



Resolución Directoral

Lima, 12 de Octubre del 2015

VISTO:

EL INFORME N°097-2015-HSR-OEPE, de fecha 02 de Octubre del 2015 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite la actualización del Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad.

CONSIDERANDO:

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad. Ha sido elaborado tomando como base la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobado con Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA;

Que, el numeral 5.6.7 de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02, establece que los Jefes de las Unidades Orgánicas deberán evaluar el Manual de Procesos y Procedimientos por lo menos una vez al año, debiendo ejecutarse las modificaciones, siguiendo las mismas normas y procedimientos que han sido establecidas para su formulación y aprobación;

Que, mediante Memorando N°0305-2015-IGSS-HSR-OGC, de fecha 24 de Setiembre del 2015 la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la actualización del Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) aprobado con Resolución Directoral N°258-2014-SADS-HSR-OEPE/DG;

Que, mediante Informe de visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico eleva a la Dirección General el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual ha sido elaborado con la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", a efectos que se apruebe y aplique por la Oficina de Gestión de la Calidad; del Hospital Santa Rosa;



2014-08-04

De conformidad con la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", de acuerdo a las funciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, consignadas en el inciso f) del Artículo 8° de la Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Santa Rosa;

Con la visación del Sub Director General, Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

SE RESUELVE:

Primero.- APROBAR la Actualización del **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**" (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Santa Rosa"; el mismo que contiene Veintidós (22) folios que está debidamente visados, y que anexo adjunto formando parte de la presente Resolución.

Segundo.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación en la página web de la entidad en mención.

Tercero.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su expedición.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



T. QUINTANA C.



A. YNGA M.





CESAR AUGUSTO FEJADA BECHI
 DIRECTOR GENERAL (E)
 CMP. 26711 RNE. 21539



c.c. Sub Director General
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Oficina de Gestión de la Calidad
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Comunicaciones
CATB/ TOQC/MRIA/Nem.



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO DE GESTION
DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL
SANTA ROSA



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Pueblo Libre
2015

INDICE

CAPÍTULO I..	INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO II.	FINALIDAD DEL MANUAL OBJETIVO Y ALCANCES DEL MANUAL	3 3
CAPÍTULO III.	BASE LEGAL	4
CAPÍTULO V.	PROCEDIMIENTOS	6



CAPITULO I INTRODUCCION

El Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad es un documento institucional descriptivo, sistemático, instructivo e informativo que detalla los procesos a seguir por los trabajadores de la Oficina de Gestión de la Calidad a fin de lograr las metas institucionales, que tiene como finalidad organizar el trabajo que realiza según las normas vigentes, emitiendo detalladamente los pasos a seguir en cada actividad a fin de que se cumplan sin errores y que sean factibles de monitoreo. La búsqueda de la eficacia expresada como la capacidad de los directivos y servidores para alcanzar las metas y resultados planificados, se efectiviza en las funciones distribuidas adecuadamente, asegurando el cumplimiento de los objetivos funcionales, aprovechando al máximo los recursos disponibles y estableciendo las tareas que aseguren la evaluación de los resultados. La eficiencia es decir, producir el máximo resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo será un atributo que indirectamente será promovido con la organización de nuestras tareas. Se busca la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, por lo tanto no existe duplicidad o superposición de funciones y atribuciones entre los funcionarios y servidores, ya que las responsabilidades son claramente definidas, y no existe el riesgo de ser evadida o excedida por algún funcionario o servidor.

En la búsqueda de las mencionadas eficiencia y eficacia de las actividades la oficina de Gestión de la Calidad ha considerado la aplicación de la Directiva N° 007-MINSA – OGPE-V-01: “Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional” y su modificatoria contenida en la RM 011-2014/MINSA, para la ejecución de la normativa vigente en las diversas líneas de trabajo en Gestión de la Calidad aprobada por el MINSA.

Oficina de Gestión de la Calidad del HSR



CAPITULO II OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

La Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección Ejecutiva que nace con su establecimiento a través del Reglamento de Organización y Funciones emitido y aprobado por Resolución Ministerial establecida en el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Santa Rosa, aprobado con RD N° 0070-2007-SA-DS-HSR-OPEIDE del 12 de Diciembre del 2007.

1. OBJETIVOS.

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

- a) Establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa.
- b) Servir de instrumento técnico normativo base para la sistematización de los flujos de información y documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de la Unidad de Gestión de Calidad.
- c) Servir como instrumento facilitador de comunicación y establecer las bases para mantener un efectivo sistema de coordinación y orientación permanente al personal integrante de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Institución.
- d) Establecer mejores niveles de eficiencia en el trabajo a desarrollarse en la Unidad de Gestión de Calidad.
- e) Contribuir a lograr el cumplimiento de los objetivos funcionales aprobados en el Reglamento de Organización y Funciones de la Institución.

2. ALCANCE

La aplicación de este manual, se circunscribe a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa, en sus diferentes componentes funcionales; su conocimiento y aplicación es de carácter obligatorio por parte del personal de esta Oficina, en concordancia con los dispositivos vigentes.



CAPITULO III

BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N° 014-2002-SA – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. Decreto legislativo N° 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público
6. Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Unidades de Gestión de la Calidad de Hospitales
7. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
8. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
9. Resolución Ministerial N° 474-2005 que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.
10. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
11. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
12. Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
13. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”, del 29 de octubre del 2009.
14. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
15. Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02
16. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
17. R. D. N° 187-2013-SA-DS-HSR-OARRHH/DG, conformación del “Comité de Auditoría Médica y Comités de Departamentos y Servicios del Hospital Santa Rosa”, para el período 2013. 07 de Junio del 2013.
18. Resolución Ministerial N° 603-2006-SA/DM. Aprueban la Directiva N° 007-MINSA – OGPE-V-01: “Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional” y su modificatoria aprobada con RM 011-2014/MINSA

REVISION Y APROBACION:

Elaboración: Setiembre del 2015

Luego de aprobado por la Dirección Hospitalaria, tendrá una vigencia de 01 año, después de los cuales será revisado y actualizado



