

	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO		UGC
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD		Pág. 1
			Ver. 1.0



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS (MAPRO)

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2019



ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO II:.....	4
1. Objetivo.....	4
2. Base Legal.....	5
3. Alcance.....	5
CAPÍTULO III: PROCEDIMIENTOS	6
1. Identificación de Procesos y Procedimientos	6
2. Inventario de Procedimientos.....	7
3. Ficha de Descripción de procedimientos.....	8



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El Hospital del Rehabilitación del Callao tiene como principal objetivo llevar a nuestros pacientes la atención de calidad a las personas con discapacidad que acuden a la institución por ello es la Unidad de Gestión de la Calidad siendo un órgano de asesoría en la institución.

La Unidad de Gestión de la Calidad siguiendo con la normativa y con el fin de lograr las metas institucionales de manera que se cumplan las actividades sin errores y que sean factibles de monitoreo, ha identificado un conjunto de actividades que por su carácter repetitivo y típico la unidad por medio del presente documento; estandarizan y establecen como manual de procesos y procedimientos.

El manual de procesos y procedimientos que es un documento institucional informativo, descriptivo, sistemático e instructivo que tiene de forma detallada, las actividades y tareas que se realizan en la Unidad.

En el presente documento es el Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital del Rehabilitación del Callao la cual se encarga de la implementación de los sistemas de gestión de calidad; con el objetivo de brindar cada vez una mejor atención a los Usuarios en Salud.

A su vez este documento deberá revisarse y actualizarse en medida que se presente; por normativa, estructura orgánica, índices que influyan en la operatividad de la unidad.



	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO		UGC
			Pág. 4
			Ver. 1.0

CAPÍTULO II:

1. Objetivo

El Manual de Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Rehabilitación del Callao, tiene los siguientes objetivos:

- Establecer formalmente mediante documento normativo los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales a realizas en la Unidad de Gestión de la Calidad evitando la duplicidad o superposición de funciones, detallando sus actividades y flujo.
- Contribuir al logro de objetivos estratégicos aprobados en el reglamento de organización y funciones de la IPRESS hospital de rehabilitación del callao.
- Establecer mejores niveles de eficiencia en el trabajo a realizar en la unidad de gestión de la calidad



	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO		UGC
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Pág. 5
	UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD		Ver. 1.0

2. Base Legal

- Ley N°26842.Ley General de Salud
- Ley N° 30518, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2017, que creó la Unidad Ejecutora 404-Hospital de Rehabilitación del Callao.
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General
- Decreto Legislativo N°1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA de Mayo del 2018 que aprueba la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGEPRES. V.02.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en salud”.
- D.S. N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de la Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008.
- Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud y su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°027-2015-SA.
- Decreto Supremo N°002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades De Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

3. Alcance

El presente manual de procesos y procedimientos es de aplicación a la unidad de gestión de la calidad del hospital de rehabilitación del callao en relación de sus actividades y vínculo con las oficinas unidades y servicios de la institución.



CAPÍTULO III: PROCEDIMIENTOS

1. Identificación de Procesos y Procedimientos

N°	PROCESOS	SUBPROCESOS	PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLE
1	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Regulación y Supervisión de Salud Individual y Colectiva	Auditoria en Salud de Historias clínicas	Unidad de Gestión de la Calidad
2	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Prevención de Riesgos a la Salud	Notificación de eventos adversos	Unidad de Gestión de la Calidad
3	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Implementación y Mejoramiento Continuo	Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo	Unidad de Gestión de la Calidad
4	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Regulación y Supervisión de Salud Individual y Colectiva,	Atención de Consultas y Reclamos en Salud	Unidad de Gestión de la Calidad
5	Planeamiento	Diagnóstico Situacional	Autoevaluación para la Acreditación	Unidad de Gestión de la Calidad
6	Organización	Implementación y Mejoramiento Continuo	Mejora Continua elaboración de proyectos planes y acciones de mejora continua de la calidad	Unidad de Gestión de la Calidad
7	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Implementación y Mejoramiento Continuo	Revisión de indicadores hospitalarios	Unidad de Gestión de la Calidad
	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud	Implementación y Mejoramiento Continuo	Ronda de seguridad	Unidad de Gestión de la Calidad



