

*Ministerio de Salud
Instituto Nacional
de Ciencias
Neurológicas*



N° 285 -20012-INCN-DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 23 de Agosto del 2012.

VISTOS :

El Informe N° 096-2012-INCN-UO-OEPE, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 084-2012-NCN/OGC, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

CONSIDERANDO :

Que, conforme a lo dispuesto en los Arts. 30°, 31° y 32° del Reglamento de La Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, que tiene como misión lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional, en el desarrollo de la investigación científica e innovación de metodologías, técnicas y normas para su difusión y aprendizaje; así como, la asistencia altamente especializada a los pacientes;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 603-2006-/MINSA, se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/GOP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"; y modificada mediante Resolución Ministerial N° 205-2009/MINSA;

Que, es visión del Instituto ser un centro líder en la investigación y desarrollo de tecnología en las ciencias neurológicas; asimismo, un centro de referencia para la formación y capacitación de profesionales de la especialidad en el ámbito nacional e internacional. Y como tal, debe promover, apoyar y autorizar las investigaciones que se promuevan en el Instituto;

Que, mediante documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad, nos remite el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad; para su aprobación correspondiente mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 096-2012-INCN-UO-OEPE de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, opina que guarda formalidad la elaboración de acuerdo a la Norma Técnica para la Elaboración del Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad; por lo cual recomienda la formalización con el acto Resolutivo a los documentos propuestos por la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, los Manual de Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad, es un documento técnico normativo de gestión, cuya finalidad es de promover la mejora continua de atención con la participación activa del personal asistencial y administrativo;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 701-2004/MINSA, se delega facultades y atribuciones a los titulares de los Institutos Especializados; y que, es atribución y responsabilidad del Director General expedir resoluciones de los asuntos de su competencia; y,

Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad; y

Con la opinión favorable del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

Con el Visto Bueno de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD", en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas la misma que consta de V capítulos y forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Oficina de Gestión de la Calidad, es responsable de la difusión, implementación, aplicación y supervisión del cumplimiento del mencionado Manual, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Artículo Tercero.- La Oficina de Comunicaciones, publicará el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad en la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

.....
Dra. YRMA S. QUISPE ZAPANA
Directora General (e)

YQZ/JCM/CBV/kcv

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

MAPRO

Lic. Enf. Maria del Rosario Palacios Zevallos
JEFATURA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Mag. Aldo Carrillo y Espinoza
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD



2012
Lima - Perú



INDICE

- I. FINALIDAD.
- II. OBJETIVO Y ALCANCES DEL MANUAL.
- III. BASE LEGAL.
- IV. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.
- V. PROCEDIMIENTOS:
 - 1. Auditoría de la Calidad en Salud.
 - 2. Gestión de quejas y sugerencias.
 - 3. Informe de indicadores de gestión.
 - 4. Notificación de eventos adversos.
 - 5. Proyecto de mejora continua.
 - 6. Encuestas de satisfacción.
 - 7. Capacitación y círculos de calidad.
 - 8. Autoevaluación para la acreditación.



INDICE

- I. FINALIDAD.
- II. OBJETIVO Y ALCANCES DEL MANUAL.
- III. BASE LEGAL.
- IV. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.
- V. PROCEDIMIENTOS:
 - 1. Auditoria de la Calidad en Salud.
 - 2. Gestión de quejas y sugerencias.
 - 3. Informe de indicadores de gestión.
 - 4. Notificación de eventos adversos.
 - 5. Proyecto de mejora continua.
 - 6. Encuestas de satisfacción.
 - 7. Capacitación y círculos de calidad.
 - 8. Autoevaluación para la acreditación.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD I.N.C.N

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, es un establecimiento desconcentrado del Ministerio de Salud; La Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano de asesoría que depende directamente de la Dirección General.

FINALIDAD

La OGC, es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto, para promover la mejora continua de atención al paciente con la participación activa del personal asistencial y administrativo.

OBJETIVOS Y ALCANCES DEL MANUAL

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

1. Establecer formalmente los procedimientos para la ejecución de los diferentes procesos organizacionales de la Oficina de Gestión de la Calidad evitando la existencia de duplicidad o superposición de funciones.
2. Contribuir al logro de objetivos estratégicos aprobados en el Reglamento de Organización y Funciones del INCN mediante la adecuada distribución y monitoreo de funciones y responsabilidades.

ALCANCES

Su aplicación y vigencia se circunscribe a la Oficina de Gestión de la Calidad del INCN; es de carácter obligatorio por el personal nombrado o contratado de la Oficina de Gestión de la Calidad, además de las unidades orgánicas involucradas.

BASE LEGAL

La oficina de Gestión de la Calidad tiene como base legal a la:

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Manual de Indicadores Hospitalarios PERÚ/MINSA/OGE01/004 y Serie de Herramientas Metodológicas, Epidemiología y Salud Pública. 2001
- Resolución Ministerial N° 1216-2003-SA/DM. (04.12.03). Aprueba la Directiva N° 027-MINSA-V.01: Normas que regulan el Procedimiento de atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA (30.12.04). Aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01: "Lineamientos Para La Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.

R. M. N° 474-2005/MINSA. (29.06.05). que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 de "Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".



- R.M N° 519-2006/MINSA, del 30 de Mayo del 2006, aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M N° 603-2006-SA/DM. Aprueba la Directiva N° 007- MINSA/ OGPE-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y su modificatoria con la Resolución Ministerial N° 317-2009/MINSA (14.05.09).
- R.M N° 143-2006/MINSA. (10.02.06). Conformar el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- R.M N° 640-2006/MINSA. (14.07.06). Aprobar el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad"
- R.M N° 676-2006/MINSA. (24.07.06). Aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"
- R.M N° 596-2007/MINSA. (20.07.07). Aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M N° 601-2007/MINSA. (25.07.07). Aprueba el Documento Técnico: "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2007-2009".
- R.M N° 889-2007/MINSA. (23.10.07). Aprueba la Directiva N° 123-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de caso de la Calidad de la Atención en Salud"
- R.M N° 456-2007/MINSA. NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- R.M N° 623-2008/MINSA Documento Técnico: Plan para el Estudio del Clima Organizacional 2008-2011.
- R.M N° 623-2008/MINSA. Metodología para el estudio del Clima Organizacional.
- R.M N° 727-2009/MINSA. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- R.M N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

REVISIÓN Y APROBACIÓN

La vigencia del MAPRO de la Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, tendrá una vigencia de 02 años, luego debe ser actualizado.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

MAPRO



2012

Lima - Perú

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO Y SUBPROCESO		Gestión de la Calidad.				
OFICINA		Oficina Gestión de la Calidad				
Nº Orden	Código Proceso	Documento de origen	Denominación del procedimiento	Resultado o producto esperado	Usuario	Base Legal
01	OGC1	N.T de auditoria de la calidad.	Auditoria de la calidad en salud	Reporte de auditoría	Interno	N
02	OGC2	Directiva de gestión de quejas y sugerencias.	Gestión de quejas y sugerencias	Queja resuelta.	Interno	D
03	OGC3	Doc. Técnico Gestión de la Calidad en Salud.	Informe de indicadores de gestión	Registro de indicadores	Interno	N
04	OGC4	Doc. Técnico Plan de Seguridad del Paciente	Notificación de eventos adversos.	Reporte de eventos adversos y recomendaciones	Interno	N
05	OGC5	Doc. Técnico Gestión de la Calidad en Salud.	Proyecto de mejora continua.	Proyecto de mejora elaborada	Interno	N
06	OGC6	Doc. Técnico Gestión de la Calidad en Salud.	Estudio del nivel de satisfacción del usuario externo. Metodología SERVQUAL MODIFICADO.	Reporte de resultados	Interno Externo	N
07	OGC7	Doc. Técnico Gestión de la Calidad en Salud.	Plan para el estudio de clima organizacional.	Informe de satisfacción del usuario interno.	Interno	N
08	OGC8	Norma Técnica de salud para la acreditación	Autoevaluación para la acreditación.	Informe con resultados al 80%	Interno	N





PROCEDIMIENTO 01

AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO



(1) Oficina/Dirección (de 3º nivel organizacional)	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN	(2) Oficina/ Dirección (de 3º nivel Organizacional)	Fecha	enero 2012
Denominación del Procedimiento (según Inventario)				

AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Objetivo del Procedimiento	Mejorar la Calidad de Atención en servicios asistenciales	(5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días, meses)	Permanente
----------------------------	---	---	------------

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGANICA
Nº		Recepción de indicadores	Servicios y/o departamentos
1	Formulación del Plan anual Auditoría de Registro y de la Calidad de Atención: a.- Programación de auditorías. b.- Realización de auditorías acorde al plan. c.- Realización de auditorías de la calidad de atención. d.- Consolidación de reportes provenientes de los servicios y solicitud de acciones correctivas. e.- Presentación de informe final a OGC, registro, seguimiento de recomendaciones y elaboración de planes de mejora en base a auditorías realizadas. f.- Remisión de Informe a Dirección General.	Ejecución de auditoría (de Registro y de la Calidad de atención)	Comité de Auditoría OGC Dirección General
2	Auditoría de Caso: a.- Recepción de queja o sugerencia. b.- Solicitud de Auditoría de caso al Comité de Auditoría. c.- Evaluación y remisión de queja o sugerencia recibida a la OGC. d.- Análisis de la queja para determinación de la auditoría. e.- Recepción de queja analizada y ejecución de la auditoría correspondiente por el Comité, informe final y remisión a la OGC. f.- Evaluación de la calidad y contenido del informe de auditoría por la OGC y remisión a la Dirección General. g.- Disposición de implementación de recomendaciones en el área auditada. h.- Recepción e implementación de recomendaciones por el área auditada. i.- Seguimiento y monitoreo. j.- Informe al inmediato superior.	Ejecución de auditoría (de Caso)	Comité de Auditoría OGC Dirección General
3			

