| Procedimientos | |
| Registro y Atención en el Libro de Reclamaciones | |
| Atención Queja Tipo 0 | |
| Atención Queja Tipo 1 | |
| Administración del Buzon de Sugerencias | |
| Informe de Auditoría Médica: Auditoría de Caso | |
| Informe de Auditoría Médica: Auditoría de Calidad de Registro Asistencial | |
| Tramites de Proyectos de Mejora continua de la Calidad | |
| Solicitud de Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la Calidad | |
| CAPITULO V | 30 |
| Anexos | |
| Flujogramas | |
| Mapeo de Procesos | |



L. PITTAR G.



CAPITULO I

INTRODUCCION

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo a la normativa vigente, con la finalidad de mejorar la calidad de la 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 del Hospital María Auxiliadora, es un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones de ejecución de los procesos organizacionales, en el nivel de sub procesos ó actividades, en los que intervienen una ó más unidades operativas. Debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información.

Este documento de gestión debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documentos base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información del Hospital. Finalmente se deberá evaluar anualmente el presente Manual de Procedimientos, considerando la ejecución de las modificaciones siguiendo las 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



L. PITTARSI



CAPITULO II

OBJETIVOS del MANUAL de PROCESOS y PROCEDIMIENTOS

En el Hospital María Auxiliadora la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General, es la Unidad Orgánica encargada de promover, identificar y establecer los procedimientos que se realizan en la Oficina de Gestión de la Calidad en el marco de las normas establecidas.

1. OBJETIVO DEL MANUAL

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

- a.- Gestionar y orientar a toda la organización basándose en la interrelación de procesos mediante vínculos causa - efecto y siguiendo una metodología uniforme para cumplir con la misión y objetivos institucionales establecidos contribuyendo así conjuntamente a ejercer un mayor control sobre los resultados de las actividades realizadas.
- b.- Incrementar la eficiencia y eficacia, reducir costos, mejorar la calidad de los servicios, reducir los tiempos de su prestación, definiendo objetivos en términos de una mejor atención a los usuarios internos y externos del hospital.
- c.- Reducción y eliminación de actividades sin valor añadido a través de la reducción de etapas y tiempos de ciclo de las actividades, que permita la ampliación de las funciones y responsabilidades del personal
- d.- Determinar métodos para asegurar que la operación y control de procesos sean eficaces a través de su seguimiento, medición, análisis y mejora continua



CAPITULO III

BASE LEGAL

El presente Manual se formula en base a los siguientes dispositivos legales.

- 1 Norma Legal : **Ley N° 27657**
Denominación : Ley del Ministerio de Salud
29 de Enero del 2002
- 2 Norma Legal : **Decreto Supremo N° 013-2002-SA**
Denominación : Aprueba el Reglamento de la Ley 27657-Ley del Ministerio de Salud
- 3 Norma Legal : **Ley N° 27658**
Denominación : Ley Marco de Modernización de Gestión del Estado
- 4 Norma Legal : **Ley 27444**
Denominación : Ley del Procedimiento Administrativo General
- 5 Norma Legal : **R.M. N° 860-2003-SA /DM**
Denominación : Aprueba Reglamento de Organización y Funciones y el Cuadro de Asignación de Personal del Hospital María Auxiliadora.
- 6 Norma Legal : **Directiva N° 007-MINSA / OGPP-V.02**
Denominación : Directiva para la formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.
- 7 Norma Legal : **DS N° 166-2005-EF**
Denominación : Medidas complementarias para la aplicación de la Ley N° 27072.
- 8 Norma Legal : **Decreto Supremo N° 043-2006-PCM**
Denominación : Lineamientos para la elaboración y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones - ROF por parte de las entidades de la Administración Pública.
- 9 Norma Legal : **Ley 29951**
Denominación : Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2013
- 10 Norma Legal : **Resolución Directoral 120-2012-HMA-DG**
Denominación : Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital María Auxiliadora.



L. PITTAR G.



| CARATULA DE IDENTIFICACION DE PROCESOS Y SUBPROCESOS INDICANDO LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO CONFORMAN | | |
|--|--|---|
| PROCESO | SUBPROCESO | PROCEDIMIENTOS |
| 1. PROTECCION RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD | 1.1. Recuperación y Rehabilitación de la Salud | Registro y Atención en el Libro de Reclamaciones Atención Queja Tipo 0 Atención Queja Tipo 1 Administración de Buzón de Sugerencias Informe de Auditoria Medica: Auditoria de Caso Informe de Auditoria Medica: Auditoria de Oficio Informe de Auditoria Medica: Auditoria de Calidad Registro Asistencial |
| 2. ORGANIZACIÓN | 2.1 Implementación de mejoramiento continuo | Trámite de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la Calidad |



L. PITTAR G.



CAPITULO IV

CARATULA DE IDENTIFICACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS AGrupados POR AREAS, UNIDADES DEBIDAMENTE JERARQUIZADAS

| Procesos | Subprocesos | Procedimientos | AREAS Y/O UNIDADES |
|--|--|---|--|
| Protección y Rehabilitación de la Salud | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | Registro y Atención en el Libro de Reclamaciones | Garantía de la Calidad e Información |
| | | Atención Queja Tipo 0 | Garantía de la Calidad e Información |
| | | Atención Queja Tipo 1 | Garantía de la Calidad e Información |
| | | Administración de Buzón de Sugerencias | Garantía de la Calidad e Información |
| | | Informe de Auditoría Médica: Auditoría de Caso | Auditoría de la Calidad de Atención en Salud |
| | | Informe de Auditoría Médica: Auditoría de Oficio | Auditoría de la Calidad de Atención en Salud |
| | | Informe de Auditoría Médica: Auditoría de Calidad Registro Asistencial | Auditoría de la Calidad de Atención en Salud |



L. PITTAR G.

| Procesos | Subprocesos | Procedimientos | AREAS Y/O UNIDADES |
|---------------------|--|---|-------------------------------|
| Organización | Implementación de mejoramiento continuo | Trámite de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad | Mejora Continua de la Calidad |
| | | Asistencia Técnica de la Oficina de Gestión de la | Mejora Continua de la Calidad |



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 "María Auxiliadora", posteriormente se presentan las fichas correspondientes a cada procedimiento y sus respectivos flujogramas

- 1.- REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES
- 2.- ATENCION QUEJA TIPO 0
- 3.- ATENCION QUEJA TIPO 1
- 4.- ADMINISTRACIÓN DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS
- 5.- INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CASO
- 6.- INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE OFICIO
- 7.- INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ASISTENCIAL
- 8.- TRÁMITES DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
- 9.- SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



L. PITTAR G.



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

| | |
|---------------------------|---|
| PROCESO/SUBPROCESO | PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD/Recuperación y Rehabilitación de la Salud |
|---------------------------|---|

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1) OFICINA/DIRECCION | OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD |
|-----------------------------|----------------------------------|

| | |
|-----------------------------|--|
| 2) OFICINA/DIRECCION | Unidad Funcional de Garantía de la Calidad e Información |
|-----------------------------|--|

| N°Orden (3) | Código del Procedimiento (4) | Procedimiento y/o Documento de Origen (5) | Denominación del Documento(6) | Resultado/Producto (7) | Usuario (8) | Base Legal (9) |
|-------------|------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------|---|
| 1 | | Hoja del Libro de Reclamaciones | Libro de Reclamaciones | Carta de Respuesta al Usuario | Usuario | Decreto Supremo N°042 2011-PCM. |
| 2 | | Queja Tipo 0 | Queja Verbal | Solución del Problema | Usuario | Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General. |
| 3 | | Queja Tipo 1 | Queja Escrita | Carta de Respuesta al Usuario | Usuario | Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General. |
| 4 | | Administración del Buzón de Sugerencias | Sugerencia | Informe | Jefatura | Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General. |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

F-ORG-03.1



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

| | |
|---------------------------|---|
| PROCESO/SUBPROCESO | PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD / Recuperación y Rehabilitación de la Salud |
|---------------------------|---|