CAPITULO IV PROCEDIMIENTOS



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL SANTA ROSA



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

FICHA N°

ANEXO - A3

PROCESO Y SUBPROCESO		SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD				
1) OFICINA/ DIRECCION		OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD				
2) OFICINA /DIRECCION						
Nº ORDEN	CODIGO DEL PROCED.	PROCEDIMIENTO Y/O DOCUMENTO DE ORIGEN	DENOMINACION DEL PROCEDIMIENTO	RESULTADO / PRODUCTO	USUARIO	BASE LEGAL
1		NORMA TECNICA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	AUDITORIA DE REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA	REPORTE DE AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA EN SERVICIOS	int	RM N° 474-2005 NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
2		NORMA TECNICA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	AUDITORIAS DE CASO	REPORTE DE AUDITORIA DE AUDITORIAS DE CASO	int	Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP V.01
3		DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	INFORMACION PARA LA CALIDAD	INFORME DE INDICADORES	int	RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
4		PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HSR DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	int	RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" RD N° 099-2014 -SA-DS-HSR-OEPE/GD que aprueba el Plan de
5		DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	REALIZACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION	INFORME DE RESULTADOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO DEL HSR	ext	RM N° 527-2011/MINSA que Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6		DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	REALIZACION DE ENCUESTAS DE CLIMA ORGANIZACIONAL	INFORME DE ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL DEL HSR	int	RM N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02
7		DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	ATENCION DE QUEJAS DOCUMENTARIAS	INFORME DE ATENCION DE QUEJA DOCUMENTARIA	int/ext	RM N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
8		DOC TECNICO DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	ELABORACION DE PROYECTO DE MEJORA	REPORTE DE PROYECTOS DE MEJORA DEL HSR	int/ext	RM N° 095-2012/MINSA, que aprueba la GuíaTécnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.

Fecha:

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO
ANEXO 09

Proceso (01): AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

Nombre del Procedimiento (02):	AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS	Fecha (03):	Setiembre del 2015
		Código (04):	

Propósito (05):	Procesos para Mejora de calidad de atención en los servicios asistenciales del HSR
Alcance (06):	Oficina de Gestión de Calidad del HSR, Comité de Auditoría Médica del HSR.
Marco Legal (07):	RM N° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención. RM N° 601-2007/MINSA Plan de implementación de la norma técnica de auditoría.

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)

Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
Reporte mensual	Reporte	Historia clínica	Coordinadr de auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS (09)

RM. N° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención.
N. T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSPV.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud".

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

1. Elaboración de plan anual de auditoria y programación de auditoria de registro .
2. El comité de auditoría planifica las auditorías.
3. Los comités de auditoría de cada servicio realizan las auditorías de registro.
4. Los comites de auditoria envian reporte mensual de Auditoria de Registro a la Oficina de Gestión de la Calidad
5. El Coordinador de Auditoria de la OGC labora el consolidado de los reportes provenientes de los servicios:Reporte Mensual
6. El Coordinador de Auditoria de la OGC elabora la solicitud de de acciones correctivas y preventivas.
7. Los servicios auditados elevan informe final a oficina de Gestión de la Calidad, propuestas de mejora estableciendo plazos de implementación e informa a la OGC
- 8.La oficina de Gestión de kía Calidad informa a Dirección sobre actividades de mejora
9. La Dirección General envía consolidado a instancia superior

ENTRADAS (11)

Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Auditorías de registro	Servicios Asistenciales	1 (mes)	Manual

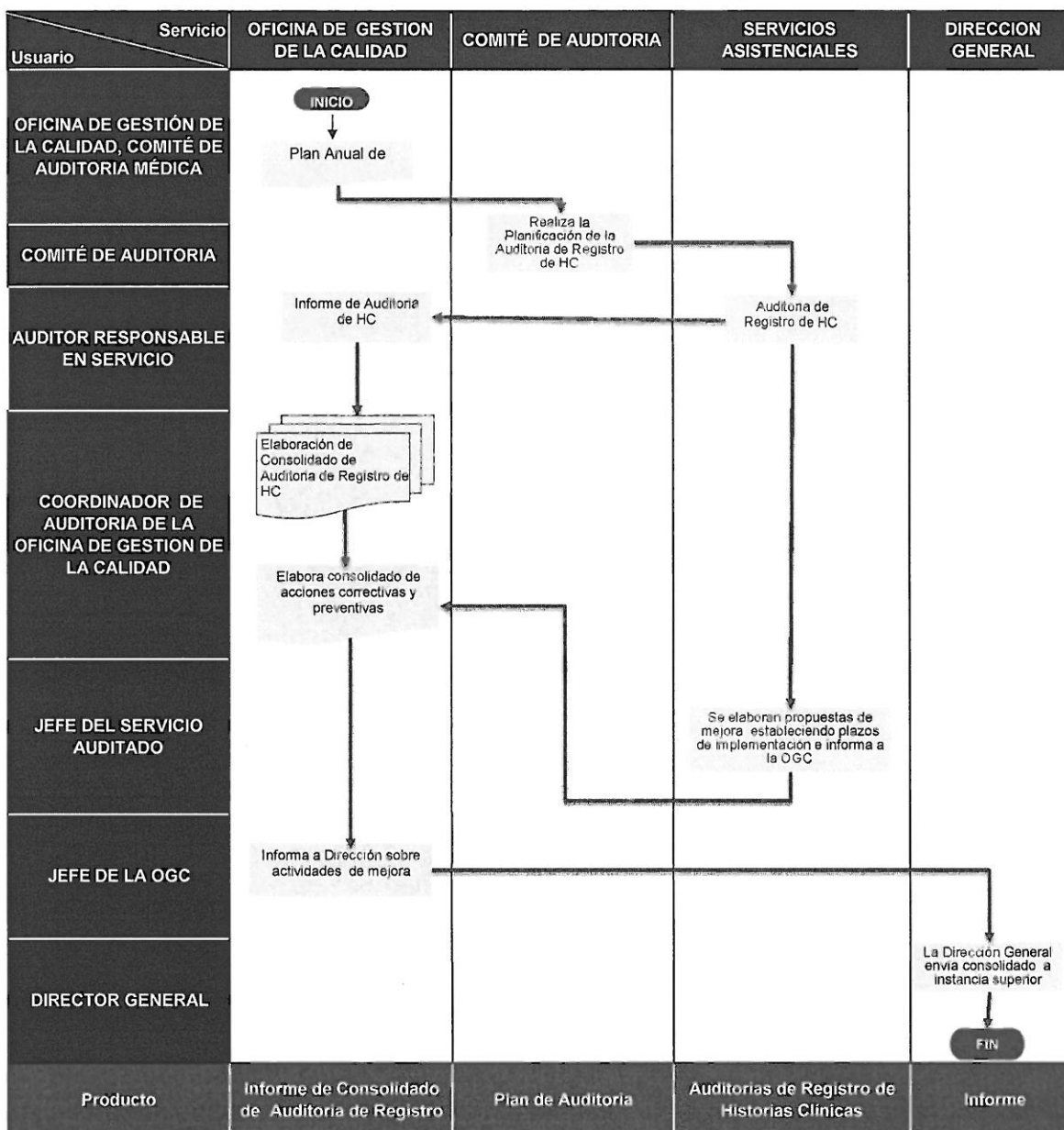
SALIDA (12)

Nombre (12a)	Fuente (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Consolidado de Auditoria de Registro de Historias Clínicas del HSR	Oficina de Gestión de la Calidad	1 (mensual)	Manual

Definiciones (13):	Auditoria de la Calidad del Registro Asistencial.- Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial
Registros (14):	Formato de Auditoría de registro
Anexos (15):	Diagrama Global de Procesos de Auditorías de registro



Nombre del Proceso: Auditoría de la Calidad en Salud
 Nombre del Subproceso: Auditoría de Registro de Historias Clínicas
 Nombre del Procedimiento: Auditoría de Registro de Historias Clínicas



Hecho por:

Revisado por:

Aprobado por:





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO
ANEXO 09

Proceso (01): AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

Nombre del Procedimiento (02):	AUDITORIA DE CASO	Fecha (03):	Setiembre del 2015
		Código (04):	

Propósito (05):	Procesos para Mejora de calidad de atención en los servicios asistenciales del HSR
Alcance (06):	Oficina de Gestión de Calidad del HSR, Comité de Auditoría Médica del HSR, Servicios Asistenciales
Marco Legal (07):	RM. N° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención. RM. N° 601-2007/MINSA Plan de implementación de la norma técnica de auditoría.