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES											
MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

REFERENCIA	FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM Nº 474-2005/MINSA, Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"	"29/06/2005	Auditoría 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
RM Nº 889-2007/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	"23/10/2007	

FICHA DE DESCRIPCION PROCEDIMIENTO 01

Proceso: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Nombre del Procedimiento:	AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-01

Propósito:	Procesos para Mejorar la calidad de atención en salud en el INCN
Alcance:	Oficina de Gestión de Calidad del INCN, Comité de Auditoria de la Calidad de atención en salud del INCN
Marco Legal:	RM.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"

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Historia Clínica	Comité de Auditoria de la Calidad del INCN

NORMAS
RM N° 474-2005/MINSA, Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"
RM N° 889-2007/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"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
1.- Formulación del plan anual. 2.- Programación de auditorias. 3.-Realización de auditorias acorde al plan. 4.- Realización de auditorias de la calidad de atención. 5.- Consolidación de reportes provenientes de los servicios y solicitud de acciones correctivas. 6.- Presentación de informe final a la OGC, registro, seguimiento de recomendaciones y elaboración de planes de mejora en base a auditorias realizadas. 7.- Remisión de informe a Dirección General.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Auditorias de registro y de Calidad de Atención	Servicios asistenciales	1(mes)	manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Consolidado de Auditoria de Registro de Historias Clínicas del INCN	Oficina de Gestión de la Calidad	1(mes)	manual

Definiciones:	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:	Formato de Auditoría de registro y Calidad de Atención en Salud.
Anexos	Mapa global de procesos de auditorias.



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 01

Proceso: AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Nombre del Procedimiento:	AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD: AUDITORIA DE CASO	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-01-A

Propósito:	Procesos para mejora de calidad de atención en los servicios salud del INCN
Alcance:	Oficina Gestión de la Calidad del INCN, Comité de Auditoría de la Calidad del INCN, Servicios Asistenciales.
Marco Legal:	RM.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"

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad De Medida	Fuente	Responsable
N° de Informes de auditorías de caso atendidas	Informe	Historia clínica	Comité de Auditoría de la Calidad del INCN

NORMAS	
RM N° 474-2005/MINSA, Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"	
RM N° 889-2007/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"	

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
1.- Recepción de queja o sugerencia. 2.- Solicitud de auditoría de caso al Comité de Auditoría. 3.- Evaluación y remisión de queja o sugerencia recibida a la OGC. 4.- Análisis de la queja para determinación de la auditoría. 5.- Recepción de queja analizada y ejecución de la auditoría correspondiente por el Comité, informe final y remisión a la OGC. 6.- Evaluación de la calidad y contenido del informe de auditoría por la OGC y remisión a la Dirección General. 7.- Disposición de implementación de recomendaciones en el área auditada. 8.- Seguimiento y monitoreo. 9.- Informe al inmediato superior.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Auditoría de caso	Queja, instancia superior Externa. Servicios	A demanda	manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe de Auditoría de Caso	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	Manual

Definiciones:	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	Formatos de auditoría de caso
Anexos	Mapa global de auditoría de caso





PROCEDIMIENTO 02 GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección (2º nivel organizacional)	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN	Oficina/Dirección (de 3º nivel Organizacional)	Fecha	Enero 2012
--	---	---	-------	------------

Denominación del Procedimiento (según Inventario)	GESTIÓN DE QUEJAS DE TIPO 0, 1, 2, 3			
--	--------------------------------------	--	--	--

Objetivo del Procedimiento	Mejorar la Calidad de Atención en servicios asistenciales	Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento.	Permanente
----------------------------	---	---	------------

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGÁNICA
Nº	Recepción de queja (oral, escrita o libro de reclamaciones) o derivada de la Dirección	Queja escrita	OGC
1	Atención al caso, coordinación con el Servicios involucrado para la resolución de la queja	Interposición de buenos oficios	OGC
2	OGC registra la solución de la queja y emite respuesta al usuario	Respuesta a usuario	OGC
3	La queja es ingresada a la matriz mensual para su clasificación por tipo de queja, servicio correspondiente.	Matriz mensual de queja	OGC
4	Elaboración de informe de gestión de quejas por OGC.	Informe	OGC
5	Notificación de la queja presentada al jefe de Servicio involucrado para generar proceso de mejora.	Informe	OGC
6	Elaboración de informe final y se eleva a Dirección.	Informe	OGC
7			

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES											
MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA	FECHA DE PUBLICACION	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM Nº 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; RM Nº 1216-2003-SA/DM, Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA - V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.	30/05/2006 04/12/2003	Queja.- Reclamo ante el acto del sector salud que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 02

Proceso: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD			
---	--	--	--

Nombre del Procedimiento:	GESTIÓN DE QUEJAS TIPO 1	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-02

Propósito:	Mejorar la percepción de calidad de atención en los usuarios
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos y externos del INCN.
Marco Legal:	RM Nº 519- 2006/MINSA, aprueba el DT : "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" ; RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Informe mensual	Jefe de Unidad o Servicio

NORMAS	
RM Nº 519-2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" ; RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.	

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS	
1.- Recepción de la queja en forma personal o derivada de Dirección General.	
2.- Atención al caso, coordinación con el servicio involucrado para la atención de la queja.	
3.- Secretaria de DG registra la solución de la queja y emite respuesta al usuario.	
4.- Elaboración de informe con relación a la queja por el servicio quejado.	
5.- La queja es ingresada a la matriz mensual para su clasificación por tipo y servicio correspondiente.	
6.- Elaboración del informe final por OGC y se eleva a Dirección.	
7.- Notificación de la queja presentada al jefe de servicio involucrado para generar proceso de mejora.	

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Queja Tipo I	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	Manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe de Gestión de Quejas	Oficina de Gestión de la Calidad	1 (mes)	manual

Definiciones:	Queja.- Reclamo ante el acto del sector salud que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.
Registros:	Formato de Queja Informe de Gestión de Quejas
Anexos	Mapa Global de Procesos



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 02

Proceso: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD			
Nombre del Procedimiento:	GESTIÓN DE QUEJAS TIPO 2 (oficio)	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-02B

Propósito:	Mejorar la percepción de calidad de atención en los usuarios
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos y externos del INCN.
Marco Legal:	RM Nº 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM Nº 1216-2003-SA/DM. aprueba la Directiva Nº 027-MINSA - V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Informe mensual	Jefe de Unidad o Servicio

NORMAS	
RM Nº 519-2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" ; RM Nº 1216-2003-SA/DM. aprueba la Directiva Nº 027-MINSA - V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.	

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS	
1.- Recepción de la queja expresada mediante un documento (oficio) dirigido a la Dirección General.	
2.- Atención al caso, coordinación con el servicio involucrado para la atención de la queja.	
3.- OGC registra la solución de la queja y emite respuesta al usuario.	
4- Usuario firmara conformidad si estima que su queja fue atendida.	
5.- La queja es ingresada a la matriz mensual para su clasificación por tipo y servicio correspondiente.	
6- Elaboración de informe para la DG por la OGC.	
7.- Notificación de la queja presentada al jefe de servicio involucrado para generar proceso de mejora.	

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Queja Tipo 2	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe de Gestión de Quejas	Oficina de Gestión de la Calidad	1 (mes)	manual

Definiciones:	Queja.- Reclamo ante el acto del sector salud que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.
Registros:	Formato de Queja Informe de Gestión de Quejas
Anexos	Mapa Global de Procesos



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 02

Proceso: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Nombre del Procedimiento:	GESTIÓN DE QUEJAS TIPO 3 (judicial)	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-02-C

Propósito:	Mejorar la percepción de calidad de atención en los usuarios
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos y externos del INCN.
Marco Legal:	RM Nº 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Informe mensual	Jefe de Unidad o Servicio

NORMAS
RM Nº 519-2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
1.- Recepción de quejas expresadas mediante documento judicial ingresada por mesa de partes a la Dirección General.			
2.- Atención al caso, coordinación con la instancia competente para la atención de la queja.			
3- Secretaria de la DG registra la solución de la queja y emite respuesta al poder judicial.			
4.- Copia de la queja es ingresada a la matriz mensual para su clasificación por tipo y servicio correspondiente.			
5. Implementación de mejora continua por el área involucrada en la queja.			
ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Queja Tipo 3	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	Manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe de Gestión de Quejas	Oficina de Gestión de la Calidad	1 (mes)	manual

Definiciones:	Queja.- Reclamo ante el acto del sector salud que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.
Registros:	Formato de Queja.
Anexos	Mapa Global de Procesos



FICHA DE DESCRIPCION PROCEDIMIENTO 02

Proceso: INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Nombre del Procedimiento:	GESTIÓN DE QUEJAS TIPO 0 (verbal)	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC.02-D

Propósito:	Mejorar la percepción de calidad de atención en los usuarios
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos y externos del INCN.
Marco Legal:	RM Nº 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" . RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Informe mensual	Jefe de Unidad o Servicio