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1) OFICINA/DIRECCION | OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD |
|-----------------------------|----------------------------------|

| | |
|-----------------------------|--|
| 2) OFICINA/DIRECCION | Unidad Funcional de Auditoria de la calidad de Atencion en Salud |
|-----------------------------|--|

| N°Orden (3) | Código del Procedimiento (4) | Procedimiento y/o Documento de Origen (5) | Denominación del Documento(6) | Resultado/Product o (7) | Usuario (8) | Base Legal (9) |
|-------------|------------------------------|---|--|-----------------------------|-------------|---|
| 1 | | Memorando/Oficio | Auditoria Medica de Caso | Informe de Auditoria Medica | D.G. | RMN°601-2007/MINSA NT N°029-MINSA/DGSP-V.01,2007-2009 |
| 2 | | Memorando/Oficio | Auditoria Medica de Oficio | Informe de Auditoria Medica | D.G. | RMN°601-2007/MINSA NT N°029-MINSA/DGSP-V.01,2007-2009 |
| 3 | | Plan Anual de Auditoria | Auditoria de Calidad de Registro Asistencial | Informe Final | D.G. | RMN°601-2007/MINSA NT N°029-MINSA/DGSP-V.01,2007-2009 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

F-ORG-03.1



L. PITTAR G.





FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|--------------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES | 3. Fecha: Setiembre 2013 | 4. Código 1 |
| 5. Propósito | Registrar el reclamo de los usuarios en el Libro de reclamaciones, realizar el descargo de los involucrados y darles una respuesta por escrito. | | |
| 6. Alcance | * A los Órganos de Dirección. | * A los órganos de Control. | |
| | * Departamentos Asistenciales. | * A los órganos de Apoyo. | |
| | * Oficinas | * | |
| 7. Marco Legal | • Ley del Ministerio de Salud N°27657 y su reglamento | | |
| | • Decreto Supremo N°013 -2006/MINSA | | |
| | • Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. | | |
| | • Ley General de Salud No 26842 | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und.Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---|--------------|------------------------|--------------------|
| Nº de Reclamaciones registradas en el mes | Cantidad | Libro de Reclamaciones | Oficina de Calidad |

9. NORMAS

- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM. Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones
- Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cargo y Actividad

| | |
|-------------------------------------|---|
| Usuario | 1. Solicita registro en el Libro de Reclamaciones |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 2. Atender y proporcionar el Libro de Reclamaciones |
| Usuario | 3. Registrar reclamo en el Libro de Reclamaciones. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 4. Atender el reclamo y redactar memorando al jefe del órgano o unidad orgánica involucrada. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 5. En caso de que la implementación dependa de la Oficina de Gestión de la Calidad el Director de Oficina deberá implementar la mejora, registrar la sugerencia a implementar redactar y remitir una respuesta al usuario dentro de un plazo no mayor de 30 días. |
| Órgano/ Unidad Orgánica involucrada | 5. Investigar la causa del incidente. |



L. PITTAR G.



| | |
|-------------------------------------|--|
| Órgano/ Unidad Orgánica involucrada | 6. Realizar un informe en respuesta al incidente dando atención al reclamo |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 7. Enviar respuesta por escrito al agraviado por vía correo. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 8. Archivar una copia del descargo. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 9. Realizar un informe consolidado de todas las reclamaciones del mes y se remite a la Jefatura de la Oficina de Calidad |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 10. Envía informe consolidado a la Dirección General. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 11. Envía la respuesta al usuario |
| Director General | 12. Recibe, toma, nota y archiva. |



L. PITTAR G.

| 11. ENTRADAS. | | | |
|---|---|-----------------|------------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Reclamo registrado en el Libro de Reclamaciones | Libro de reclamaciones | Diaria (D) | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Respuesta del reclamo por escrito | Usuario que registró en el Libro de reclamaciones | Diaria (D) | Mecanizado |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Libro de Reclamaciones</p> <p>Es el libro que por Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, se pone a disposición de los usuarios para que estos escriban sus reclamos, y al cual se debe dar una respuesta para poder tomar las medidas correctivas y no vuelva a ocurrir situación similar en el futuro.</p> |

| |
|---|
| <p>Reclamo</p> <p>Es la expresión de inconformidad que presenta un usuario por el incumplimiento de una condición del servicio ofrecido por el hospital.</p> |
|---|

| 14. REGISTROS DE CONTROL DEL PROCESO (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|--|
| • |

| 15. ANEXOS |
|---------------|
| • Flujograma. |





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Manual de Procesos y Procedimientos - Oficina de Gestión de la Calidad

FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | ATENCION QUEJA TIPO 0 | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 2 |
| 5. Propósito | Atención de Quejas Tipo 0, realizar el descargo de los involucrados y darles una respuesta. | | |
| 6. Alcance | * A los Órganos de Dirección. | * A los órganos de Control. | |
| | * Departamentos Asistenciales. | * A los órganos de Apoyo. | |
| | * Oficinas | * | |
| 7. Marco Legal | • Ley del Ministerio de Salud N°27657 y su reglamento | | |
| | • Decreto Supremo N°013 –2006/MINSA | | |
| | • Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. | | |
| | • Ley General de Salud No 26842 | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und.Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|-------------------------|----------------------------|---|--|
| Queja Tipo 0 | Número de quejas atendidas | Reclamo registrado en el cuaderno de Quejas de Comunicaciones | Oficina de Comunicaciones/ Oficina de Calidad |

9. NORMAS

- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM. Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones
- Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cargo y Actividad

| | INICIO |
|----------------------------------|--|
| Usuario | 1. Emite su queja verbalmente |
| Oficina de Comunicaciones | 2. Recibe la queja y e identifica el servicio que origina la queja |
| Oficina de Comunicaciones | 3. Da solución a la queja |
| Oficina de Comunicaciones | 4. Registra la queja en el consolidado y envía a la Oficina de Gestión de la Calidad |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 5. Realiza el análisis trimestral. |



L. PITTAR G.



| | |
|----------------------------------|---|
| Oficina de Gestión de la Calidad | 6. Remite el informe a la Dirección General |
| Director General | 7. Recibe, toma, nota y archiva. |
| | FIN |

| 11. ENTRADAS. | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Reclamo registrado en el cuaderno de Quejas de Comunicaciones | Usuario - Oficina de Comunicaciones | Variable | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Respuesta al Usuario | Usuario | Variable | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Queja Tipo 0:</p> <p>Son aquellas quejas expresadas directa o indirectamente por el usuario en forma verbal, con o sin identificación del mismo, que son recibidas por la Oficina de Comunicaciones y áreas desconcentradas (Asistenciales y Administrativas), responsables de la defensoría del usuario.</p> |



L. PITTAR G.

| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Memorando • Informe • Oficios |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Flujograma: Se adjunta |





FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | ATENCION QUEJA TIPO 1 | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 3 |
| 5. Propósito | Atención de Quejas Tipo 1, realizar el descargo de los involucrados y darles una respuesta. | | |
| 6. Alcance | * A los Órganos de Dirección. | * A los órganos de Control. | |
| | * Departamentos Asistenciales. | * A los órganos de Apoyo. | |
| | * Oficinas | * | |
| 7. Marco Legal | • Ley del Ministerio de Salud N°27657 y su reglamento | | |
| | • Decreto Supremo N°013 –2006/MINSA | | |
| | • Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. | | |
| | • Ley General de Salud No 26842 | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und. Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|-------------------------|---------------|--|--------------------|
| Queja Tipo 1 | Cantidad | Formato registro de quejas y sugerencias y/o informa sobre el Libro de Reclamaciones | Oficina de Calidad |

9. NORMAS

- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM. Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones
- Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Cargo y Actividad

| | INICIO |
|-------------------------------------|--|
| L. PITTAR G. | |
| Usuario | 1. Solicita registro escrito de su queja |
| Oficina de Comunicaciones | 2. Proporciona el formato de registro de quejas y sugerencias y/o informa sobre el Libro de Reclamaciones |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 3. Atender el reclamo y redactar memorando al jefe del órgano o unidad orgánica involucrada. |
| Órgano/ Unidad Orgánica involucrada | 4. Investigar la causa del incidente. 5. Realizar un informe en respuesta al incidente dando atención al reclamo. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 6. Analiza la respuesta emitida |



L. PITTAR G.



| | |
|----------------------------------|---|
| Oficina de Gestión de la Calidad | 7. Enviar respuesta por escrito al agraviado por vía correo. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 8. Archivar una copia del descargo. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 9. Realizar un informe consolidado de todas las reclamaciones del mes y se remite a la Jefatura de la Oficina de Calidad. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 10. Envía informe consolidado a la Dirección General. |
| Unidad de Trámite Documentario | 11. Remite documento a la Dirección General. |
| Director General | 12. Recibe, toma nota y archiva. |
| | FIN |