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)			
Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 d)
N° de Informes de Auditoría de caso atendidas	Informe	Historia Clínica	Comité de auditoría

NORMAS (09)
RM. N° 474-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención.
N. T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSPV.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud".

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)
1. Dirección general recibe la queja o sugerencia.
2. Dirección General solicita auditoría de Caso al comité de auditoría.
3. Dirección evalúa la queja o sugerencia recibida y la deriva a la OGC para su evaluación.
4. La OGC realiza el análisis de la queja y determina la solicitud de auditoría de caso al Comité de auditoría.
5. El Comité de auditoría recibe la solicitud de auditoría de caso y procede a planificar la auditoría correspondiente.
6. El Comité de Auditoría ejecuta la auditoría.
7. El Comité de Auditoría elabora informe final, elevándolo a la OGC.
8. La OGC evalúa la calidad del contenido del informe de auditoría y se eleva a Dirección General.
9. La Dirección General evalúa la calidad del informe y dispone la implementación de las recomendaciones al área notificando a OGC auditada.
10. El área auditada recibe e implementa las recomendaciones, elaborando un informe de las implementaciones.
11. OGC realiza seguimiento de implementaciones.
12. Dirección General recibe informe de implementación de recomendaciones y lo eleva a la entidad superior solicitante.

ENTRADAS (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Auditoría de caso	Queja, Instancia Superior externa, Servicios	A demanda	Manual

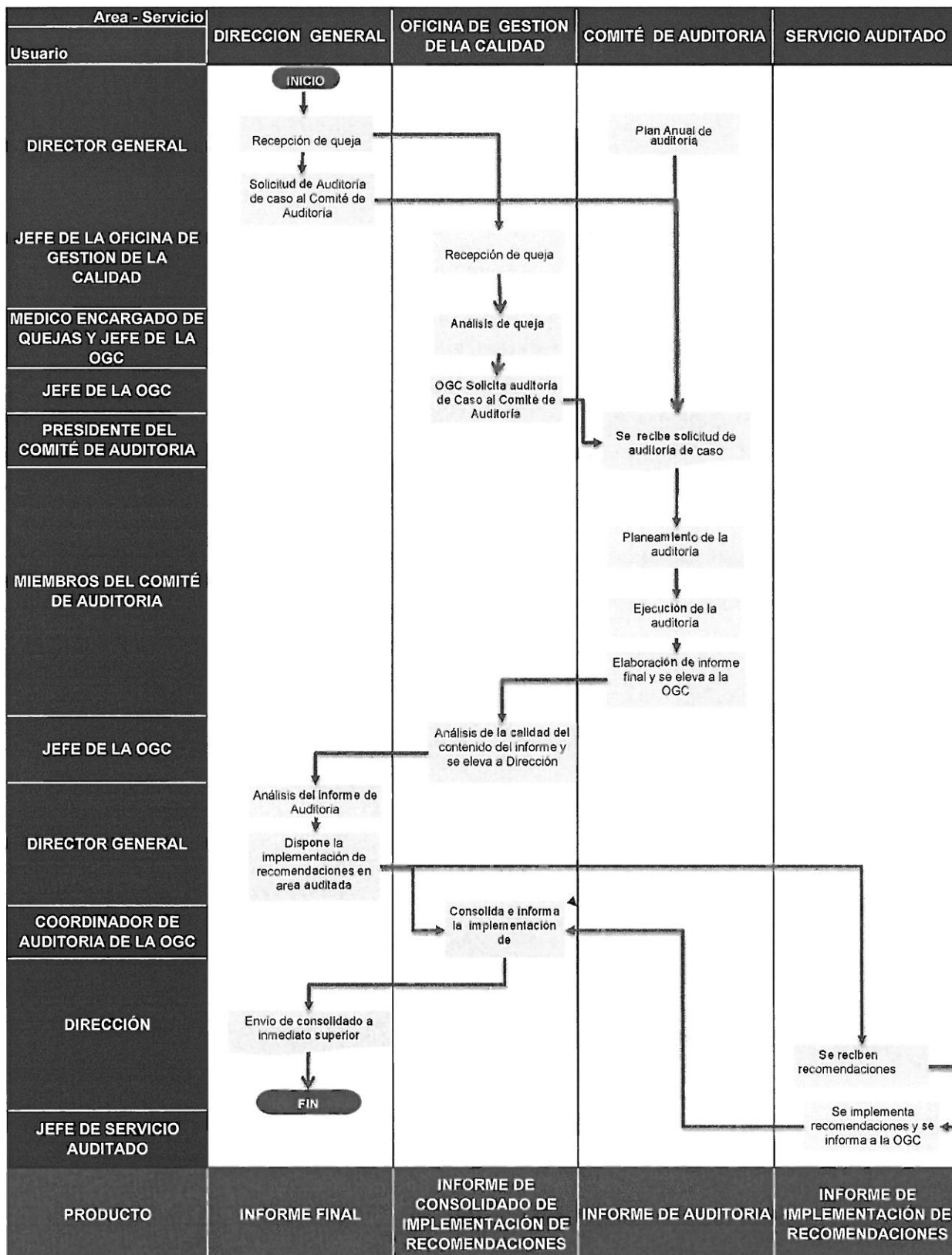
SALIDA (12)			
Nombre (12a)	Fuente (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Informe de Auditoría de Caso	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	Manual

Definiciones (13):	Auditoría de Caso. - 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. La participación de los integrantes en este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica.
Registros (14):	Informe de auditorías de caso
Anexos (15):	Diagrama Global de Procesos de Auditoría de caso



DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESO DE AUDITORIA DE CASO

Nombre del Proceso: Auditoría de la Calidad en Salud
 Nombre del Subproceso: Auditoría de Caso
 Nombre del Procedimiento: Auditoría de Caso



Hecho por:

Revisado por:

Aprobado por:

Oficina de Gestión de la Calidad del HSR



ANEXO 09

Proceso (01): GESTION DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD

Nombre del Procedimiento (02) :	ELABORACION DE INFORME DE INDICADORES DE CALIDAD	Fecha (03) :	Setiembre del 2015
		Código (04) :	

Propósito (05) :	Fortalecer el uso de Indicadores de calidad para la toma de desiciones
Alcance (06) :	Oficina de Gestión de la Calidad del HSR, usuarios internos del HSR
Marco Legal (07) :	RM.519 MINSA que aprueba sist.de OGC, RM 1022/MINSA ROF DE HSR.