2. Inventario de Procedimientos

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS		
N°	CODIGO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO
1.	UGC 01	AUDITORIA EN SALUD DE HISTORIAS CLÍNICAS
2.	UGC 02	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
3.	UGC 03	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO
4.	UGC 04	ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS EN SALUD
5.	UGC 05	AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN
6.	UGC 06	MEJORA CONTINUA ELABORACIÓN DE PROYECTOS PLANES Y ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
7.	UGC 07	REVISIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS
8.	UGC 08	RONDA DE SEGURIDAD



3. Ficha de Descripción de procedimientos

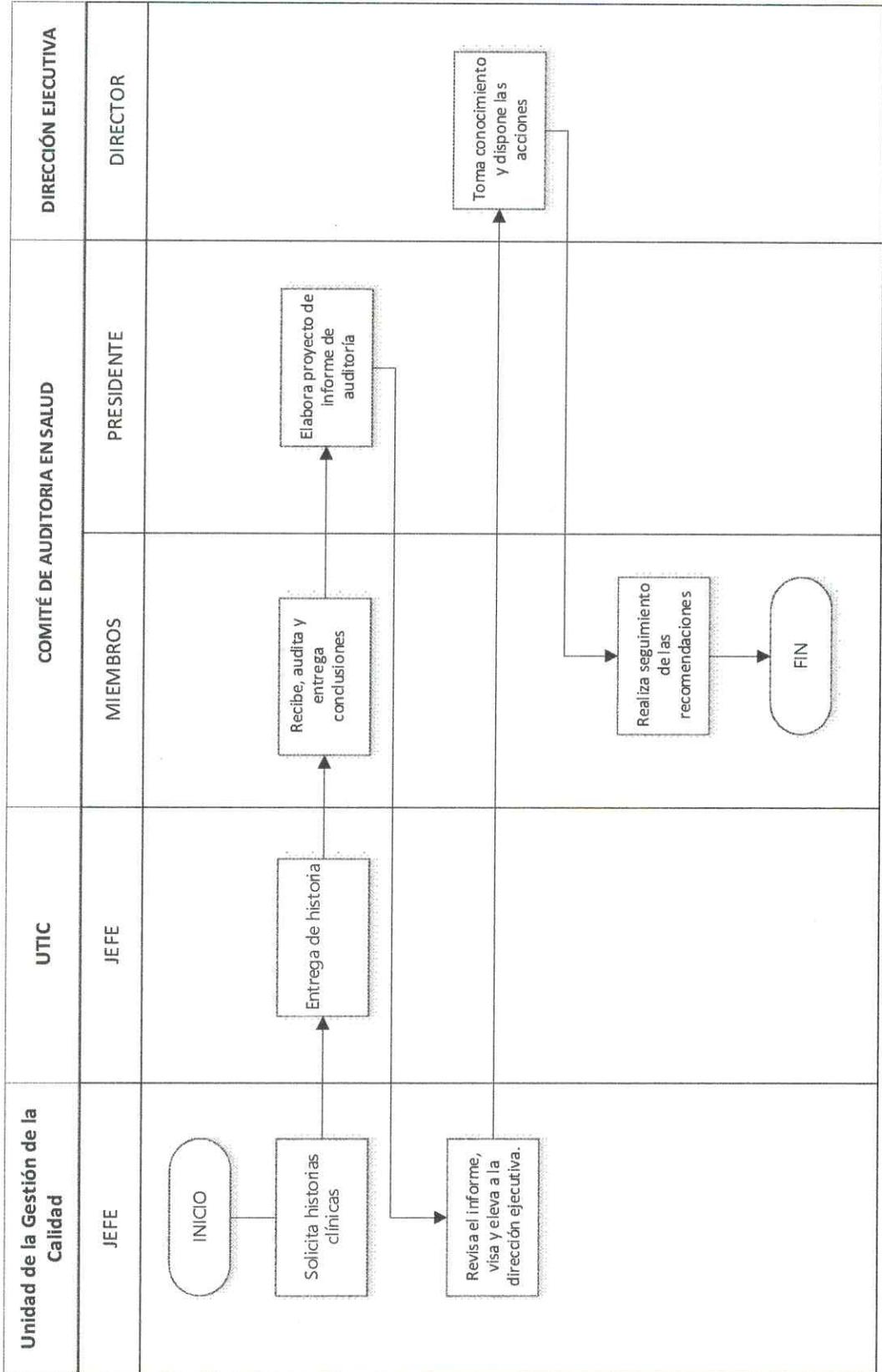
PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION REHABILITACION DE LA SALUD.		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 01
PROPOSITO	Evaluar si los procesos de atención que se realizan están de acuerdo a lo normado por la institución, para mejorar y elevar los estándares de calidad, a través de la capacitación del personal de salud.		
ALCANCE	- El Plan de la Calidad de Atención de Calidad en Salud será de aplicación en Consulta Externa de Medicina Especializada, Terapias, consulta de nutrición, psicología y Odontología		
MARCO LEGAL	Ley N°26842- Ley General de Salud Ley N°27806- Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública Ley N°27815- Ley de Código de Ética de la función Pública Decreto supremo N° 030 -2002-pcm: Ley de Marco de Modernización de la Gestión del Estado Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA de Mayo del 2016 que aprueba la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGEPRES. V.02.		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de evaluación de los registros de atención / N° de evaluaciones programadas	% de auditorias	Historias clínicas	Unidad de gestión de la calidad Comité de auditoría en salud
NORMAS			
Resolución Ministerial N° 502-2016/ MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
Unidad Gestión de la Calidad/Jefe			
1. Solicita historias clínicas a auditar de acuerdo a lo establecido en el plan de auditoria.			
Unidad de Tecnología, Información y Comunicaciones/Jefe			
2. Pone a disposición las Historias Clínicas			
comité de auditoría en salud/Miembros			
3. Recibe historias clínicas, recopila información de acuerdo al formato de auditoria; audita y entrega conclusiones al presidente del comité.			
Comité de auditoría en salud/Presidente			
4. Elabora proyecto de informe de auditoría con recomendaciones a implementar en el hospital.			
Unidad Gestión de la Calidad/Jefe			
5. Revisa el informe, visa y eleva a la dirección ejecutiva.			
Dirección Ejecutiva/Director			
6. Toma conocimiento y dispone las acciones que corresponden.			
Comité de auditoría en salud			
7. Realiza seguimiento de las recomendaciones y eleva informe a la dirección			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Auditoria en Salud	Unidad Gestión de la Calidad	Trimestral	Mecanizado
SALIDAS			





NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de seguimiento	Dirección Ejecutiva	Trimestral	Mecanizado
DEFINICIONES	<p>Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Equipos conformado por profesionales de la Salud del Hospital. Son los que diseñan y evalúan el Plan Anual de Auditoría de la Institución, para su desarrollo por cada Comité de Auditoría según corresponda, en coordinación con los coordinadores en cada nivel y la Unidad de Gestión de la Calidad.</p> <p>Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud, que se establecen las auditorías de la Calidad de Registro y la calidad de la atención de las historias clínicas, que se desarrollarán a lo largo del año en el Hospital de Rehabilitación del Callao.</p> <p>Auditoría Centinela: Es aquella auditoría inicial dentro de un Departamento/Servicio/Unidad, que servirá de base para establecer un diagnóstico y seguimiento de las mejoras logradas durante el transcurso del año en que se realizarán auditorías periódicas, con su respectiva retroalimentación al servicio auditado.</p> <p>Auditoría de Oficio: Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional y se puede basar en indicadores asistenciales administrativos.</p> <p>Auditoría de Registro: Verificación seriada o muestra de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.</p> <p>Auditoría de Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".</p>		
REGISTROS	Formato de auditoría de historias Clínicas		
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento de auditorías d atención en salud		







GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"



AUDITORIA EN SALUD

FORMATO DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA					
MIEMBRO DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORIA					
FECHA DE AUDITORIA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DE ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica					
Nombre y apellidos del paciente					
Tipo y número de seguro					
Lugar y fecha de nacimiento					
Edad					
Sexo					
Domicilio actual					
Lugar de procedencia					
Documento de identificación					
Estado civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Religión					
Teléfono					
Acompañante					
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable					
SUB TOTAL					
ANAMNESIS	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención					
Motivo de la consulta					
Tiempo de enfermedad					
Relato cronológico					
Funciones biológicas					
Antecedentes					
SUB TOTAL					
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes clínicos generales					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA					
Peso, talla					





HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC

Pág. 12

Ver. 1.0



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"



Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.					
SUB TOTAL					
DIAGNÓSTICO	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) presuntivo coherente					
b) definitivo coherente					
c) uso del cie 10					
PLAN DE TRABAJO					
Exámenes de patología clínica pertinentes					
Exámenes de diagnóstico por imágenes					
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)					
Referencias a otros establecimientos de salud					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
Fecha de próxima cita					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico- dietético y medidas generales concordantes y coherentes					
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con denominación común internacional (DCI)					
Consigna presentación					
Dosis del medicamento					
Vía de administración					
Frecuencia del medicamento					
Duración del tratamiento					
SUBTOTAL					
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETO	IMCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Se cuenta con formatos de atención integral por etapas de vida (primer nivel de atención)					
Pulcritud					
Letra legible					
No uso abreviaturas					
Sello y firma del médico tratante					
Subtotal					
SEGUIMIENTO DE LA EVALUACIÓN					
TOTAL					
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO		IGUAL O MAYOR 90 %			
POR MEJORAR		ENTRE 75 A 89%			
DEFICIENTE		MENOS 75%			





Gobierno Regional del Callao
Hospital de Rehabilitación del Callao
"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"



III.- NO CONFORMIDADES

--

IV.- CONCLUSIONES

--

V.- RECOMENDACIONES

--





HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC

Pág. 14

Ver. 1.0

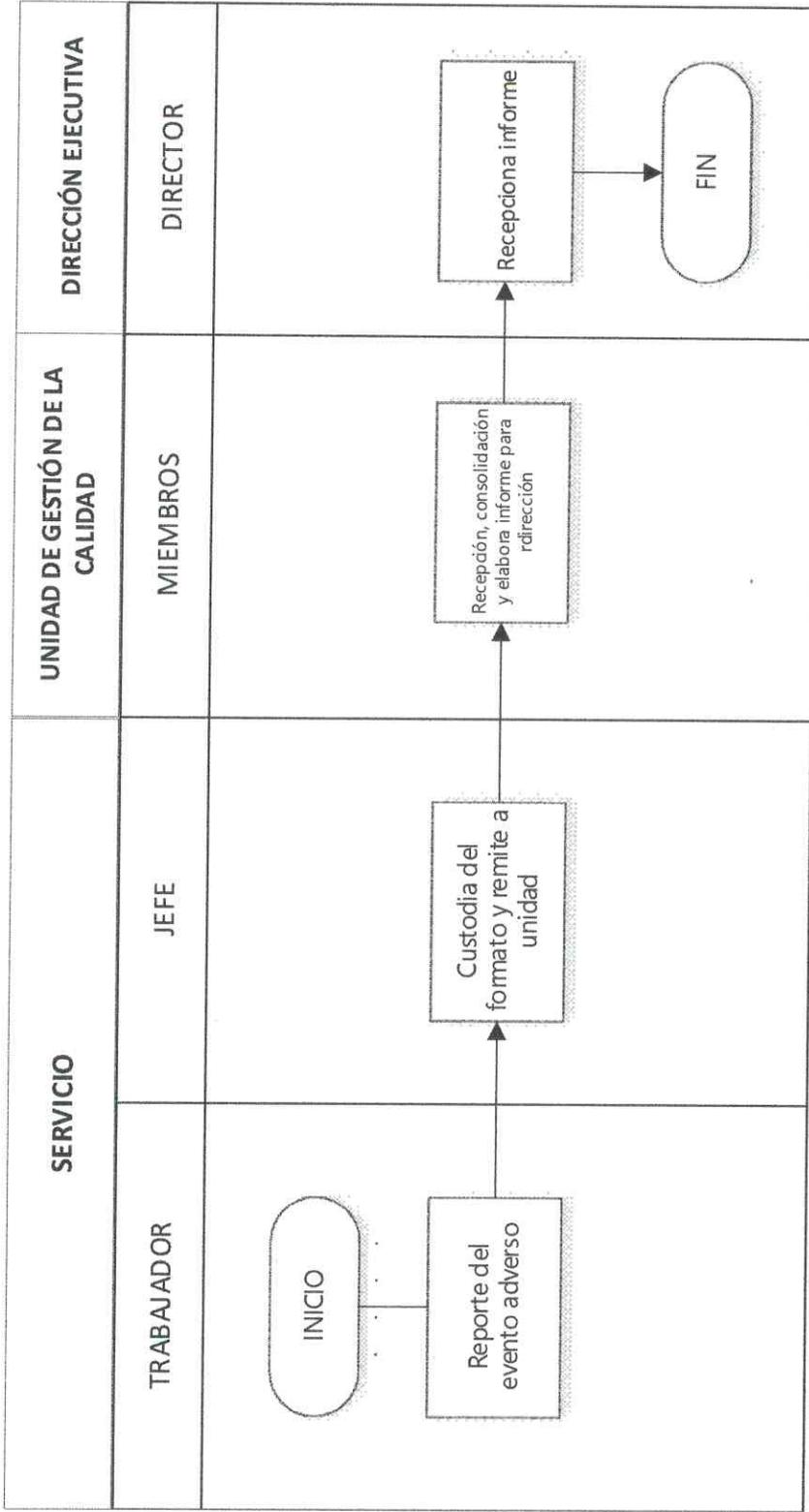
PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION REHABILITACION DE LA SALUD.		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 02
PROPOSITO	Participar activamente en la prevención de riesgos en salud, minimizando los eventos adversos y con ello la demora y retraso en la rehabilitación del paciente y las consecuencias que trae ello.		
ALCANCE	El Plan Anual de Seguridad del Paciente será aplicado en nuestro hospital que pertenece a la Dirección Regional de Salud del Callao.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud • Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud • Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente". • Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008. 		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° Reportes de eventos adversos	Número	Formato de notificación de eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de seguridad del paciente • Unidad de Gestión de la calidad
NORMAS			
Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de incidente, eventos adversos y eventos cantinéalas.			
Resolución directoral N° 045 -2019-GRC/HRC/DE Comité de Seguridad del Paciente del Hospital de Rehabilitación del Callao			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
Servicio/profesionales de la salud y técnicos de salud			
1. Reporte del evento adverso con formato de notificación de evento adverso.			
Jefatura de servicio/Jefe			
2. Custodia de formato reporte y remite a la unidad correspondiente.			
Unidad de Gestión de la Calidad/Jefe			
3. Recepción, consolidación de formato de reporte y elabora informe para Dirección			
Dirección Ejecutiva/Director			
4. Recepción de formato de reporte			
FIN			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Notificación de eventos adverso	Formatos de reporte de eventos adverso	mensual	mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de reporte de eventos adversos	Dirección Ejecutiva	mensual	mecanizado