L. PITTAR G.

| 11. ENTRADAS. | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| de Reclamaciones | Libro de reclamaciones | Variable | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Respuesta del reclamo por escrito | Usuario que registró en el Libro de reclamaciones | Variable | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Queja tipo uno (Q1)</p> <p>Son aquellas quejas escritas en el formato proporcionado por la institución que contiene la identificación y firma del usuario, que son recibidas por la Oficina de Comunicaciones y áreas desconcentradas (Asistenciales y Administrativas), responsables de la defensoría del usuario.</p> |

| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Memorando • Informe • Oficios |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Flujograma: Se adjunta |





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Manual de Procesos y Procedimientos - Oficina de Gestión de la Calidad

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|---|-------------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | ADMINISTRACIÓN DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 4 |
| 5. Propósito | Recepcionar las quejas y/o sugerencias de los usuarios a través de los buzones de sugerencia. | | |
| 6. Alcance | * Unidad de Educación para la Salud | * pacientes | |
| | * Oficina de Calidad | | |
| | * Defensoría del pueblo | | |
| 7. Marco Legal | • Ley del Ministerio de Salud N°27657 y su reglamento | | |
| | • Decreto Supremo N°013 -2006/MINSA | | |
| | • Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. | | |
| | • Ley General de Salud No 26842 | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und. Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Nº de sugerencias recepcionadas | Buzón aperturado | Formulario del Buzón de Sugerencias | Oficina de Gestión de la Calidad |

9. NORMAS

- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM. Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones
- Ley N° 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|--|
| | INICIO |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 1. Preparación de formatos de sugerencias para el Buzón de sugerencias. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 2. Distribuirlos formatos de sugerencias en la Oficina de Comunicaciones para uso del usuario. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 3. Apertura cada buzón de sugerencia y recojo de las quejas y/o sugerencias en forma mensual. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 4. Consolida la información de los formatos de quejas y/o sugerencias. Elabora informe con las quejas y/o sugerencias encontradas en los buzones de los diferentes ambientes del Hospital. |
| Dirección General | 5. Recepciona, toma atención y sugiere las medidas correctivas al a Dirección General y archiva. |



L. TITAR G



| 11. ENTRADAS. | | | |
|---|---|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Formulario del Buzón de Sugerencias | Cronograma de actividades de la apertura de buzones | 1 vez al mes | manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Informe mensual sobre el Buzón de sugerencias | Oficina de Gestión de la Calidad | 1 vez al mes | manual |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Buzón de sugerencia</p> <p>Es un canal de percepción que tienen los usuarios de la atención que reciben de los servicios brindados por el hospital, de forma anónima. Pueden ser quejas, sugerencias y/o felicitaciones</p> |

| |
|---|
| <p>Queja</p> <p>Es una expresión de los usuarios por haber recibido una mala atención en los servicios brindados por el hospital</p> |
| <p>Sugerencia</p> <p>Es una opinión de los usuarios para que mejore la atención en los servicios.</p> |

| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Memorando • Informe • Oficios |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Flujograma: Se adjunta |



L. PITTAR G.





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|--|-----------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CASO | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 5 |
| 5. Propósito | Procesos para Mejora de Calidad de Atención en los Servicios Asistenciales del HMA. | | |
| 6. Alcance | * Oficina de Gestión de la Calidad del HMA | | |
| | * Comité de Auditoría Médica del HMA | | |
| | * Departamentos Asistenciales | | |
| 7. Marco Legal | • RM N° 474-2005/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | | |
| | • RM N° 601-2007/MINSA, Aprueba el documento Técnico: "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2007-2009 | | |
| | | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und.Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---|--------------|------------------|---------------------|
| Nº de Informes de Auditoría de caso atendidas | Informe | Historia Clínica | Comité de Auditoría |

9. NORMAS

2007/MINSA, Directiva N° 123-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|--|
| Dirección General | 1.- Recepciona la queja o sugerencia |
| Dirección General | 2.- Solicita auditoría de Caso a la Oficina de Gestión de la Calidad |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 3.- Realiza el análisis de la queja y determina la solicitud de auditoría de caso al comité de auditoría |
| El comité de auditoría | 4.- El comité de auditoría recepciona la solicitud de auditoría de caso y procede a planificar la auditoría correspondiente 5.- El comité de auditoría ejecuta la auditoría |
| El comité de auditoría | 6.- El comité de auditoría elabora informe final, elevándolo a la OGC |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 7.- La OGC evalúa la calidad del contenido del informe de auditoría y se eleva a la Dirección General |



L. PITTAR G.



| | |
|----------------------------------|--|
| Dirección General | 8.- Evalúa la calidad del informe y dispone la implementación de las recomendaciones al área auditada notificando a la OGC |
| El área auditada | 9.- El área auditada recibe e implementa las recomendaciones, elaborando un informe de las implemetaciones |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 10.- Realiza seguimiento de las recomendaciones |
| Dirección General | 11.- Recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior solicitante. |
| | FIN |

| 11. ENTRADAS. | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Auditoría de Caso | Instancia Superior | A demanda | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Informe de Auditoría de Caso | Oficina de Gestión de la Calidad | A demanda | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|--|
| <p>Auditoría de Caso</p> <p>Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo-administrativas del establecimiento de salud.</p> |

| |
|---|
| <p>Auditoría de Caso</p> <p>La participación de los integrantes ene este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica</p> |
|---|

| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|---------------------------------------|
| • |

| 15. ANEXOS |
|--------------------------|
| • Flujograma: Se adjunta |



L. PITTAR G.





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Manual de Procesos y Procedimientos - Oficina de Gestión de la Calidad

FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|-------------------------|--|-----------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| Sub proceso | Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE OFICIO | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 6 |
| 5. Propósito | Procesos para Mejora de Calidad de Atención en los Servicios Asistenciales del HMA | | |
| 6. Alcance | <ul style="list-style-type: none"> * Oficina de Gestión de la Calidad del HMA * Comité de Auditoría Médica del HMA * Departamentos Asistenciales | | |
| 7. Marco Legal | <ul style="list-style-type: none"> • RM N° 474-2005/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud • RM N° 601-2007/MINSA, Aprueba el documento Técnico: "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2007-2009 | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und. Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---|---------------|------------------|---------------------|
| N° de Informes de Auditoría de caso atendidas | Informe | Historia Clínica | Comité de Auditoría |

9. NORMAS

2007/MINSA, Directiva N° 123-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|--|
| Dirección General | 1.- Recepciona la queja o sugerencia |
| Dirección General | 2.- Solicita auditoría de Caso a la Oficina de Gestión de la Calidad |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 3.- Realiza el análisis de la queja y determina la solicitud de auditoría de caso al comité de auditoría |
| El comité de auditoría | 4.- El comité de auditoría recepciona la solicitud de auditoría de caso y procede a planificar la auditoría correspondiente 5.- El comité de auditoría ejecuta la auditoría |
| El comité de auditoría | 6.- El comité de auditoría elabora informe final, elevándolo a la OGC |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 7.- La OGC evalúa la calidad del contenido del informe de auditoría y se eleva a la Dirección General |



L. PITTAR G



| | |
|----------------------------------|--|
| El área auditada | 8.- El área auditada recibe e implementa las recomendaciones, elaborando un informe de las implemetaciones |
| Oficina de Gestión de la Calidad | 9.- Realiza seguimiento de las recomendaciones |
| Dirección General | 10.- Recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior solicitante. |
| | FIN |

| 11. ENTRADAS. | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Auditoría de Caso | Instancia Superior | A demanda | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Informe de Auditoría de Caso | Oficina de Gestión de la Calidad | A demanda | Manual |

| 13. DEFINICIONES | |
|--|--|
| <p>Auditoría de Oficio</p> <p>Es aquella que se encuentra contenida en el plan de auditoria de la calidad de atención de 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 materno perinatal, reingresos, reconsultas, complicaciones anestésicas, complicaciones quirúrgicas, costos tiempos de espera</p> | |
| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) | |
| <ul style="list-style-type: none"> formato de auditorias de oficio. | |