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)			
Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
Reporte mensual	Reporte	Oficina de OGC	Oficina de Gestión de la Calidad y Unidades Asistenciales y Administrativas

NORMAS (09)	
RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".	
Indicadores Hospitalarios 2000 - Peru MINSA OGE -01/004	Serie
Herramientas Epidemiológicas y de Salud Publica	

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Santa Rosa envian sus indicadores de calidad a la Oficina de Gestión de la calidad ya sea por via documentaria o via red institucional. 2.- El responsable de informes para la calidad la Oficina de Gestión de la calidad verifica y analiza los datos recibidos de los diferentes Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Santa Rosa y los registra en el sistema (confecciona tablas en excel con sus respectivos gráficos para el informe) 3- Con los graficos de los diferentes departamentos, servicios y oficinas que enviaron sus indicadores se confecciona el informe. 4.- El Jefe responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad revisa el informe y da el VºBº 5.- El informe revisado y aprobado se envía a la Dirección General, 6.- La Oficina de Gestion de la Calidad difunde a las areas Asistenciales y Administrativas. 7.- La Dirección General hace uso de los indicadores para la toma de desciones. 8.- Los servicios reciben la información a traves del informe de indicadores para su uso en la toma de desiciones

ENTRADAS (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Indicadores de Calidad	Informe de Departamentos, Servicios y Oficinas.	Mensual	manual

SALIDA (12)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Informe	Informe de Indicadores de Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	Manual

Definiciones (13) :	Indicador :Instrumento que permite medir los procesos y por lo tanto evaluar su calidad. , se expresa en forma numérica o de cualidad
Registros (14) :	Informe de Indicadores de Calidad
Anexos (15)	Digrama Global de procesos

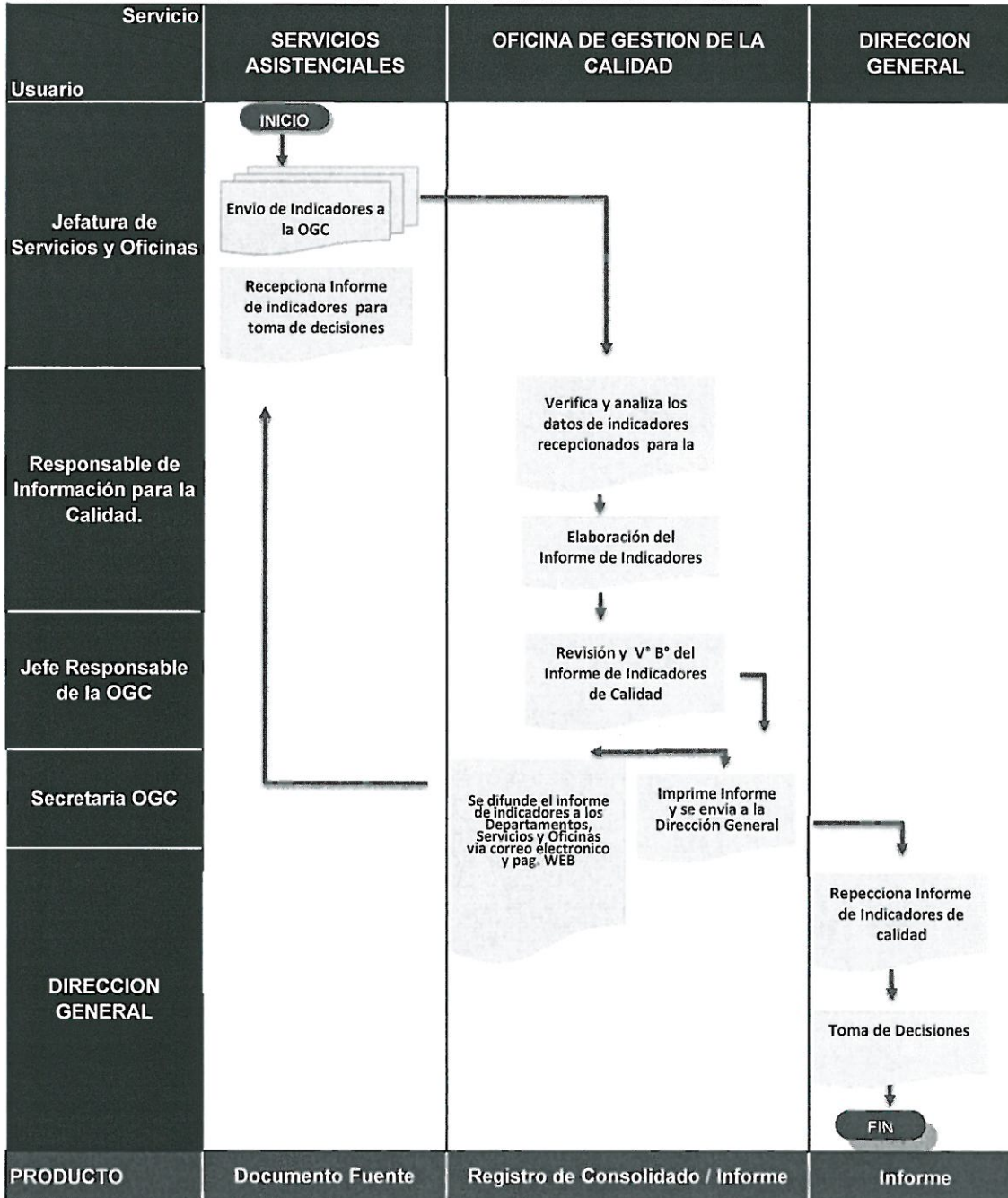




Nombre del Subproceso

Nombre del Procedimiento

Elaboración de Informe de indicadores de Calidad





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

ANEXO 09

Proceso (01): IMPLEMENTACION DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nombre del Procedimiento (02):	Notificación de Incidentes y Eventos Adversos	Fecha (03):	Setiembre del 2015
		Código (04) :	

Propósito (05) :	Contar con Sitema de Notificación, reporte y análisis de Incidentes y Eventos Adversos en el HSR paraa mejorar la Seguridad de la atención.
Alcance (06) :	Oficina de Gestión de la Calidad del HSR, usuarios internos del HSR
Marco Legal (07) :	RM.519 sist.de Gestion de la Calidad en Salud, RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"- RD N 099-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG que aprueba el Plan de Seguridad del Paciente del HSR 2014