NORMAS
RM Nº 519-2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM Nº 1216-2003-SA/DM. Aprueba la Directiva Nº 027-MINSA – V.01 Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS
1.- Recepción de la queja en forma personal o derivada de Dirección General.
2.- Atención al caso, personal de la OGC.
3.- Jefatura OGC toma conocimiento y coordina con el responsable del área quejada.
4.- Interposición de buenos oficios y solución de la queja.
3.- Se anota la queja en el Registro de quejas diarias y mensuales.
4- La OGC eleva informe mensual a la DG con el análisis de los indicadores.
5.- Notificación de la queja presentada al jefe de servicio involucrado para implementar proceso de mejora.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Queja Tipo 0	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe de Gestión de Quejas	Oficina de Gestión de la Calidad	1 (mes)	manual

Definiciones:	Queja.- Reclamo ante el acto del sector salud que involucre posibles casos de ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, moroso, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente de sus funciones.
Registros:	Formato de Queja. Informe de Gestión de Quejas
Anexos	Mapa Global de Procesos





PROCEDIMIENTO 03 INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección (2º nivel organizacional)	Oficina de Gestión de la Calidad del Sistema de Salud (de 3º nivel Organizacional)	Fecha
--	---	-------

Denominación del Procedimiento (según inventario)	INFORME INDICADORES DE GESTIÓN	
Objetivo del Procedimiento	Fortalecer el uso de Indicadores para la toma de decisiones	Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento. Permanente

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGÁNICA
Nº			
1	La Oficina de Estadística, los servicios Asistenciales y Administrativos envían sus indicadores a la OGC.	Recepción de indicadores	Servicios y/o departamentos
2	El personal de la OGC verifica los datos existentes en los diferentes indicadores de la Oficina de estadística, epidemiología, centro quirúrgico, departamento de diagnóstico por imágenes y Oficina de Seguros.	Evaluación de datos	OGC
3	El personal responsable confecciona tablas en Excel con sus respectivos gráficos.	Compilación de datos	OGC
4	El Técnico elabora el reporte estadístico.	Elaboración de estadística	OGC
5	Responsable del área revisa reporte y realiza impresión.	Informe	OGC
6	La Jefatura de OGC recepción y revisa el informe.	Informe	OGC
7	OGC envía Informe a Dirección General, áreas asistencial y administrativa.	Envío de informe	OGC

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA		FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM 519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, RM Nº 1022-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INCN.		30/05/2006 11/12/2007	Instrumento que permite medir los procesos y por lo tanto evaluar su calidad. Se expresa en forma numérica o de cualidad.



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 03

Proceso: INDICADORES DE GESTIÓN

Nombre del Procedimiento:	INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-03

Propósito:	Fortalecer el uso de Indicadores para la toma de decisiones.
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos del INCN.
Marco Legal:	RM.519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Reporte mensual	Reporte	Oficina de Estadística e Informática y Servicios.	Oficina Gestión de la Calidad

NORMAS	
RM 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Manual de Indicadores Hospitalarios PERÚ/MINSA/OGE01/004. Serie de Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública 2001.	

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
1.- La OGC solicita información de indicadores a las Oficina de Estadística, los servicios Asistenciales y Administrativos. 2.- Personal de la OGC recepciona y verifica los datos de indicadores de las Oficinas de Estadística, Epidemiología, Centro Quirúrgico, Dirección de Apoyo al Diagnóstico, Dirección de Neurología, Dirección de Neurocirugía, Oficina de Seguros, otros. 3.- El personal responsable del área OGC confecciona tablas en Excel e ingresa datos. 4.- El personal hace análisis de información, revisa y elabora reporte estadístico con gráficos. 5.- Jefatura de OGC recepciona y revisa el informe. 6.- Secretaría de OGC imprime el reporte. 7.- OGC envía Informe a Dirección General para toma de decisiones asistenciales y administrativas.	

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Indicadores de gestión	Oficina de Estadística e Informática, Oficinas y Servicios	Mensual	Manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Reporte	Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	Manual

Definiciones:	INDICADOR DE GESTION: Instrumento que permite medir los procesos y evaluar la calidad, se expresa en forma numérica o de cualidad.
Registros:	Reporte de Indicadores
Anexos	Mapa Global de procesos





PROCEDIMIENTO 04

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/ Dirección (2º nivel Organizacional)	Gestión de la Calidad del INCN	Oficina/ Dirección (de 3º nivel Organizacional)	Fecha	Enero 2012
--	--------------------------------	---	-------	------------



Denominación del Procedimiento (según Inventario)	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS		
Objetivo del Procedimiento	Mejorar la Calidad de Atención en servicios asistenciales	(Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días, meses)	Permanente

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGÁNICA											
Nº	Descripción	Reporte del evento	Servicios y/o departamentos											
1	Ocurriencia del evento adverso	Llenado de formato	OGC											
2	Notificación del evento adverso	Recepción de formato	OGC											
3	Recepción de los formatos en OGC y evaluación de la ocurrencia si amerita auditoría.	Auditoría	Comité de Auditoría											
4	Si ocurrencia es auditable, será derivado al Comité de Auditoría.	Auditoría	Comité de Auditoría											
5	Comité de Auditoría del INCN audita y emite recomendaciones.	Recopilación de Eventos Adversos	OGC											
6	Si no es auditable, se recopilan las fichas y se emite reporte.	Procesamiento de datos	OGC											
7	Se efectúa procesamiento de datos y análisis del evento adverso.	Recomendaciones	OGC											
8	Se emiten recomendaciones y actividades de mejora.	Reporte	OGC											
9	Recepción de recomendaciones de auditoría del comité auditor del servicio.	Informe	OGC											
10	Implementación de las recomendaciones.													

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES											
MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA	FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM 519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM Nº 676-2006/MINSA aprueba el DT "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente". 2006-2008"	30/05/2006 11/12/2007	Instrumento que permite medir los procesos y por lo tanto evaluar su calidad. Se expresa en forma numérica o de cualidad



FICHA DE DESCRIPCION PROCEDIMIENTO 04

Proceso: PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Nombre del Procedimiento:	Notificación de Eventos Adversos	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-04
Propósito:	Contar con sistema de notificación, reporte y reducción de eventos adversos en el INCN.		
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, Usuarios internos del INCN		
Marco Legal:	RM.519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, RM N° 676-2006/MINSA aprueba el DT: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"		

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad De Medida	Fuente	Responsable
Nº de Eventos Adversos reportados por servicios	Notificación	Formato de Notificación de eventos adversos	Jefe de Unidad o Servicio

NORMAS
RM 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
RM N° 143-2006/MINSA conformar el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
1. Ocurrencia del evento adverso.
2. Notificación del evento adverso y evaluación si es pertinente auditoria.
3. Recepción de los formatos en OGC y evaluación de la ocurrencia si amerita auditoria.
4. Si ocurrencia es auditable, será derivado al comité de Auditoria
5. Comité auditor del INCN audita y emite recomendaciones.
6. Si no es auditable, se recopilan las fichas y se emite reporte.
7. Se efectúa procesamiento de datos y análisis del evento adverso.
8. Se emiten recomendaciones y actividades de mejora.
9. Recepción de recomendaciones del Comité de Auditoria del servicio.
10. Se implementan las recomendaciones, hace seguimiento de cumplimiento.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Notificación de eventos adversos	Servicio asistencial	A demanda	Manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Reporte	Oficina de Gestión de la Calidad	A demanda	Manual

Definiciones:	Evento Adverso: Daño causado al paciente como resultado de la atención de salud prestada en la institución
Registros :	Formato de notificación de eventos adversos
Anexos :	Mapa global.





PROCEDIMIENTO 05 PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección 2 nivel organizacional	Oficina/Dirección 3 nivel organizacional	Fecha: Enero 2012
Denominación del procedimiento (según inventario)		
PROYECTO DE MEJORA CONTINUA		
Denominación del procedimiento		
Mejorar la calidad en los servicios del INCN		
Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento		Permanente.

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGANICA	
Nº			OGC y los servicios	
1	Identificación de posibles problemas en el INCN	Identificación de procesos débiles	Diferentes servicios	
2	Describir el problema.	Recolectar información sobre el problema	Diferentes servicios	
3	Identificar las causas raíz del problema	Identificar las causas que dan origen al problema	Diferentes servicios	
4	Identificar las principales causas raíz del problema.	Uso de la lluvia de ideas, diagrama de afinidad, flujoograma.	Diferentes servicios	
5	Identificar una solución efectiva que se pueda implementar.	Identificar acciones que reduzcan o eliminen las causas raíz.	Diferentes servicios	
6	Implementar la solución efectiva.	Ejecución del plan de acción usando herramientas	Servicio implicado en la mejora	
7	Monitoreo y control.	Actividades que aseguren que las soluciones se vuelvan permanente.	OGC y Jefatura de servicio implicado	

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

REFERENCIA		FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
R.M. 519-2006-SA/DM que aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".		29/06/2005	Auditoría 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
R.M. 640-2006/MINSA aprueba el "Manual para la mejora Continua de la Calidad".		23/10/2007	



FICHA DE DESCRIPCION PROCEDIMIENTO 05

Proceso: PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

Nombre del Procedimiento:	Proyecto de mejora continua	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-05

Propósito:	Mejorar la calidad de atención en el INCN
Alcance:	A todo el personal de salud del INCN para la aplicación de herramientas y técnicas de mejoramiento de la calidad.
Marco Legal:	R.M 519-2006-SA/DM que aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". R.M. 640-2006/MINSA aprueba el "Manual para la mejora Continua de la Calidad".