L. PITTAR G.

| 15. ANEXOS | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Flujograma: Se adjunta | |





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|------------------|--|-----------|----------------|
| 1. Proceso | Protección Recuperación y Rehabilitación de la Salud Recuperación y Rehabilitación de la Salud | | |
| 2. Procedimiento | INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ASISTENCIAL | 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| | | 4. Código | 7 |
| 5. Propósito | Procesos para Mejora de Calidad de Atención en los Servicios Asistenciales del HMA | | |
| 6. Alcance | * Oficina de Gestión de la Calidad del HMA | | |
| | * Comité de Auditoría Médica del HMA | | |
| | * Departamentos Asistenciales | | |
| 7. Marco Legal | • RM N° 474-2005/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | | |
| | • RM N° 601-2007/MINSA, Aprueba el documento Técnico: "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2007-2009 | | |
| | | | |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und.Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|-------------------------|--------------|------------------|---------------------|
| Reporte trimestral | Reporte | Historia Clínica | Comité de Auditoría |

9. NORMAS

2007/MINSA, Directiva N° 123-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|--|
| Oficina de Gestión de la Calidad | Elaboración del plan anual de auditoría y programación de auditoría de registro. |
| Comité de auditoría | Planifica las auditorías |
| Comité de auditoría | Los comites de auditoría de cada servicio realizan la auditoría de registro. |
| Comité de auditoría | Envían los reportes trimestrales de auditoría de registro al jefe Auditor Responsable. |
| Comité de auditoría | Elabora el consolidado de los reportes provenientes de los servicios y elabora la solicitud. |
| Comité de auditoría | Elabora informe final elevándolo a la OGC |



L. PITTAR G



| | |
|----------------------------------|--|
| Oficina de Gestión de la Calidad | La OGC evalúa la calidad del contenido del informe de auditoría y se eleva a la Dirección General notificandolo a la OGC |
| El área auditada | El área auditada recibe e implementa las recomendaciones, elaborando un informe de las implemetaciones |
| Oficina de Gestión de la Calidad | Realiza seguimiento de las recomendaciones |
| Dirección General | Recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior solicitante. |
| | FIN |

| 11. ENTRADAS. | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Auditoría de Caso | Instancia Superior | A demanda | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Informe de Auditoría de Caso | Oficina de Gestión de la Calidad | A demanda | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|--|
| <p>Auditoria de calidad de registro Asistencial</p> <p>Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la historia clinica en relación a un determinado servicio asistente.</p> |

| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Formato de auditoria de caso |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Flujograma: Se adjunta |



L. PITTAR G.





FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|-------------------------|---|
| 1. Proceso | Organización Implementación y mejoramiento continuo |
| 2. Procedimiento | TRÁMITES DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD |
| 3. Fecha: | Setiembre 2013 |
| 4. Código | 8 |
| 5. Propósito | Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos que se ejecutan en los servicios del Hospital. |
| 6. Alcance | <ul style="list-style-type: none"> * Oficina de Gestión de la Calidad del HMA * Órganos de dirección * Servicios Administrativos y Asistenciales |
| 7. Marco Legal | <ul style="list-style-type: none"> • Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su reglamento • Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. • RD N° 120-2012-HMA-DG Manual de organización y funciones de la Of. de Gestión Calidad • RM N° 860-2003/MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hosp. Maria Auxiliadora |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und. Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---------------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| Solicitud de proyecto de Mejora | Número de Solicitudes | Archivo de la oficina de Gestion de la Calidad | Oficina de Gestión de la Calidad |

9. NORMAS

| |
|---|
| RM 603-2006/MINSA DIR. 007 V 002 Formulación de Documentos de Gestión |
| RMD 262-2010-HMA-DG Modifica el C.A.P del Hospital María Auxiliadora. |

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|---|
| Inicio | El equipo de Mejora continua de la Calidad de Servicio, debería formular y remitir el proyecto de Mejora a la oficina de Gestión de la Calidad. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | La Oficina de Gestión de la Calidad deberá recibir el proyecto de mejora de la calidad para su posible aprobación. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | Si no se aprueba su implementación, se deberá devolver el proyecto de mejora continua, para reformular la propuesta e iniciar nuevamente el procedimiento. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | Si se aprueba su implementación se deberá derivar el proyecto al equipo de mejora continua de la calidad del departamento o servicio correspondiente. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | El equipo de Mejora continua de la Calidad de Servicio, debería formular y remitir el proyecto de Mejora a la oficina de Gestión de la Calidad. |
| Departamentos | El equipo de mejora continua de la calidad del departamento o servicio deberá recibir, ejecutar, monitorear, y realizar el seguimiento del proyecto de mejora continua de la calidad aprobado. Asimismo deberá elaborar el informe con conclusiones, recomendaciones y derivar a la oficina de Gestión de la Calidad. |



L. PITTAR G



| | |
|---|--|
| Oficina de Gestión de la Calidad | La Oficina de Gestión de la Calidad deberá recibir, sociabilizar, difundir y derivar el informe del proyecto de mejora a la Dirección General. |
| Dirección General | La Dirección General deberá recibir el informe del éxito del proyecto y emitir la constancia de reconocimiento al Equipo de mejora continua de la calidad. |
| Equipo de Mejora continua de la Calidad | El Equipo de Mejora continua de la Calidad deberá recibir la constancia de Reconocimiento. |

| 11. ENTRADAS. | | | |
|---|-------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Solicitud de aprobación de proyecto de mejora | Usuario | Variable | Manual |
| 12. SALIDAS | | | |
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| | Departamento/EMCC | Variable | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Equipo de mejora continua de la Calidad EMCC</p> <p>El equipo de mejora continua son un grupo de personas que tienen como objetivo identificar, proponer, implementar y monitorear acciones de mejorar en los procedimientos de la Institución.</p> |
| 14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS) |
| <p>Solicitud de asistencia técnica</p> <p>Informe técnico de la asistencia técnica solicitada</p> |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Flujograma: Se adjunta |



L. PITTAR G.





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Manual de Procesos y Procedimientos - Oficina de Gestión de la Calidad

FICHA DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|------------------|--|
| 1. Proceso | Organización Implementación y Mejoramiento Continuo |
| 2. Procedimiento | SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |
| | 3. Fecha: Setiembre 2013 4. Código: 9 |
| 5. Propósito | Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios del hospital. |
| 6. Alcance | <ul style="list-style-type: none"> * Oficina de Gestión de la Calidad del HMA * Organos de Dirección * Servicios administrativos y Asistenciales |
| 7. Marco Legal | <ul style="list-style-type: none"> • ley 26842 art. 13,15 ley general de la Salud • ley 27657 y su reglamento DS 013-2002 ley del Ministerio de Salud • ley N° 27658 Ley Marco Modernización Estado • RD N°120-2012-HMA-DG Manual de Organización y Funciones de la Of. de Gestión Calidad |

8. INDICADORES

| 8a. Indicador / Fórmula | 8b. Und.Méd. | 8c. Fuente | 8d. Responsables. |
|---------------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|
| Solicitud de asistencia técnica | N° de asistencia Técnica | Archivo de Oficina de Gestión de la Calidad | Oficina de Gestión de la Calidad |

9. NORMAS

RM 603-2006/MINSA DIR. 007 V 002 Formulación de Documentos de Gestión
RMD 262-2010-HMA-DG Modifica el C.A.P del Hospital Maria Auxiliadora.