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)			
Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
Porcentaje de Servicios que reportan Eventos Adversos	Porcentaje	Formato de Notif de EA	Jefe de Area de Seguridad del Paciente

NORMAS (09)
RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", del 29 de octubre del 2009.
RD N° 99 -2014 SA-DS-HSR-OEPE/DG que aprueba el Plan de Seguridad del Paciente en el HSR.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)
1. Ocurrencia del evento adverso
2.LLenado en formato Notificación de Evento Adverso
3. Recopilación y envío de formatos a la OGC
4. Recepción de los formatos
5. Genera reporte de eventos adversos mensuales
6. Procesamiento de datos y análisis de Eventos Adversos
7. Informe mensual de indicadores de seguridad del paciente
8. Recibe informe mensual de indicadores de seguridad
9. Sugerencias y recomendaciones de actividades de mejora
10. Se implementan las recomendaciones

ENTRADAS (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Notificación de Eventos adversos	Servicio Asistencial	a demanda	manual

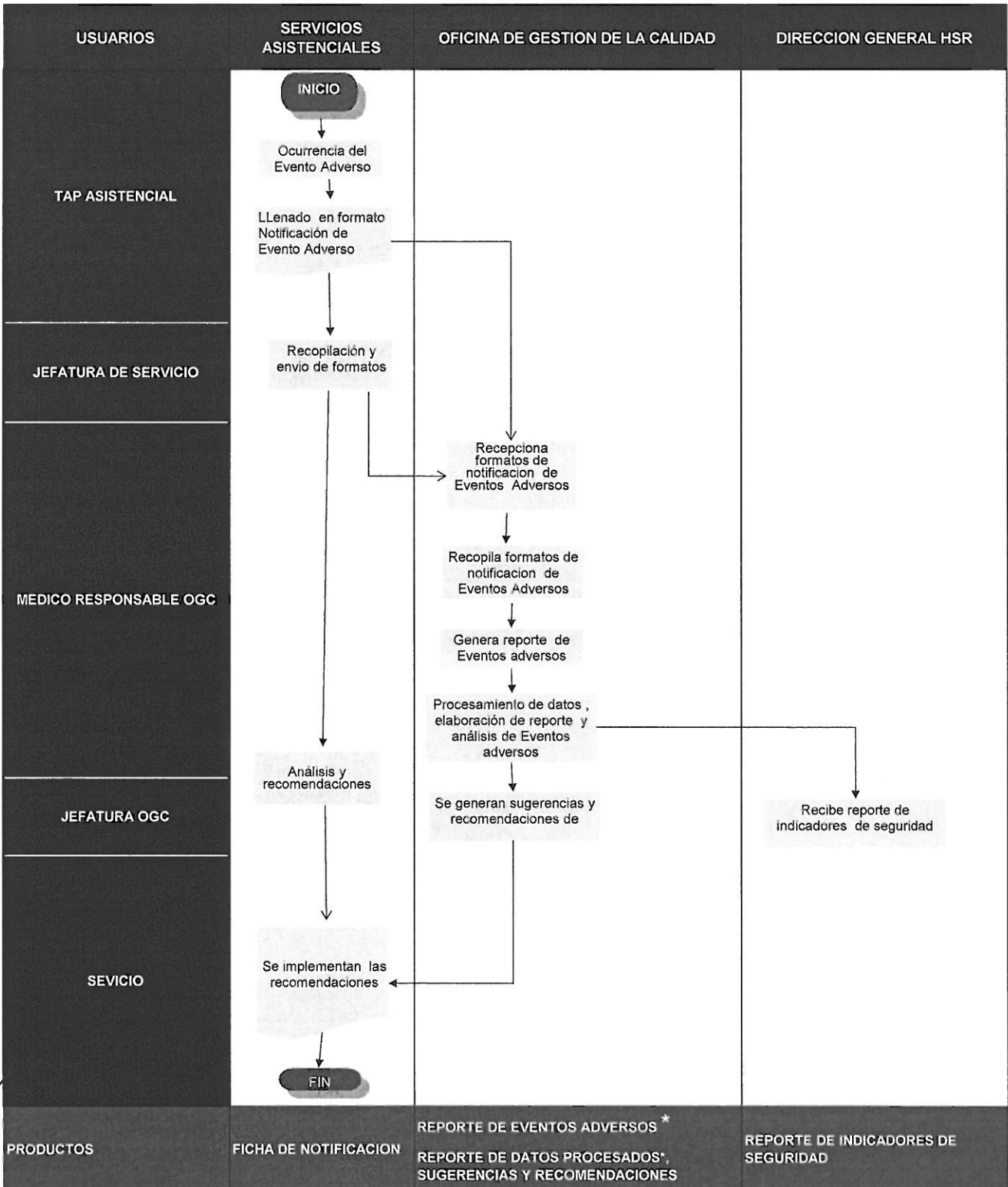
SALIDA (12)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Reporte	Oficina de Gestión de la Calidad	a demanda	manual

Definiciones (13):	Evento Adverso: Daño causado al paciente como resultado de la atención de salud prestada en la institución
Registros (14):	Formato de Notificación de Eventos Adversos
Anexos (15):	Diagrama Global de Procesos



DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESO DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Nombre del Proceso: IMPLEMENTACION DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 Nombre del Subproceso: NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
 Nombre del Procedimiento: NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



*DE CARÁCTER CONFIDENCIAL





ANEXO 09

Proceso (1) GESTION DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD			
Nombre del Procedimiento (02) :	ENCUESTAS DE SATISFACION DEL USUARIO EXTERNO		Fecha (03) : Setiembre 2015 Código (04) :
Propósito (05) :	Mejorar la percepción de calidad de atención a los usuarios externos		
Alcance (06) :	Usuarios externos del HSR		
Marco Legal (07) :	RM.519 MINSA que aprueba el Sistema de Gestion de Calidad Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)			
Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
Grado de satisfacción en Emergencia, C Externa y Hospitalización	Porcentaje	Aplicativo de encuestas	Responsable de encuestas
NORMAS (09)			
RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud" RM N° 1022-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)			
<ol style="list-style-type: none"> 1.- La Jefatura de la Oficina de Gestion de Calidad programa las encuestas del año. 2.- El Responsable de encuestas realiza el calculo respectivos de encuestas para los 02 semestres 3.- El Responsable de encuestas se encarga de entrevistar a los usuarios externos del servicio de emergencia, hospitalizacion y en consultorios externos 4.- El Responsable de Encuestas es quien digita cada encuesta tomada en la data 5.- El Técnico responsable de la informacion para la calidad es quien elaborará el informe de encuestas 6.- La Jefatura dela Oficina de Gestión de Calidad revisa el informe de encuestas elaboradopor el Tecnico Responsable y emite el informe a la Dirección General 7.- La Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad difunde a los servicios el resultado de las encuestas tomadas a los usuarios externos a los servicios (emergencia,hospitalización, consulta externa) 8.- La Dirección General revisa,analiza y dispone la implementación de las recomendaciones a las areas correspondientes 9.- La Dirección General envía el Informe de Encuestas de Satisfacción del usuario al MINSA 			
ENTRADAS (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Aplicación de encuestas	Formatos de encuesta	Semestral	Manual
SALIDA (12)			
Nombre (12a)	Fuente (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Informe de Encuestas de satisfacción del usuario externo	Informes de Gestion de la Oficina de Gestión de la Calidad	Semestral	Física y/o electronica
Definiciones (13)	Encuesta: Toma de información respecto de la percepción de insatisfacción o satisfacción del usuario externo respecto a la atención brindada en nuestra institución		
Registros (14)	Encuestas de Satisfacción - Informe de Encuestas de Satisfacción del usuario		
Anexos (15)	Diagrama Global de procesos		





PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL SANTA ROSA



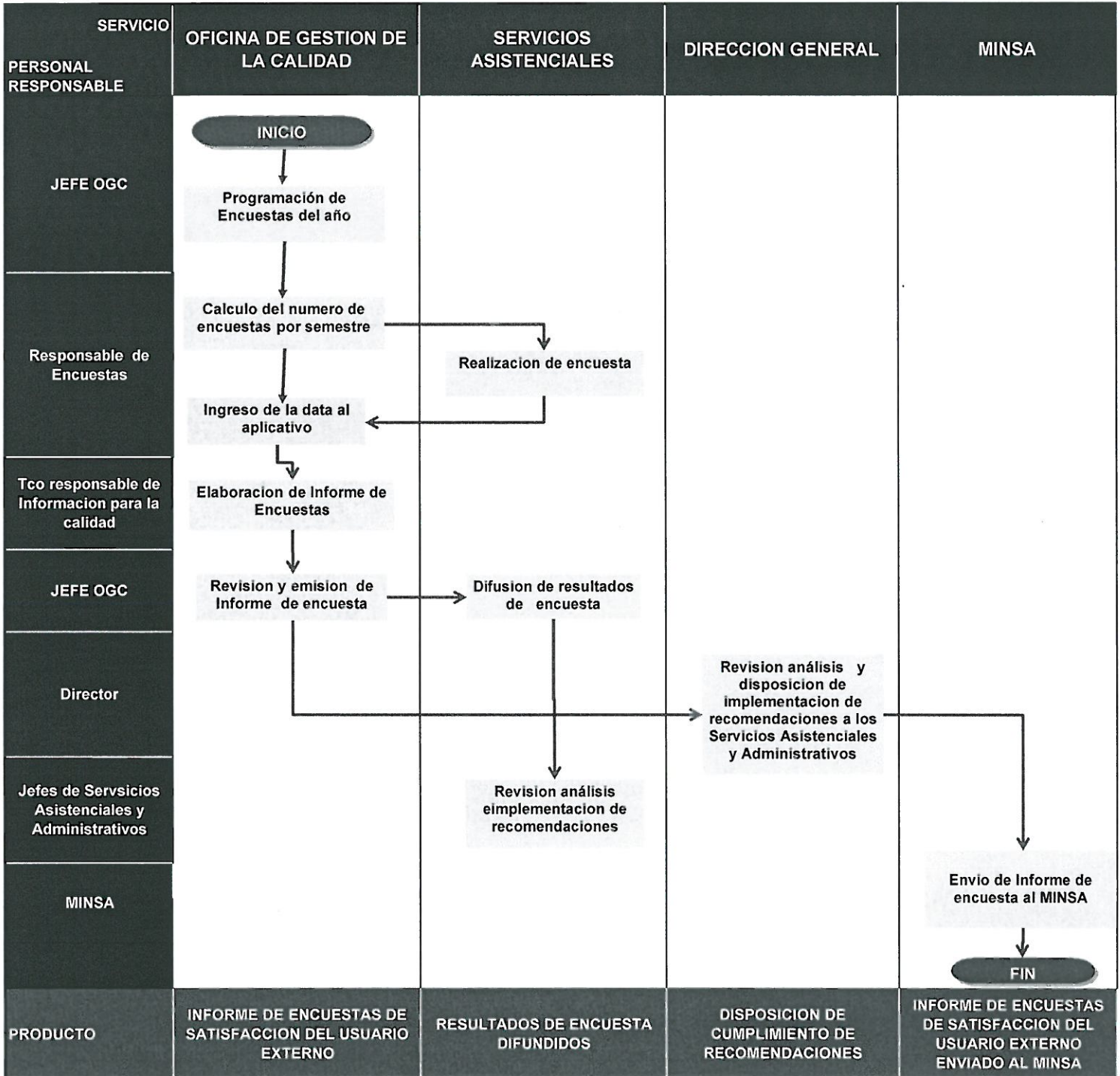
Nombre del Proceso:

GESTION DE LA INFORMACION PARA LA CALIDAD

Nombre del Subproceso

Encuesta de Satisfacción del usuario externo del HSR

Nombre del Procedimiento





Proceso (01): IMPLEMENTACION DEL PLAN DE ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Nombre del Procedimiento (02):	MEDICION DEL CLIMA ORGANIZACIONAL	Fecha (03):	Setiembre 2015
		Código (04) :	

Propósito (05) :	Medir el Clima Organizacional en el HSR
Alcance (06) :	Oficina de Gestión de la Calidad del HSR, usuarios internos del HSR
Marco Legal (07) :	RM N° 519/2006, que aprueban el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)

Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
Evaluació del clima organizacional	Nº de Reporte de encuestas	Encuesta	Oficina Gestion de la Calidad

NORMAS (09)

RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".

RM 468-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V 02

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

- 1.- Inicio
- 2.- OGC y Comité de Clima Organizacional Programa fecha de aplicación de Evaluación del Clima Organizacional
- 3- Prepara el material para la evaluación del Clima Organizacional.
- 4.- Diseña cuadro para la distribución para su aplicación
- 5.- La Oficina Gestión de la Calidad aplica cuestionario a los trabajadores de la Institución.
- 6.- OGC digita las encuestas en el aplicativo
- 7.- El Comité de Clima organizacional analiza y evalua información
- 8.- El Comité de Clima organizacional elabora informe de resultados del Estudio de Clima Organizacional
- 9.- El Comité de Clima organizacional presenta informe con recomendaciones y Plan de Intervenciones a la Dirección Genreal
- 10.- Revisa, informa y remite al Director General
- 11.- La Dirección General dispone se implementen las recomendaciones
- 12.- La Dirección General envia la información al MINSA

ENTRADAS (11)

Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Aplicación de la Evaluacion del Clima Organizacional	Usuario Interno	Anual	Encuesta manual

SALIDA (12)

Nombre (12a)	Fuente (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Informe del Clima Organizacional	Direccion General	Anual	Manual

Definiciones (13) : CLIMA ORGANIZACIONAL: Se define al Clima Organizacional como las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo.