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
	Proyecto	OGC	Jefatura de servicios

NORMAS	
R.M 519-2006-SA/DM que aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".	
R.M. 640-2006/MINSA aprueba el "Manual para la mejora Continua de la Calidad".	

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
1.- Identificación de posibles problemas en el INCN. 2.- Describir el problema. 3.- Identificar las causas raíz del problema. 4.- Identificar las principales causas raíz del problema. 5.- Identificar una solución efectiva que se pueda implementar. 6.- Implementar la solución efectiva. 7.- Monitoreo y control.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Solución efectiva a implementar	OGC	Permanente	Manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Proyecto de mejora implementado	Diferentes servicios	Permanente	Manual

Definiciones:	Identificación de áreas débiles de un proceso, uso de herramientas y técnicas de calidad para desarrollar proyectos de mejora continua.
Registros:	Informes de proyectos ejecutados.
Anexos	Mapa global de procesos.





PROCEDIMIENTO 06 REALIZACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección (2º nivel organizacional)	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN	Oficina/ Dirección (de 3º nivel Organizacional)	Fecha	Enero 2012
--	---	--	-------	------------

Denominación del Procedimiento (según Inventario)	Estudio del nivel de satisfacción del usuario externo. Metodología SERVQUAL modificado.
--	---

Objetivo del Procedimiento	Conocer la percepción del usuario externo y medir su nivel de satisfacción con relación a los servicios que brinda el INCN	Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento.	Semestrales
----------------------------	--	---	-------------

FRECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO			
Nº	TAREA	UNIDAD ORGÁNICA	
1	Elaboración del Plan de trabajo.	Formulación de documento técnico	OGC
2	Selección y capacitación de encuestadores.	Convocatoria y charlas informativas a encuestadores externos	OGC
3	Aplicación de encuestas y supervisión del proceso.	Control de llenado de datos en las encuestas.	OGC
4	Digitación de la encuesta.	Vaciado de información a la herramienta SERVQUAL	OGC
5	Base de datos.	Almacenamiento de información recopilada	OGC
6	Análisis e interpretación de resultados.	Análisis y emisión de juicios de valor.	OGC
7	Informe final de resultados a la DG.	Comunicación oficial de resultados a instancia administrativa superior.	OGC
8	Socialización con directivos y trabajadores.	Difusión de resultados en el INCN.	OGC
9	Desarrollo de proyectos o acciones de mejoras de calidad basados en los resultados.	Acciones de ejecución y seguimiento de proyectos de mejora de calidad	OGC

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1											1

Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA	FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM Nº 519-2006/MINSA, "aprobada el DT. "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; RM Nº 1216-2003-SA/DG, "aprobada la Orden N° 077-MINSA, y las Normas que regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de las quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de la salud."	30/05/2006 04/12/2003	Proceso referido a la valoración de la calidad de atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las actividades del proceso de atención.



FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 06

Proceso: REALIZACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION

Nombre del Procedimiento:	ESTUDIO DEL NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO.	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-06

Propósito:	Conocer la percepción del usuario externo y medir su nivel de satisfacción con relación a los servicios que brinda el INCN.
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos y externos del INCN.
Marco Legal:	RM N° 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". RM 527-2011-MINSA Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos de los servicios de salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Informe cuantitativo y cualitativo	encuesta	OGC	Jefatura OGC

NORMAS
RM N° 519- 2006/MINSA, aprueba el DT: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" ; RM 527-2011-MINSA Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos de los servicios de salud.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS
1. Elaboración del plan de trabajo.
2. Selección y capacitación de encuestadores.
3. Aplicación de encuestas y supervisión del proceso.
4. Digitación de la encuesta.
5. Base de datos.
6. Análisis e interpretación de los resultados.
7. Informe final de los resultados a la D.G
8. Socialización con los trabajadores y directivos del INCN
9. Desarrollo de acciones y proyectos de mejoras de calidad basados en los resultados.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Encuesta anónima	Oficina de Gestión de la Calidad	semestral	manual

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe con resultados cuantitativos y cualitativos	OGC	semestral	Manual – herramienta informática

Definiciones:	Proceso referido a la valoración de la calidad de atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las actividades del proceso de atención. Se expresa en porcentajes y juicios de valor.
Registros:	Formatos de encuestas
Anexos	Mapa global de procesos.





PROCEDIMIENTO 07

PLAN PARA EL ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección 2º nivel organizacional	Oficina Gestión de la Calidad	Oficina/Dirección 3º nivel organizacional	Fecha Enero 2012
--	-------------------------------	--	---------------------



PLAN PARA EL ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Denominación del procedimiento
(según inventario)

Objetivo del procedimiento	Conocer la percepción de los usuarios internos respecto al trabajo, ambiente físico, relaciones interpersonales que afectan su trabajo.	Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento	Semestral
----------------------------	---	--	-----------



SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGÁNICA
Nº			
1	Planeamiento	Elaboración de documento técnico, firma de compromisos. Conocimiento del instrumento de medición	OGC
2	Sensibilización.	Publicidad y comunicación interna a los usuarios internos	OGC
3	Medición.	Convocatoria al personal y uso de metodología de medición	OGC
4	Análisis y entrega de resultados.	Informes amigables conteniendo análisis cuantitativo y cualitativo	OGC
5	Acciones de mejora.	Desarrollo de planes de acción y mejoramiento continuo	OGC



SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1									1		

Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA	FECHA DE PUBLICACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN DEL ASUNTO
RM.519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. R.M 623-2008/Minsa, documento técnico: Metodología para el estudio del clima Organizacional.	30/05/2006 11/12/2007	Instrumento que permite medir la percepción de los trabajadores. Elaboración de un estudio cuyo objetivo es identificar la percepción de los trabajadores para definir planes de acción orientados a mejorar los aspectos que afectan negativamente el normal desarrollo de la organización.

FICHA DE DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO 07

Proceso: PLAN PARA EL ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Nombre del Procedimiento:	PLAN PARA EL ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-07

Propósito:	CONOCER LA PERCEPCION DE LOS USUARIOS INTERNOS RESPECTO AL TRABAJO, AMBIENTE FISICO, RELACIONES INTERPERSONALES QUE AFECTAN SU TRABAJO.
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, usuarios internos del INCN.
Marco Legal:	RM.519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. R.M 623-2008/Minsa, documento técnico: Metodología para el estudio del clima Organizacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Estudio realizado	Estudio	OGC	Comité de Clima Organizacional

NORMAS
R.M 623-2008/Minsa, documento técnico: Metodología para el estudio del clima Organizacional.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
- Planeamiento. - Sensibilización. - Medición. - Análisis y entrega de resultados. - Acciones de mejora.

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Encuestas.	OGC	semestral	Manual.

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Informe cualitativo y cuantitativo	OGC	semestral	Manual – informatizado

Definiciones:	Elaboración de un estudio cuyo objetivo es identificar la percepción de los trabajadores para definir planes de acción orientados a mejorar los aspectos que afectan negativamente el normal desarrollo de la organización.
Registros:	Ficha de encuestas.
Anexos	Mapa global de procesos.





PROCEDIMIENTOS AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

FICHA DE INFORMACION PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

Oficina/Dirección 2º nivel organizacional	Oficina Gestión de la Calidad	Oficina/Dirección 3º nivel organizacional	Fecha	Enero 2012
--	-------------------------------	--	-------	------------



Denominación del procedimiento (según inventario)	AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION
--	-------------------------------------

Objetivo del procedimiento	Promover una cultura de calidad a través del establecimiento y cumplimiento de estándares y criterios de calidad de atención al usuario.	Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento	Permanente.
----------------------------	--	--	-------------



SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO		TAREA	UNIDAD ORGÁNICA
Nº			
1	Programación de la autoevaluación en el POI.	Solicitud y gestión de inclusión de actividad en el POI	OGC
2	Conformación del equipo de acreditación.	Propuesta y designación con R.D.	Dirección General
3	Selección de evaluadores internos.	Reclutamiento y selección de personal para autoevaluación	Departamentos o servicios
4	Elaboración del plan de autoevaluación.	Coordinación y elaboración de documento	Comité de Autoevaluación
5	Aprobación del plan de autoevaluación.	Emisión documento autoritativo	Dirección General
6	Reporte del inicio de la autoevaluación.	Presentación de informe a instancia superior	Comité autoevaluación
7	Ejecución del plan de autoevaluación.	Delegación de responsabilidades y tarea de campo	OGC
8	Remisión de informe técnico de autoevaluación.	Consolidado y elaboración de informe	Comité de autoevaluación
9	Socialización con directivos y trabajadores del instituto.	Publicidad y difusión	

ESTADÍSTICA O INFORMACIÓN DEL Nº DE VECES QUE SE HA EJECUTADO EL PROCEDIMIENTO EN CADA MES DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES

MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias

REFERENCIA		FECHA DE PUBLICACION	BREVE DESCRIPCION DEL ASUNTO
RM 519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.		30/05/2006	
RM Nº 456-2007/MINSA, aprueba NT Nº 050-MINSA/DGSP-V.02		11/12/2007	Medir los procesos y por lo tanto evaluar su calidad, se expresa en forma numérica o de cualidad



FICHA DE DESCRIPCION PROCEDIMIENTO 08

Proceso: AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION			
Nombre del Procedimiento:	Autoevaluación para la acreditación	Fecha:	Enero 2012
		Código:	OGC-08
Propósito:	Promover una cultura de calidad a través del establecimiento y cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad de atención al usuario.		
Alcance:	Oficina de Gestión de la Calidad del INCN, Usuarios internos del INCN		
Marco Legal:	RM.519-2006/ MINSA que aprueba Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM N° 456-2007/MINSA que aprueba Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02		

ÍNDICES DE PERFORMANCE			
Indicador	Unidad De Medida	Fuente	Responsable

NORMAS
RM 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. RM 456-2007/MINSA que aprueba NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
Programación de la autoevaluación en el POI.
Conformación del equipo de acreditación
Selección de evaluadores internos.
Elaboración del plan de autoevaluación.
Aprobación del plan de autoevaluación.
Reporte del inicio de la autoevaluación.
Ejecución del plan de autoevaluación.
Remisión de informe técnico de autoevaluación.
Socialización con directivos y trabajadores de la institución

ENTRADAS			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Indicador o estándar establecido.	OGC	Permanente	Manual - informatizado

SALIDA			
Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Estándar cumplido	OGC	Permanente	Manual - informatizado

Definiciones:	Instrumento que permite Medir los procesos y por lo tanto evaluar su calidad, se expresa en forma numérica o de cualidad
Registros :	Ficha de evaluación
Anexos :	Manifiesto de procesos.