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| | Cargo y Actividad |
|----------------------------------|---|
| Inicio | Los diversos servicios y/o departamentos deberán solicitar asistencia técnica de calidad. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | La Oficina de Gestión de la Calidad deberá revisar la solicitud y verificar que este relacionado con los objetivos funcionales de la oficina. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | Si no esta relacionado con los objetivos funcionales de la oficina de gestión de la calidad, se deberá devolver la solicitud y finalizar el procedimiento. |
| Oficina de Gestión de la Calidad | Si está relacionado con los objetivos funcionales de la oficina de gestión de la calidad se deberá de elaborar el informe u opinión de asistencia técnica y derivar al equipo de mejora. |
| Departamento correspondiente | El departamento o servicio correspondiente que solicito la asistencia tecnica, deberá recibir el informe de asistencia técnica e iniciar las coordinaciones para los trabajos de asistencia técnica en calidad. |
| | |



L. PITTAR C



| 11. ENTRADAS. | | | |
|---------------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 11a. Nombre | 11b. Fuente | 11c. Frecuencia | 11d. Tipo |
| Solicitud de asistencia Técnica | Departamentos/EMCC | variable | Manual |

| 12. SALIDAS | | | |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 12a. Nombre | 12b. Destino | 12c. Frecuencia | 12d. Tipo |
| Respuesta escrita al solicitante | Departamento/EMCC | Diaria | Manual |

| 13. DEFINICIONES |
|---|
| <p>Equipo de mejora continua de la Calidad EMCC</p> <p>El equipo de mejora continua son un grupo de personas que tienen como objetivo identificar, proponer, implementar y monitorear acciones de mejorar en los procedimientos de la Institución.</p> |
| <p>14. REGISTROS (DOCUMENTOS - FORMATOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitud de asistencia técnica Informe técnico de la asistencia técnica solicitada |

| 15. ANEXOS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Flujograma: Se adjunta |



L. PITTAR G.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA



CAPITULO V

ANEXOS

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA O.E.P.E.