Registros (14) : Informe de cumplimiento del Plan de Estudio de Clima Organizacional del HSR

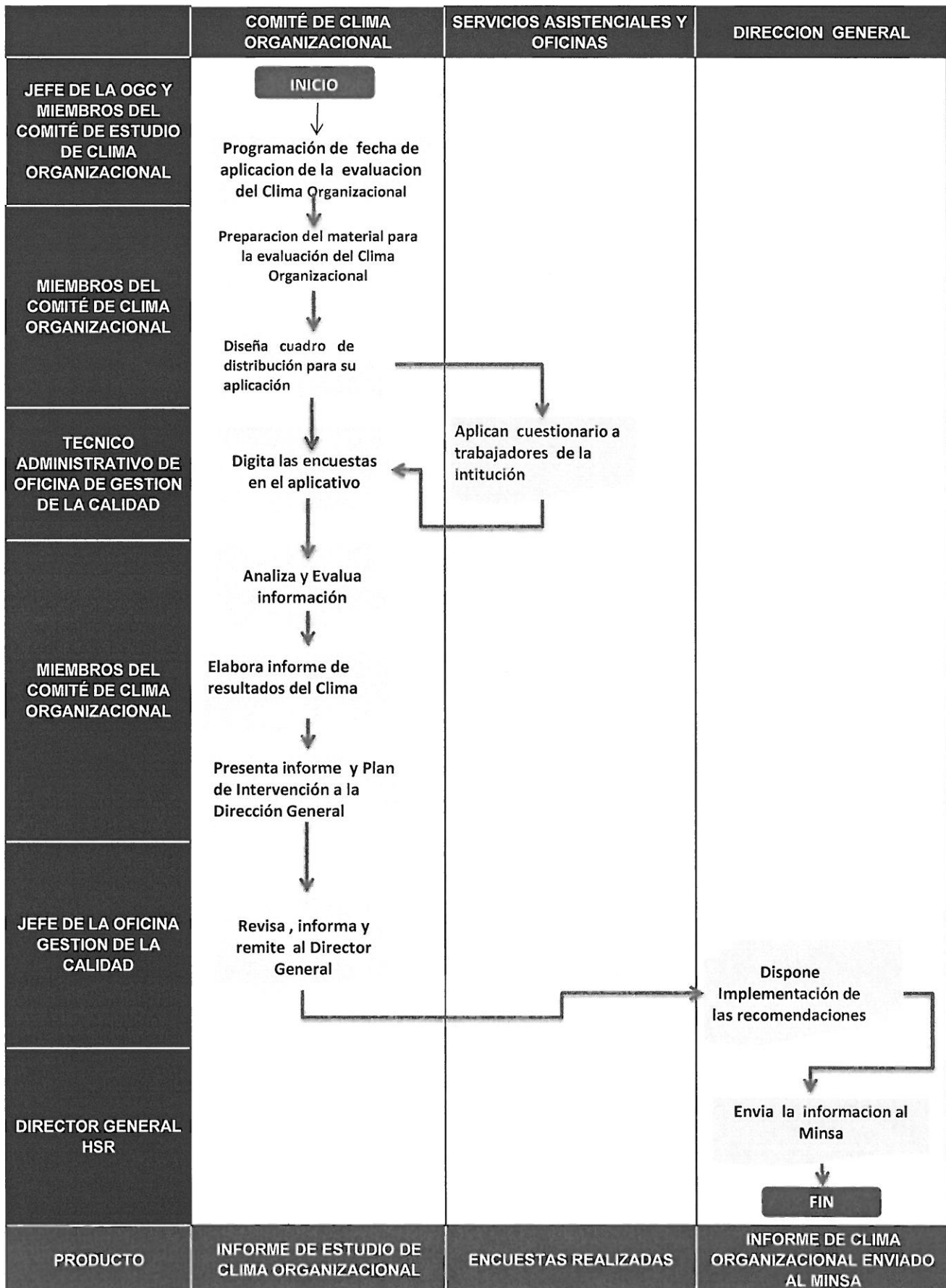
Anexos (15) : Diagrama Global de Procesos





Nombre del Subproceso
Nombre del
Procedimiento

MEDICION DEL CLIMA ORGANIZACIONAL





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL
SANTA ROSA

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

ANEXO 09

PROCESO : ATENCION AL USUARIO EXTERNO			
Nombre del Procedimiento (02) :	GESTION DE QUEJAS QUEJAS TRAMITADAS POR MESA DE PARTES	Fecha (03) :	Setiembre del 2014
		Código (04) :	
Propósito (05) :	Brindar atención a las solicitudes de quejas tramitadas por mesa de partes del HSR		
Alcance (06) :	Servicios Asistenciales y administrativos del HSR		
Marco Legal (07) :	RM.519 MINSA que aprueba sist.de Gestion de Calidad		
	Ley del Procedimiento Administrativo General, Decreto Supremo No. 042-2011-PCM		
INDICES DE PERFORMANCE (08)			
Indicador (08 a)	Unidad De Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
% de Quejas atendidas	Expediente atendido	Informe de atención de quejas	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS (09)			
RM 519 MINSA que aprueba sist. De Gestion de Calidad / RM 1911/MINSA ROF DE HSR			
Ley del Procedimiento Administrativo General, Decreto Supremo No. 042-2011-PCM			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)			
1.-Usuario Tramita su queja en mesa de partes del HSR.			
2.-Mesa de partes, registra el expediente y apertura hoja de envio			
3.- Dirección General despacha y deriva el expediente a Oficina Gestión de la Calidad			
4.- Oficina de Gestión recepciona expediente, solicita descargos a los servicios involucrados, deriva expediente al area de atención de quejas para elaboración de informe tecnico			
5.- Oficina de Gestión de la Calidad revisa y emite informe de la atención de la queja a Dirección General			
6.- DG emite documento de respuesta de la queja al interesado y recomendaciones a los servicios asistenciales y/o administrativos.			
SALIDA (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Quejas tramitadas por usuario externo	Documento ingresado por mesa de partes	Diaria	manual
SALIDA (12)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (12d)
Informe sobre el reclamo	Oficina de Gestión de la Calidad	semanal	Fisica y/o electronica
Definiciones (13) :	Expresión de insatisfacción o disconformidad del usuario respecto de atención brindada por una entidad pública		
Registros (14) :	Informe de Gestión de Quejas		
Anexos (15)	Mapa Global de procesos		
SALIDA (11)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Queja tipo I	Libro de Reclamaciones	Diaria	manual
SALIDA (12)			
Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (12d)
Informe sobre el reclamo	Oficina de Gestión de la Calidad	semanal	Fisica y/o electronica
Definiciones (13) :	Queja: Expresión de insatisfacción o disconformidad del usuario respecto de atención brindada por una entidad pública		
Registros (14) :	Informe de Gestión de Quejas		
Anexos (15)	Diagrama Global de procesos		