MAPA GLOBAL DE PROCESOS: AUDITORÍA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Nombre del Proceso:

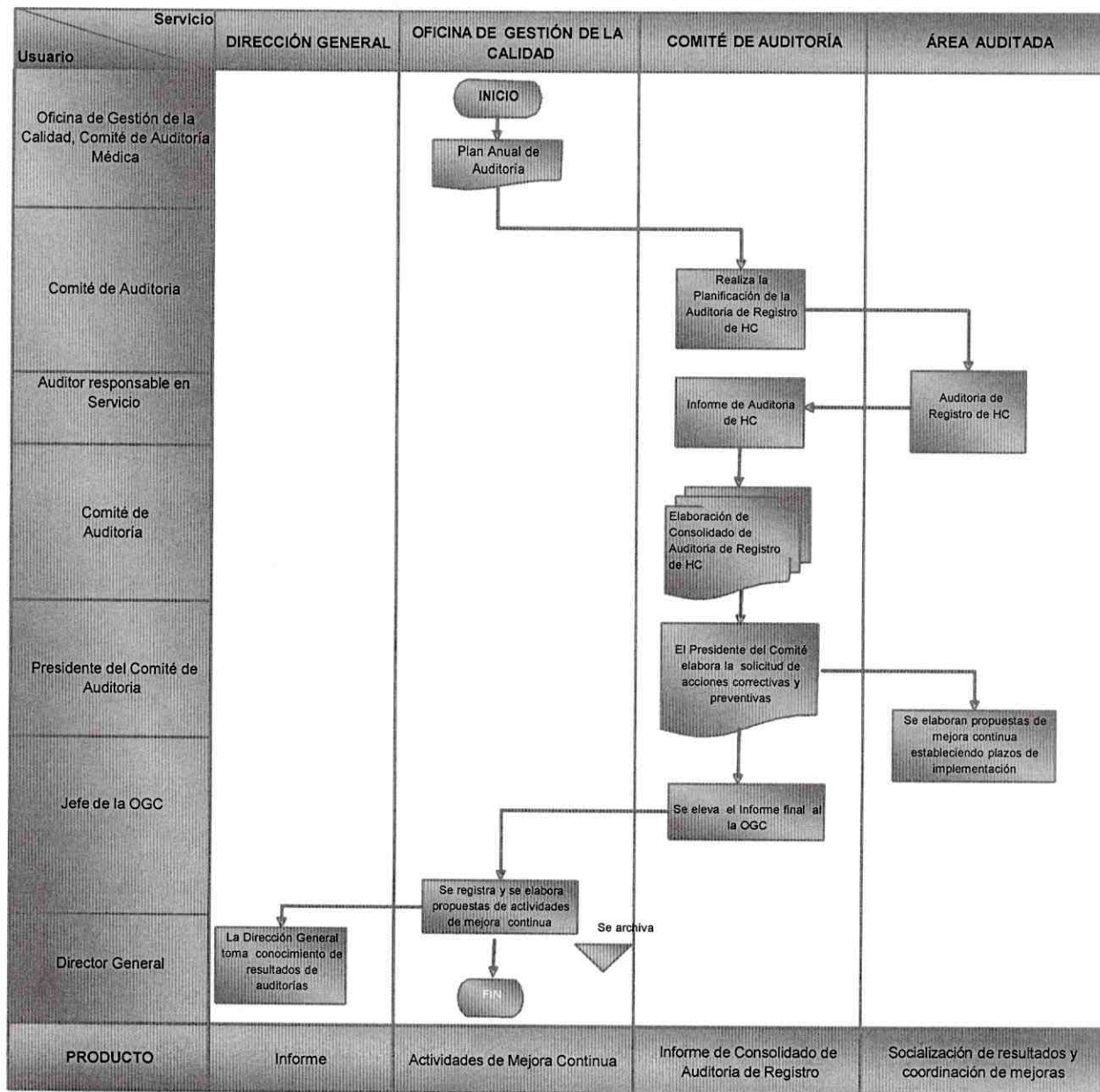
Nombre del Subproceso:

Nombre del Procedimiento:

Auditoría de la Calidad en Salud

Auditoría de Registros de Historia Clínica

Auditoría de Registro de Historias Clínicas



Hecho por:

Revisado por:

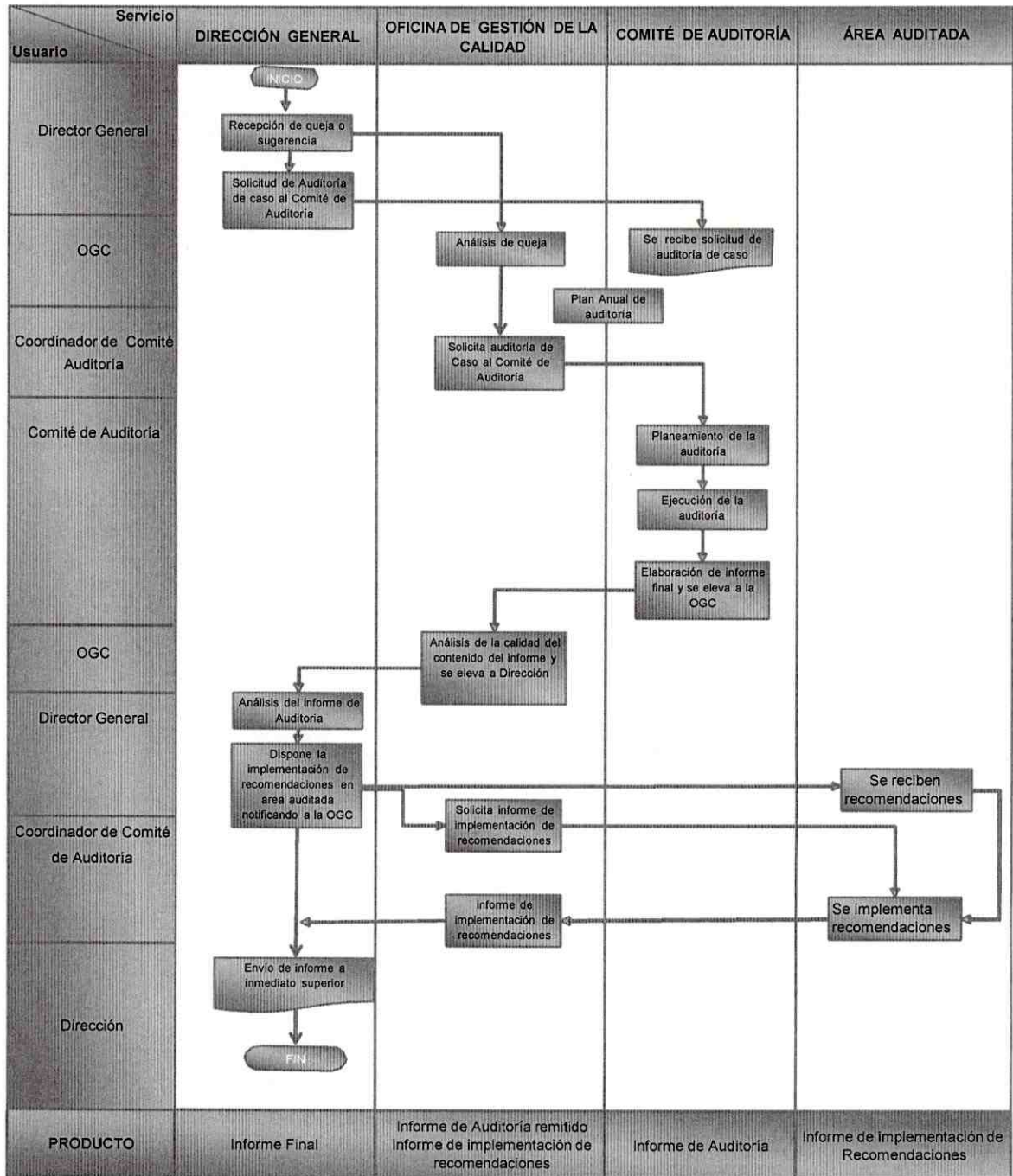
Aprobado por:



MAPA GLOBAL DE PROCESO: AUDITORÍA DE CASO

Nombre del Proceso:
Nombre del Subproceso
Nombre del Procedimiento

Auditoría de la Calidad en Salud
Auditoría de Caso
Auditoría de Caso



Hecho por:

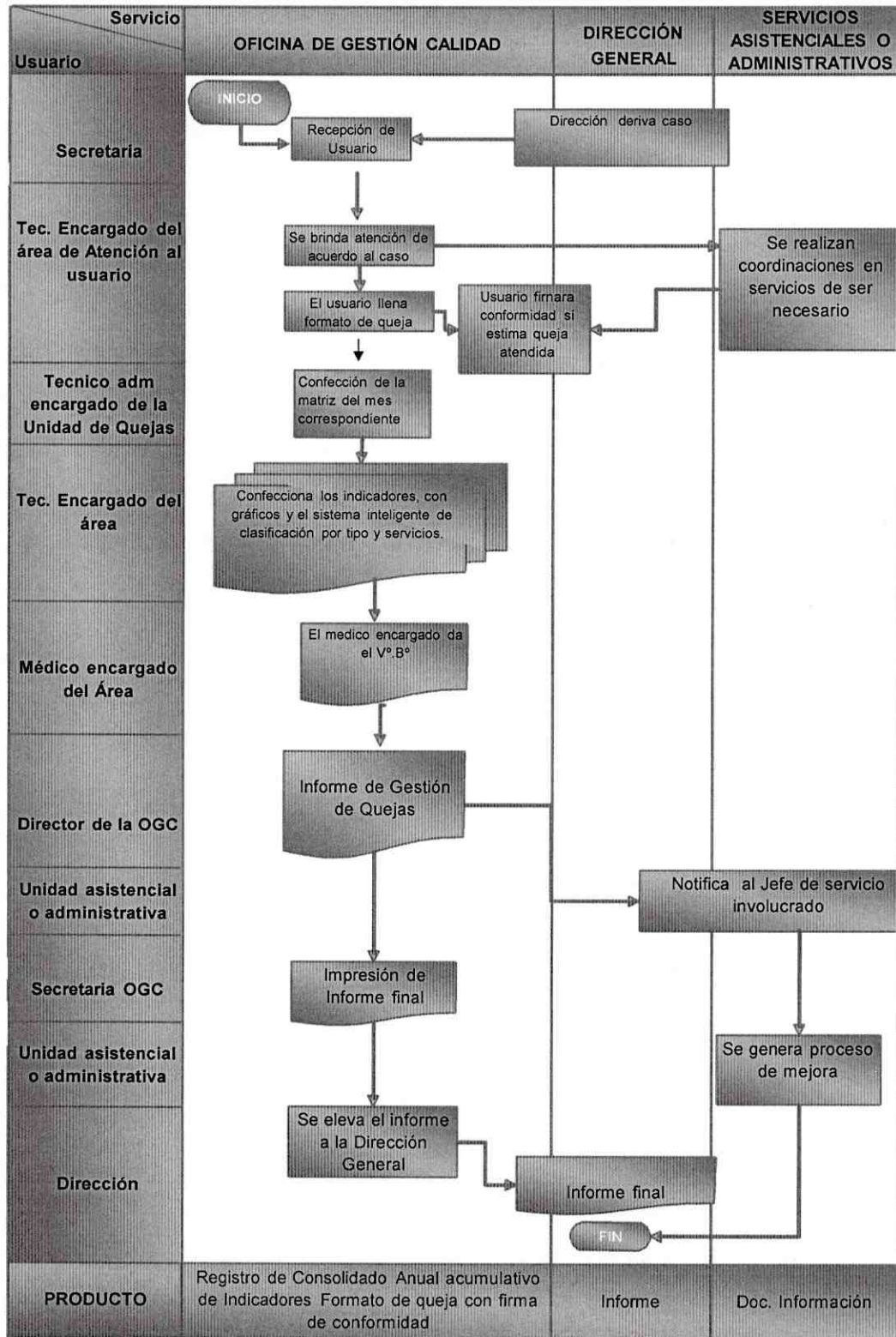
Revisado por:

Aprobado por:



MAPA GLOBAL DE PROCESOS: GESTIÓN DE QUEJAS

Nombre del Proceso: Gestión de la Información para Calidad
 Nombre del Subproceso: Gestión de Quejas y Sugerencias
 Nombre del Procedimiento: Gestión de Queja Tipo I



Hecho por:

Revisado por:

Aprobado por:



Mapa Global de Procesos: Reporte de Indicadores

Nombre del Proceso:

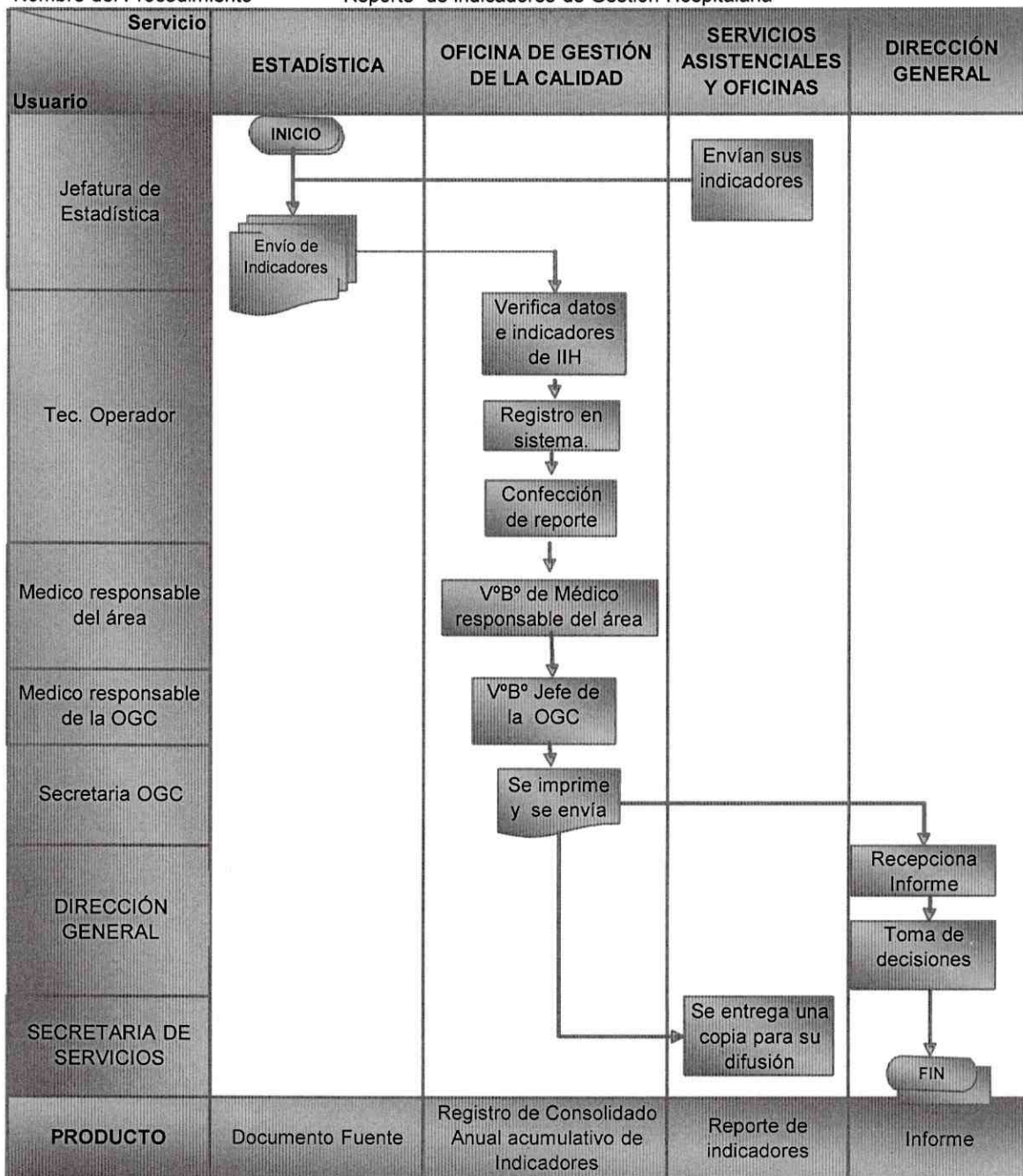
Gestión de la Información para Calidad

Nombre del Subproceso

Reporte de indicadores de Gestión de la Calidad

Nombre del Procedimiento

Reporte de indicadores de Gestión Hospitalaria



Hecho por:

Revisado por:

Aprobado por:



MAPA GLOBAL DE PROCESOS: EVENTOS ADVERSOS

Nombre del Proceso:

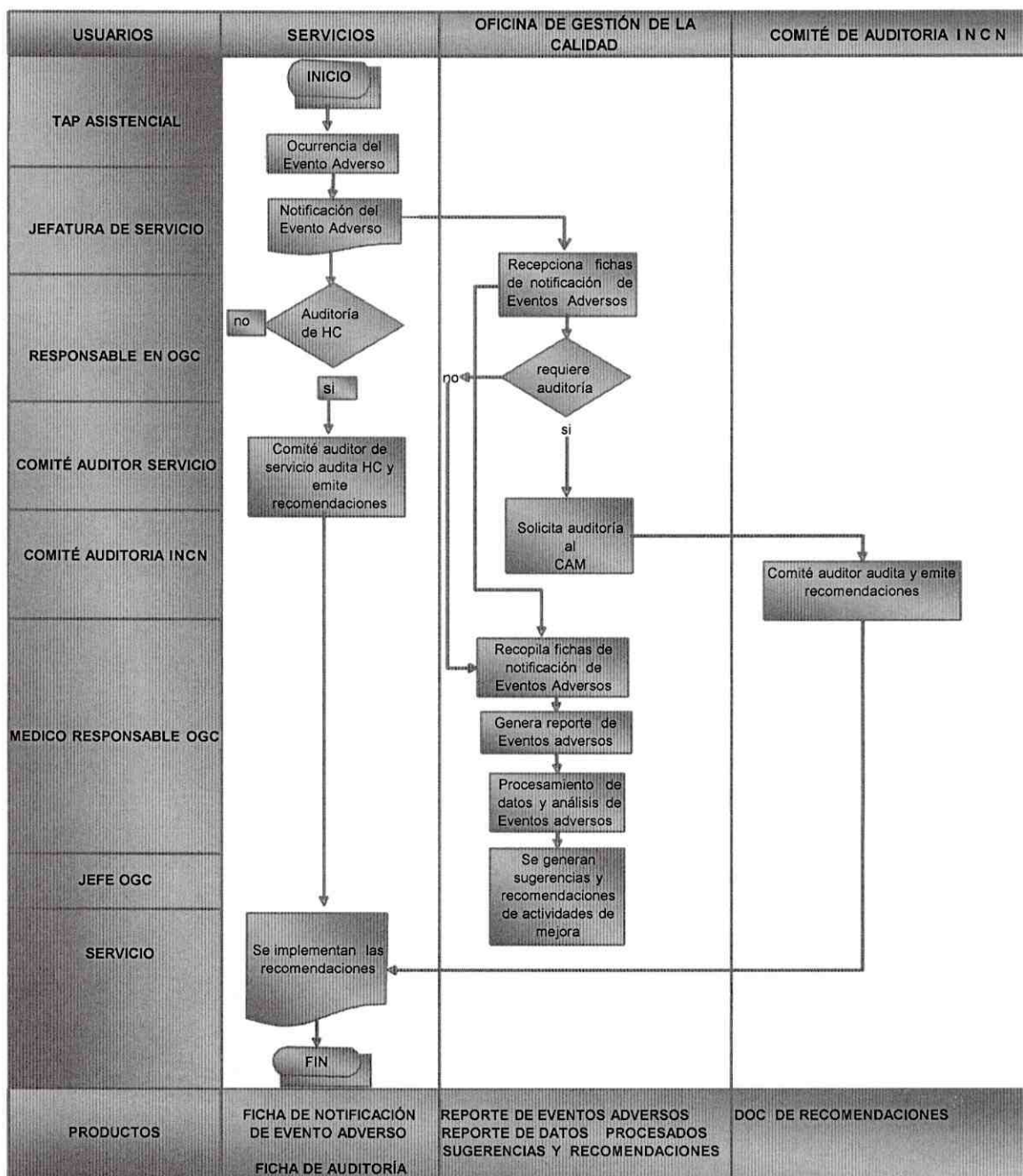
NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nombre del Subproceso

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nombre del Procedimiento

MAPA GLOBAL DE PROCESOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS



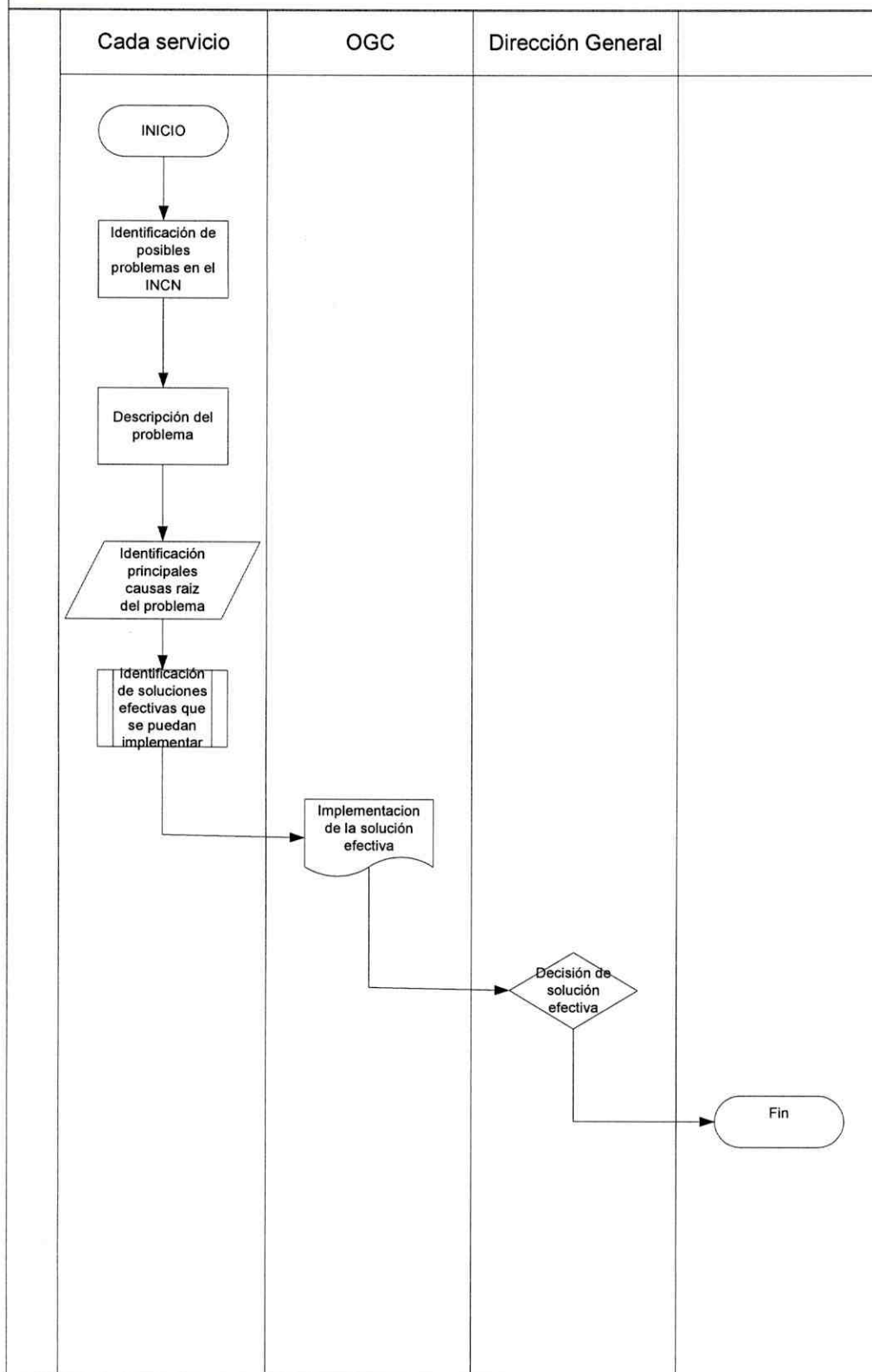
HECHO POR:

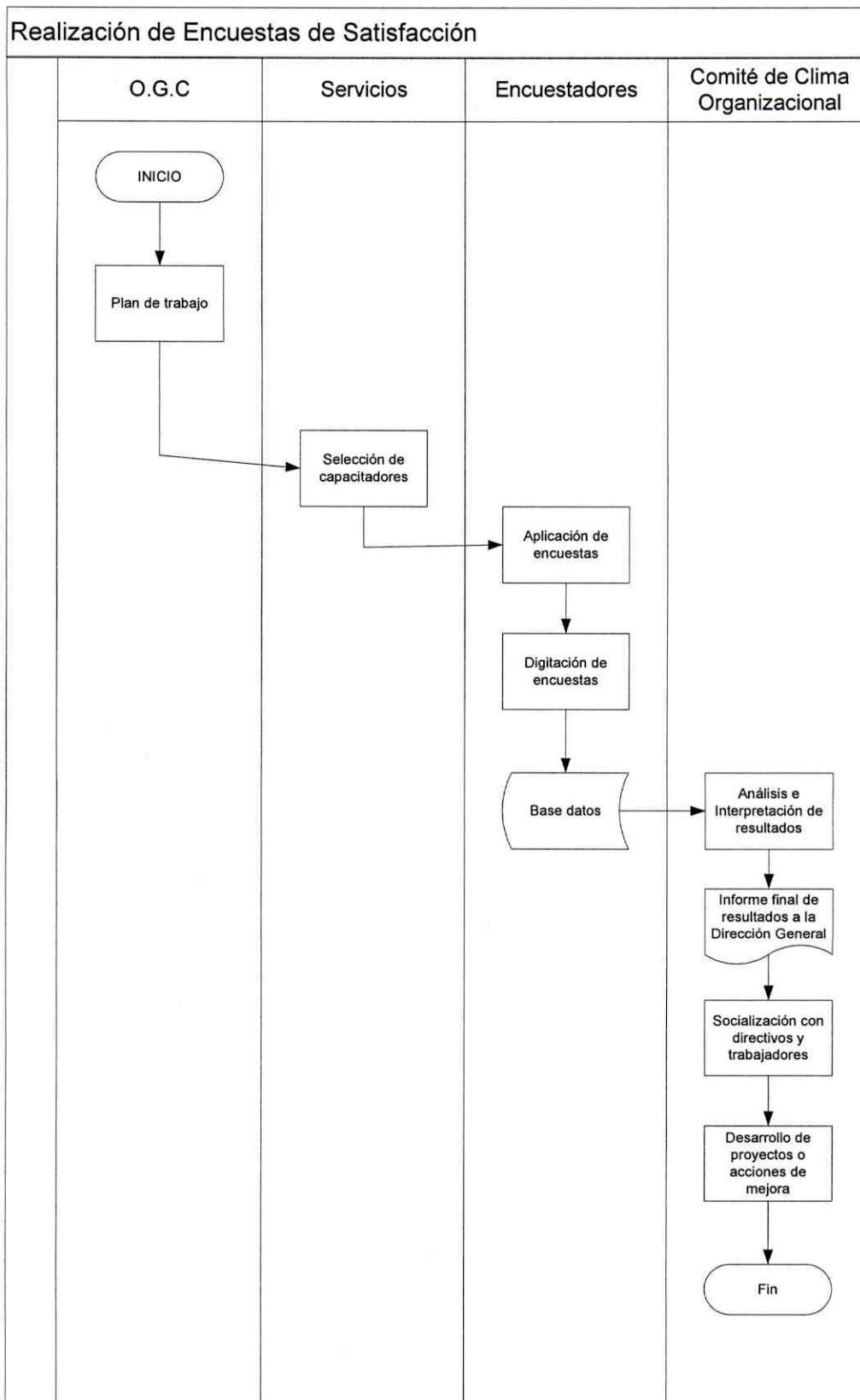
REVISADO POR:

APROBADO POR:

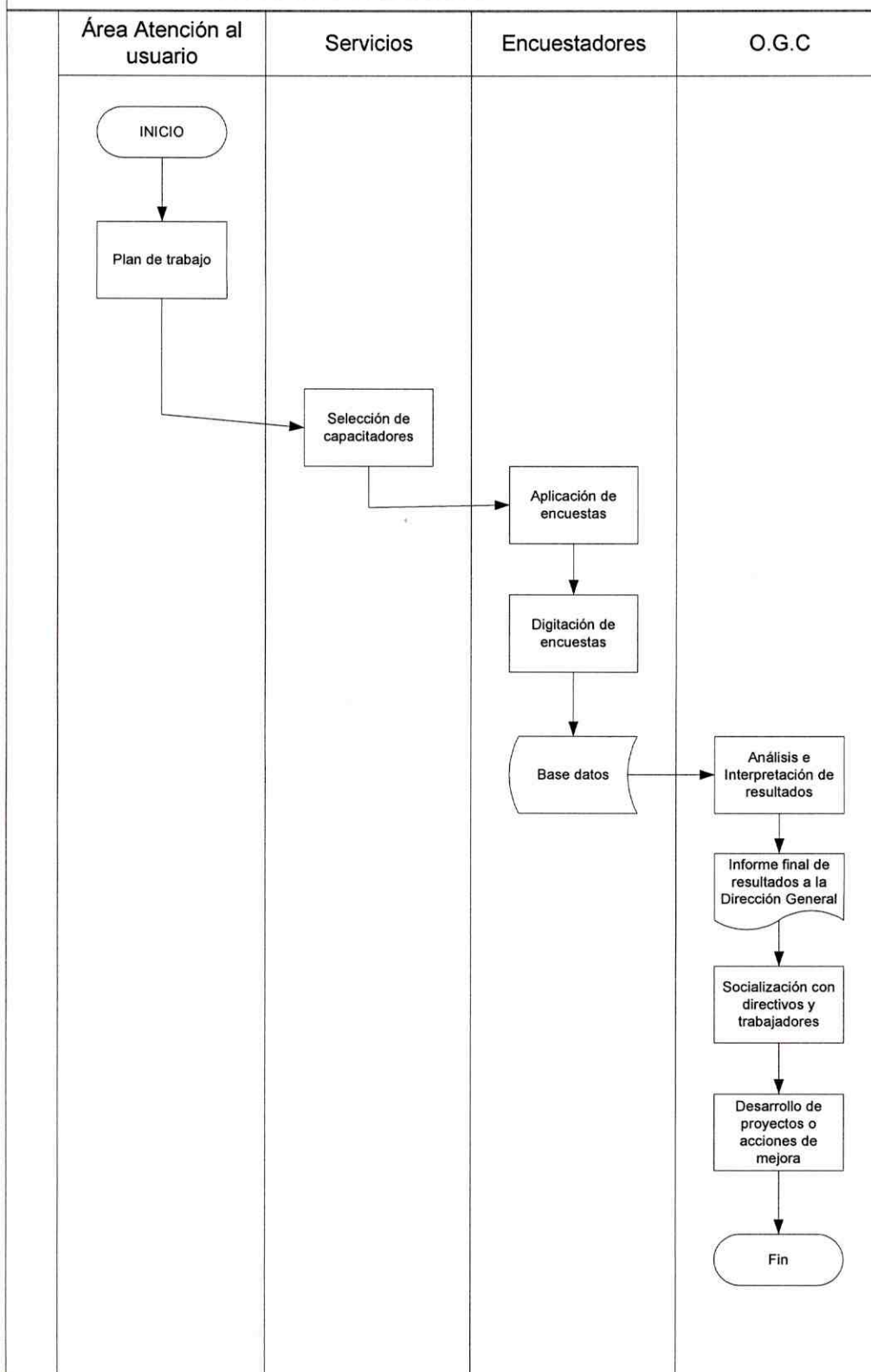


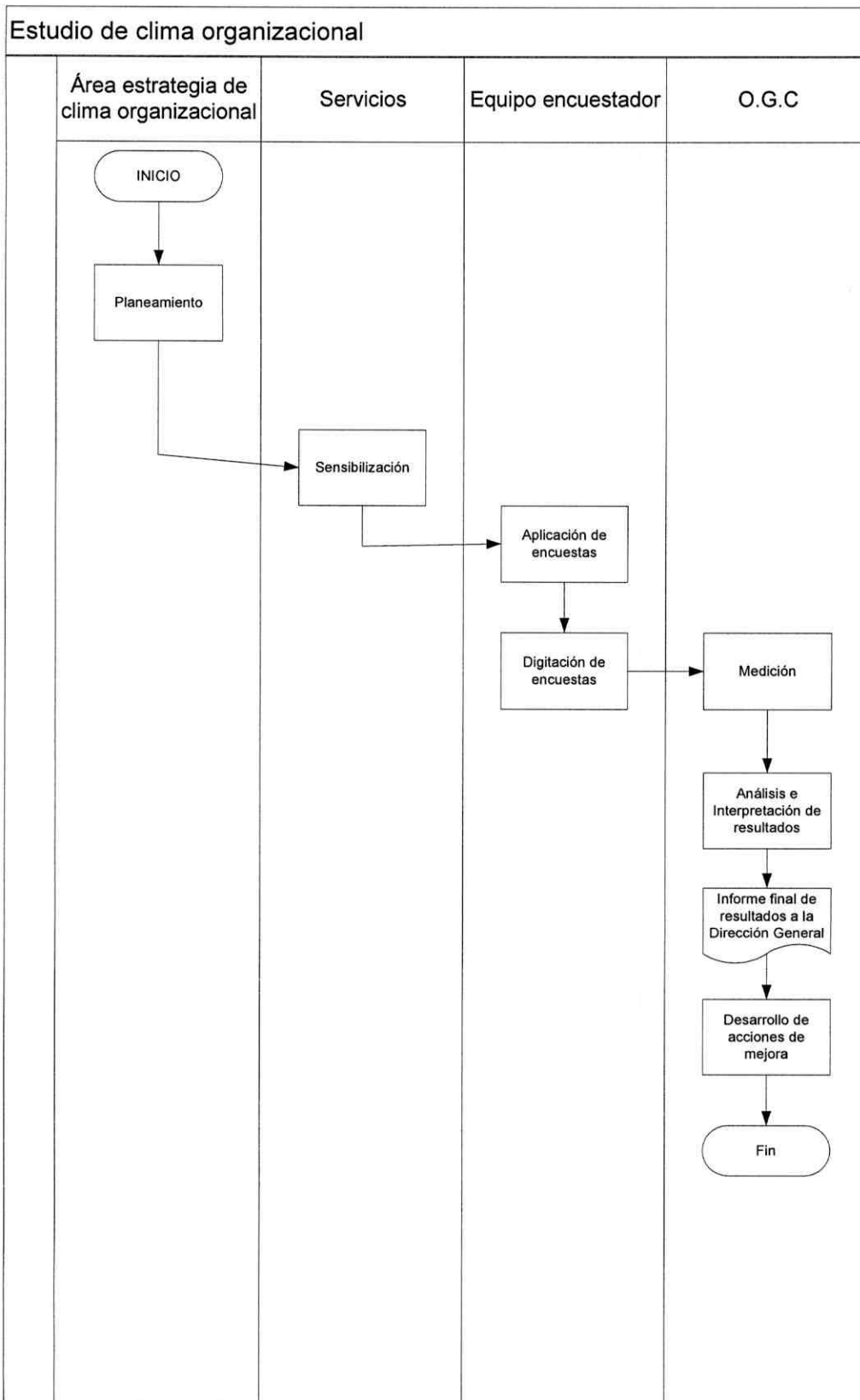
MEJORA CONTINUA





Realización de Encuestas de Satisfacción





Autoevaluación para la Acreditación