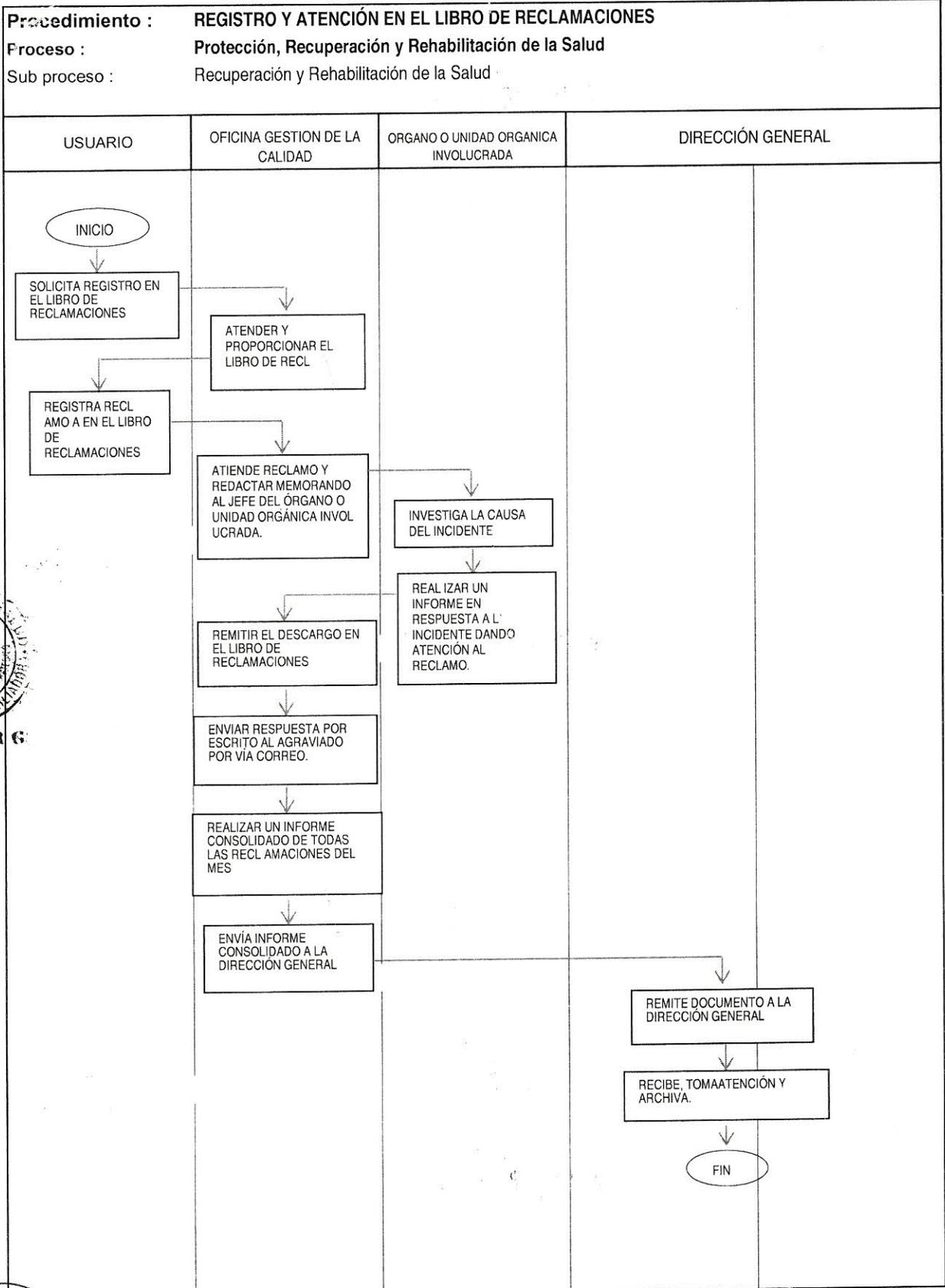
Econ. LARRY PITTAR GUERRERO

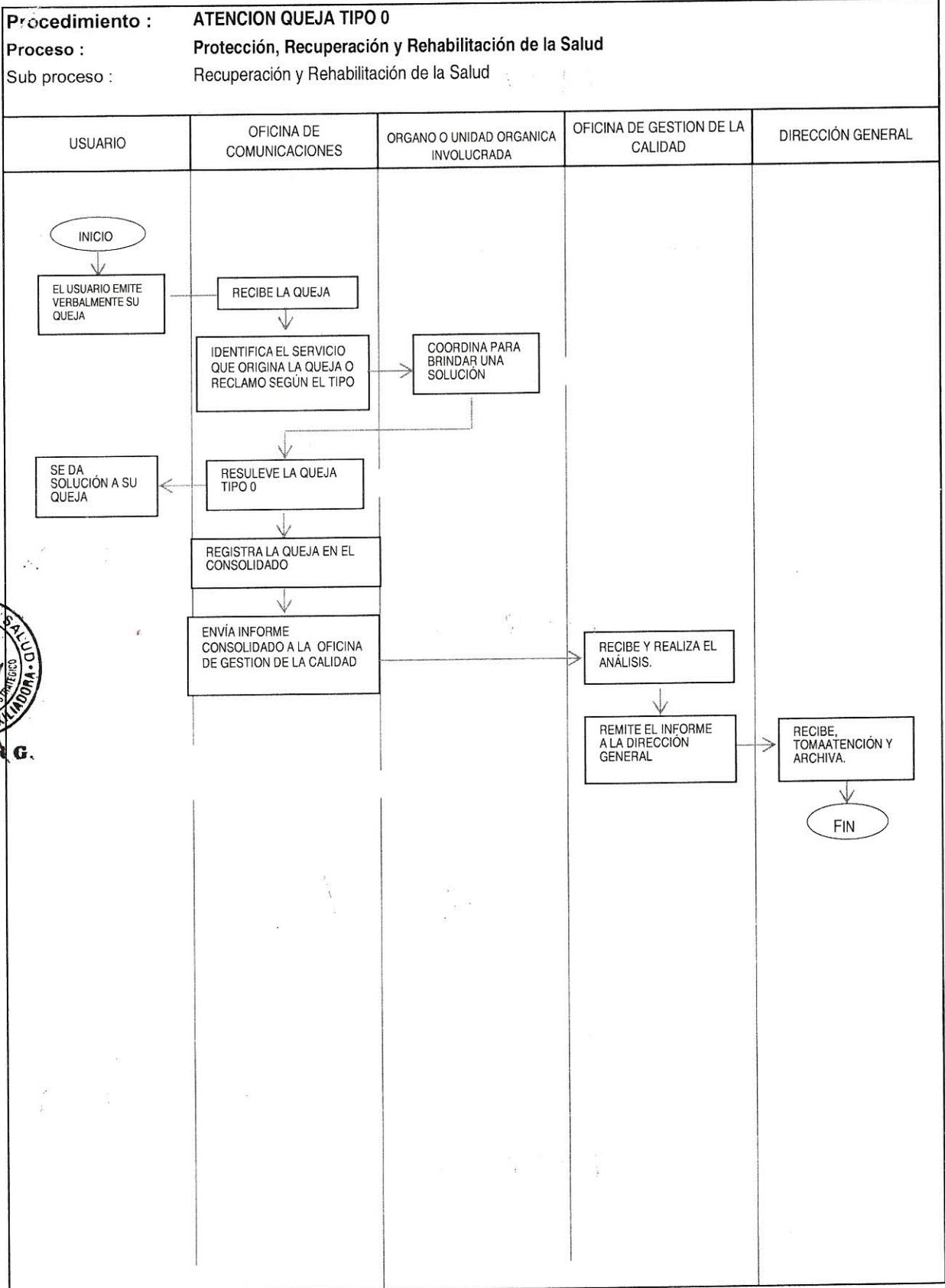
Unidad de Organización - OEPE

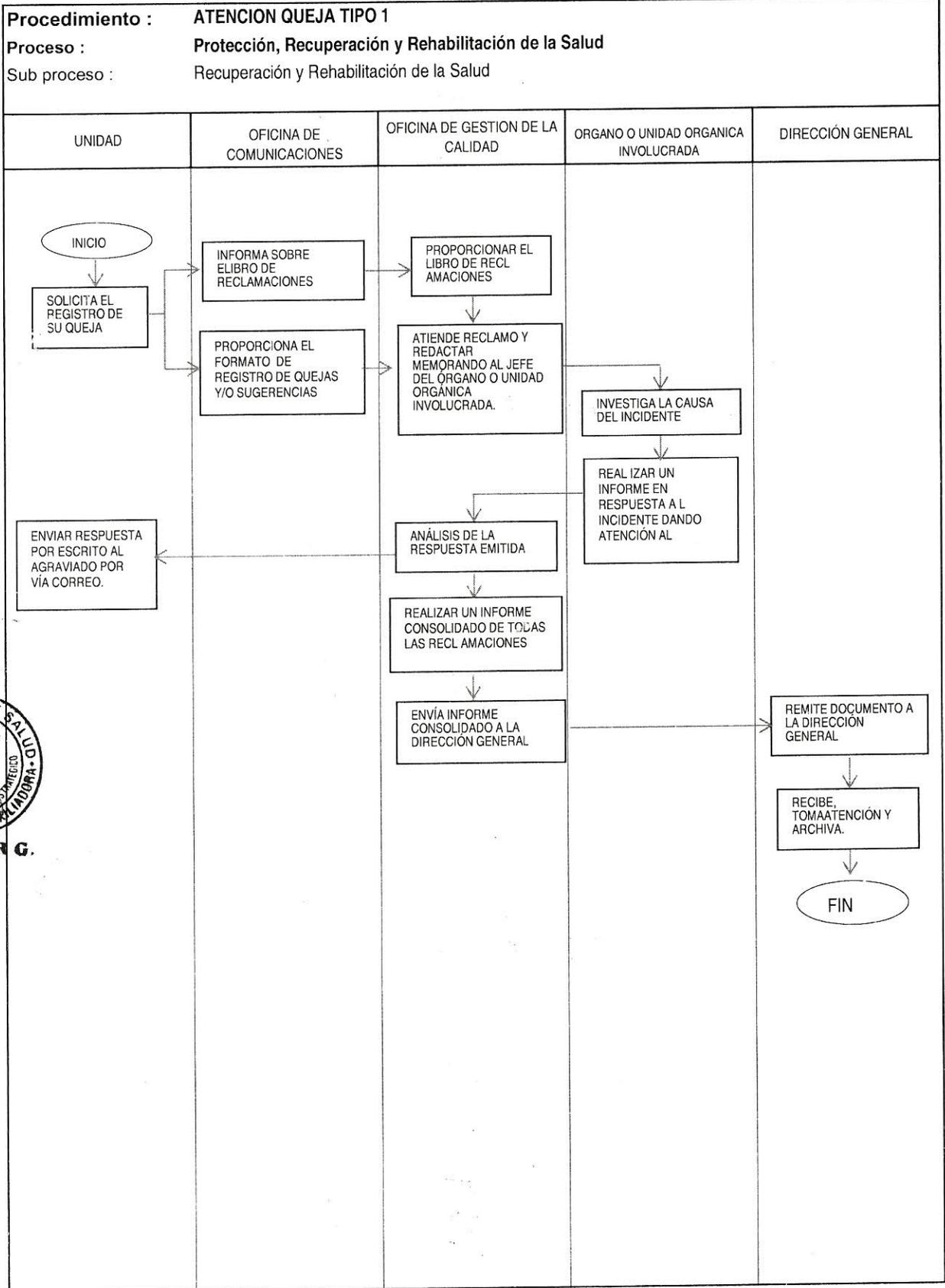
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Dr. JOSE GABRIEL RENAN ALENCASTRE CALDERON