Diagrama Global de Procesos de Gestión de Quejas tramitadas por mesa de partes

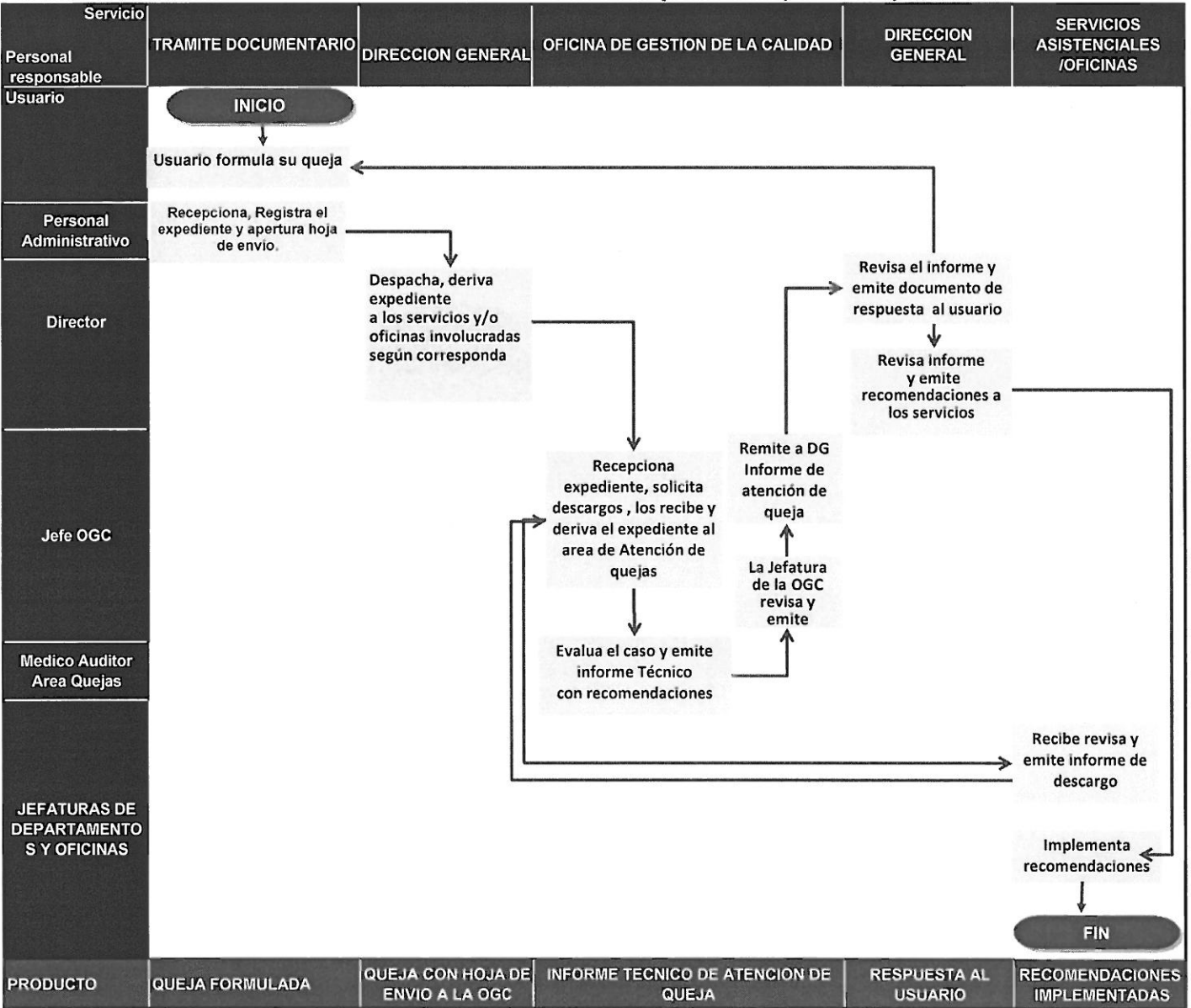
Nombre del Proceso:

Atención al Usuario Externo

Nombre del Subproceso

Gestión de Quejas tramitadas por mesa de partes

Nombre del Procedimiento





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO
ANEXO 09

Proceso (01): MEJORA CONTINUA

Nombre del Procedimiento (02):	ELABORACION DE PROYECTO DE MEJORA	Fecha (03):	Setiembre 2015
		Código (04):	

Propósito (05) :	Garantizar el Mejoramiento Continuo de la Calidad en el Hospital Santa Rosa
Alcance (06) :	Organos de Linea del HSR
Marco Legal (07) :	RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud". Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la GuíaTécnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.

ÍNDICES DE PERFORMANCE (08)

Indicador (08 a)	Unidad de Medida (08 b)	Fuente (08 c)	Responsable (08 e)
N° de Proyectos de Mejora	Proyectos de Mejora	Archivo	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS (09)

RM No 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la GuíaTécnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS (10)

- 1.- Inicio
- 2.- Programación de Taller de Elaboración de Proyectos de Mejora Continua.
- 3- Realización de Taller con Oficinas y Departamentos del HSR
- 4.- Elaboración de matriz de proyectos de mejora por los Equipos de mejora
- 5.- Revisión de la matriz del Proyecto de Mejora Continua
- 2.- Elaboración del Proyecto de Mejora Continua
- 7.- Revisión del Proyecto de Mejora Continua
- 8.- Envío del PMC a Dirección General del HSR
- 9.- Dirección General revisa y analiza PMC
- 10.- Aprobación del Proyecto de Mejora Continua
- 11.- Envío de reporte de PMC del Hospital al MINSA
- 12.-Reporte de PMC del HSR informado al MINSA

ENTRADAS (11)

Nombre (11a)	Fuente (11b)	Frecuencia (11c)	Tipo (11d)
Aprobación del Proyecto de Mejora	Usuarios Internos	Variable	Manual

SALIDA (12)

Nombre (12a)	Fuente (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Reporte de PMC del HSR	Doc enviado al MINSA de Reporte de PMC del HSR	Variable	Manual

Definiciones (13)	Proyecto : Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado. Proyecto de Mejora Continua (PMCC) : proyecto orientado a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.
Registros (14)	Reporte de los Proyectos presentados por los Departamento u Oficinas en Base de datos de la Oficina
Anexos (15)	Diagrama Global de Procesos





Nombre del Subproceso
Nombre del Procedimiento

ELABORACION DE PROYECTO DE MEJORA