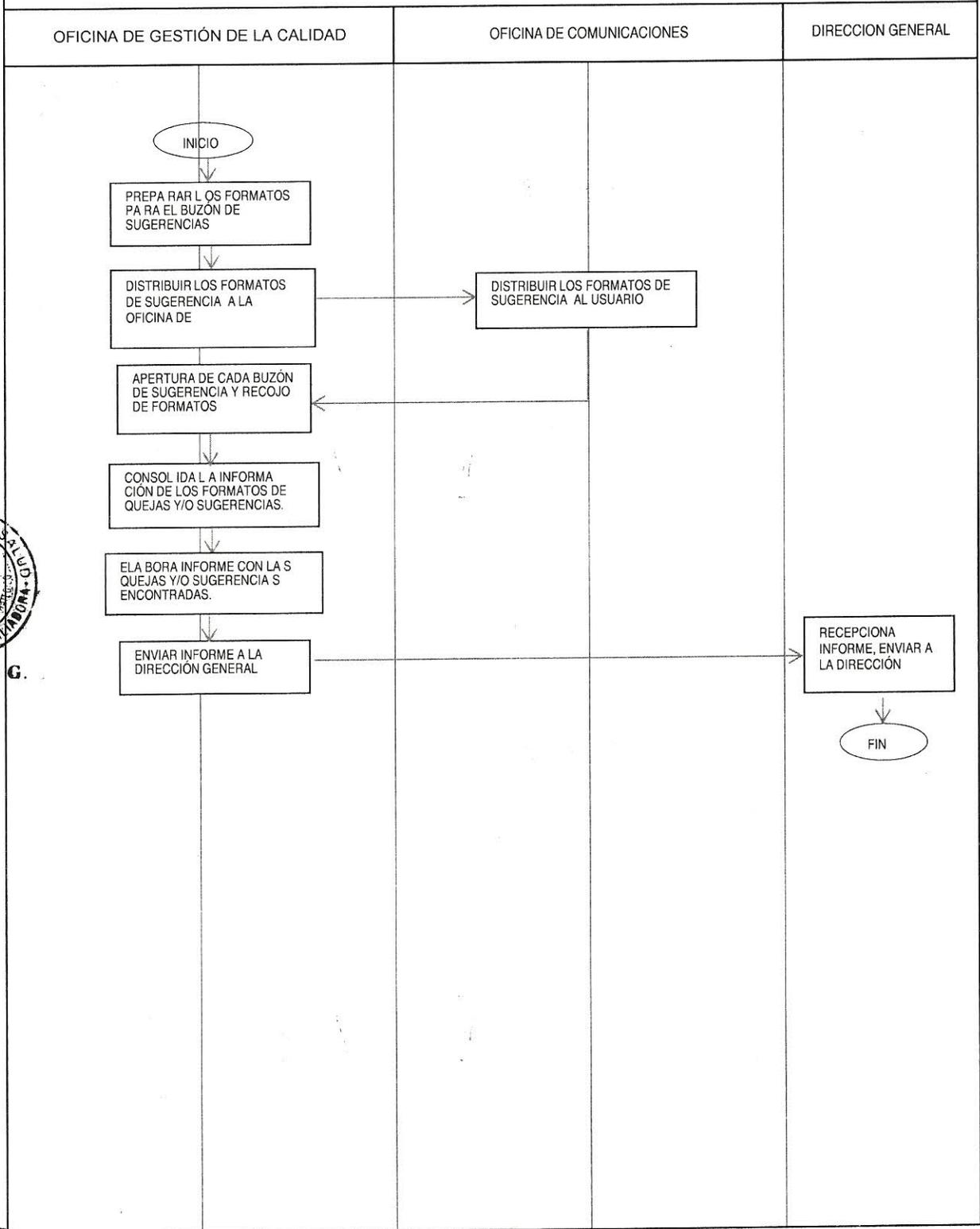




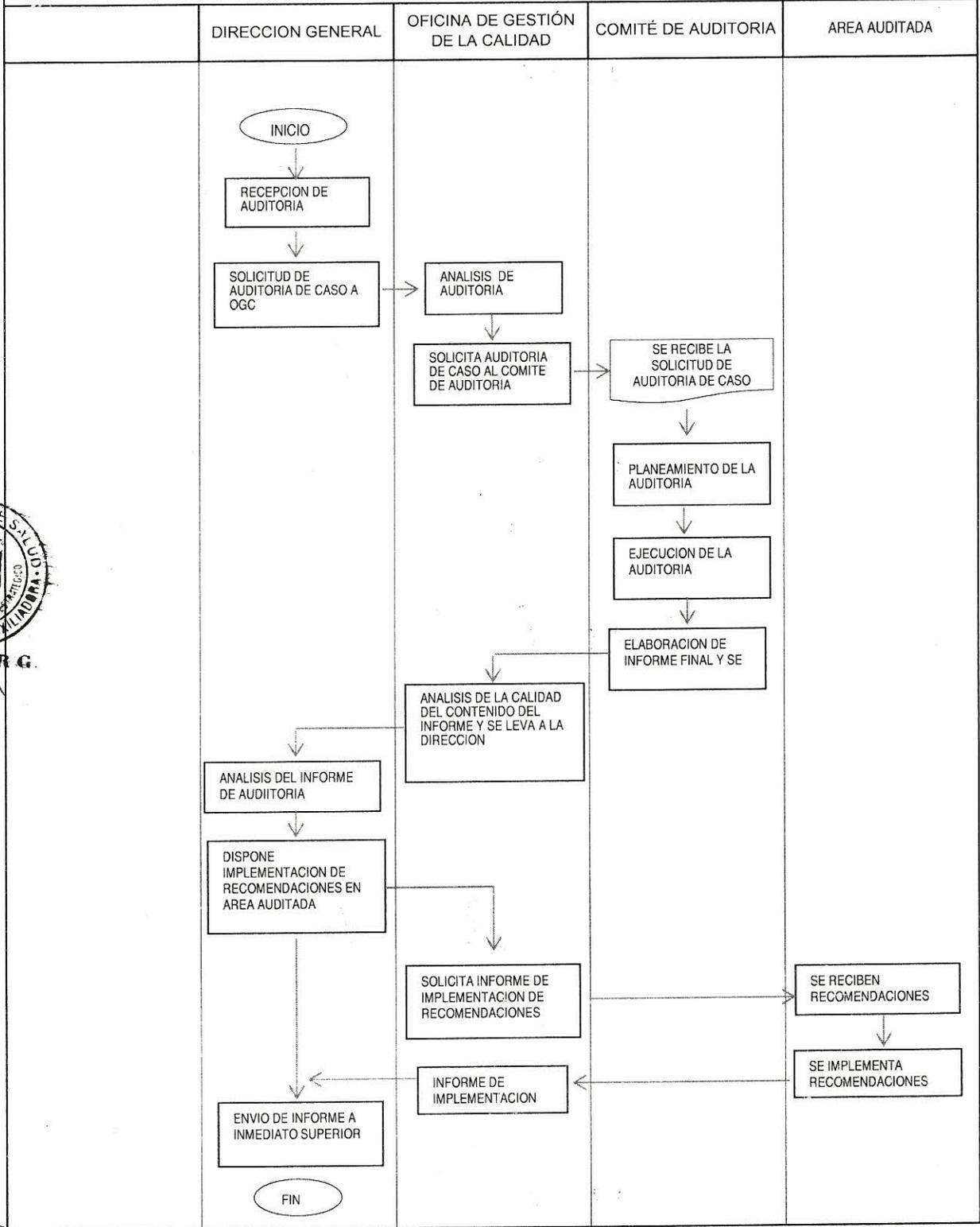
L. PITTAR G.



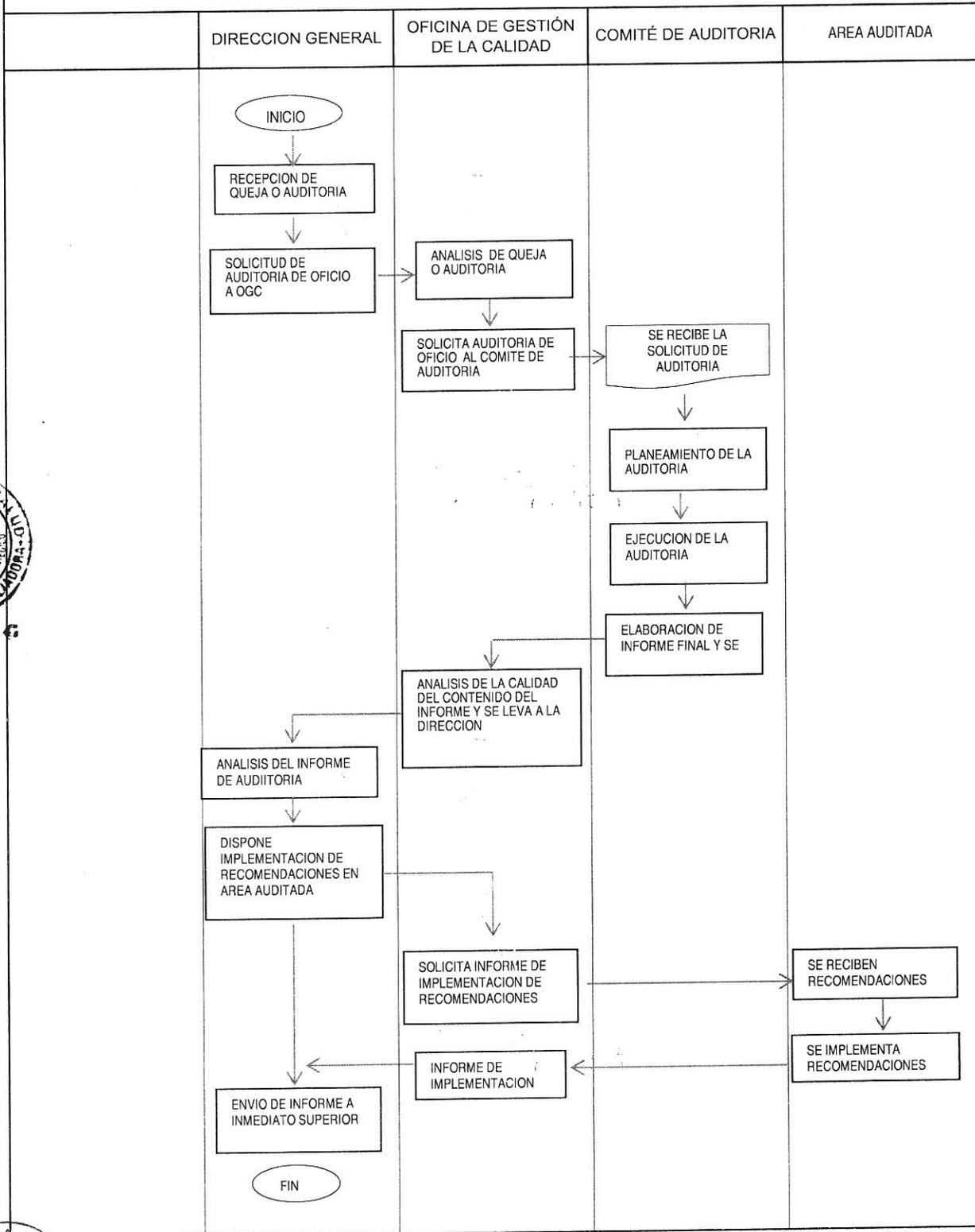
Procedimiento : ADMINISTRACIÓN DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS
Proceso : Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
Sub proceso : Recuperación y Rehabilitación de la Salud



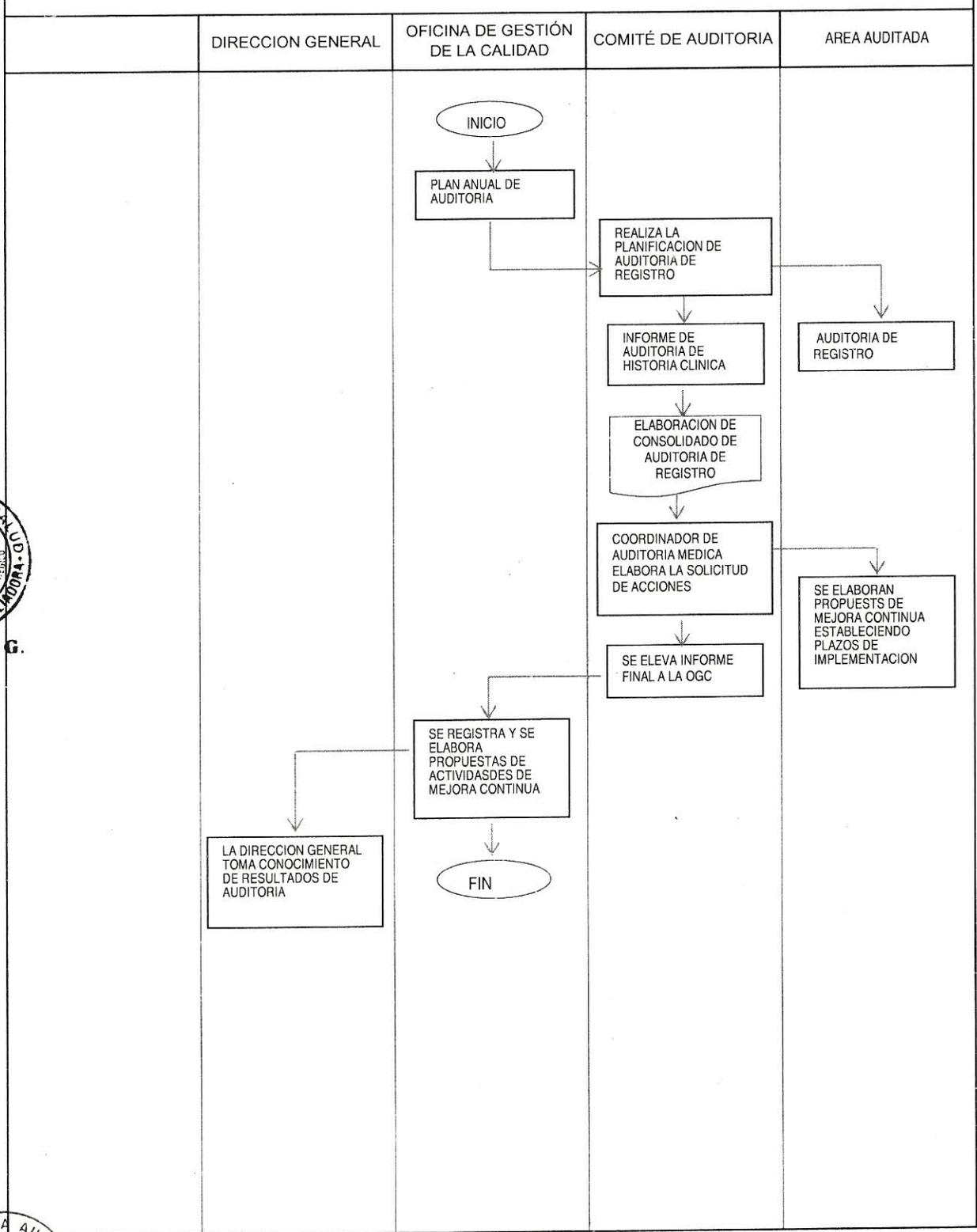
Procedimiento : INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CASO
Proceso : Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
Sub proceso : Recuperación y Rehabilitación de la Salud



Procedimiento : INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE OFICIO
Proceso : Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
Sub proceso : Recuperación y Rehabilitación de la Salud



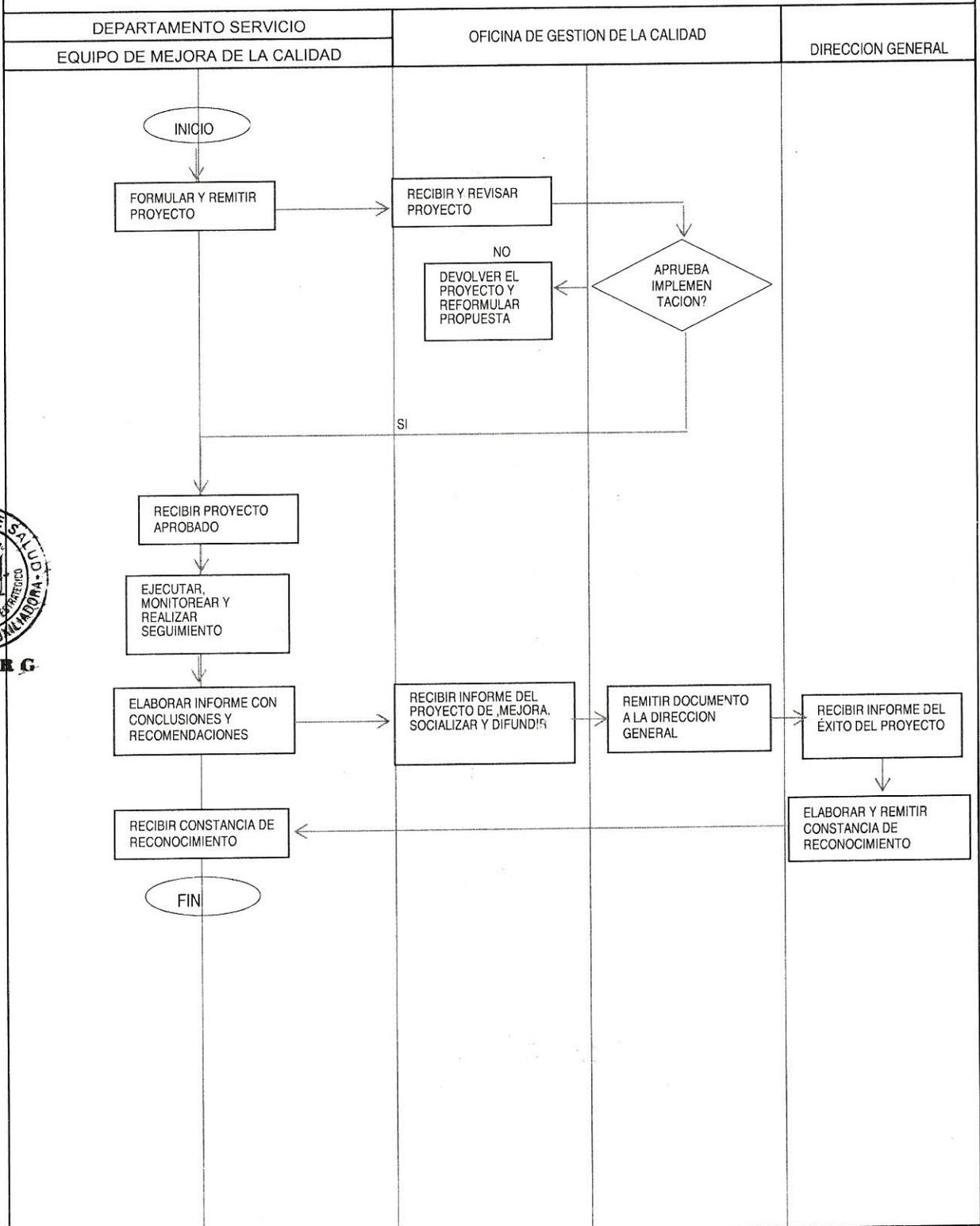
Procedimiento : INFORME DE AUDITORIA MEDICA: AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ASISTENCIAL
Proceso : Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
Sub proceso : Recuperación y Rehabilitación de la Salud



Procedimiento : TRÁMITES DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Proceso : Organización

Sub proceso : Implementación de mejoramiento continuo



Procedimiento : SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Proceso : Organización
Sub proceso : Implementación de Mejoramiento Continuo

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| DEPARTAMENTO SERVICIO | OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD |
| EQUIPO DE MEJORA DE LA CALIDAD | JEFE DE LA OFICINA |