DEFINICIONES	<p>Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Equipos conformado por profesionales de la Salud del Hospital. Son los que diseñan y evalúan el Plan Anual de Auditoría de la Institución, para su desarrollo por cada Comité de Auditoría según corresponda, en coordinación con los coordinadores en cada nivel y la Unidad de Gestión de la Calidad.</p> <p>Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en salud, que se establecen las auditorías de la Calidad de Registro y la calidad de la atención de las historias clínicas, que se desarrollarán a lo largo del año en el Hospital de Rehabilitación del Callao.</p> <p>Auditoría Centinela: Es aquella auditoría inicial dentro de un Departamento/Servicio/Unidad, que servirá de base para establecer un diagnóstico y seguimiento de las mejoras logradas durante el transcurso del año en que se realizarán auditorías periódicas, con su respectiva retroalimentación al servicio auditado.</p> <p>Auditoría de Oficio: Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional y se puede basar en indicadores asistenciales administrativos.</p> <p>Auditoría de Registro: Verificación seriada o muestra de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.</p> <p>Auditoría de Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".</p>
REGISTROS	Formato de informe de evento adverso
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento de seguridad del paciente







HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC

Pág. 17

Ver. 1.0

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION REHABILITACION DE LA SALUD.		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 03
PROPOSITO	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en los servicios del Hospital, identificando su percepción sobre los atributos de calidad de esa atención y los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua.		
ALCANCE	El presente plan es de aplicación en los servicios correspondientes a consulta externa médica, servicio de terapia, servicio de psicología, servicio de rayos X, servicio de farmacia, Odontología, Nutrición del Hospital de Rehabilitación del Callao.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> Ley N° 26842, Ley General de Salud Resolución Ministerial N°519-2006-SA/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: II Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la 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". Decreto Supremo N° 007-2016-SA., que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades De Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas. Decreto Supremo N°006-2017-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444. 		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Grado de satisfacción del Usuario	porcentaje	Aplicativo de encuestas	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Gestión de la Calidad Comité de Satisfacción del Usuario Externo.
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> Resolución directoral N° 045 -2019-GRC/HRC/DE del Plan de Satisfacción Usuario Externo del Hospital de Rehabilitación del Callao Resolución directoral N° 044 -2019-GRC/HRC/DE del Comité de Satisfacción Usuario Externo del Hospital de Rehabilitación del Callao <p>Directiva Administrativa N° 219 - MINSA/DGPN- V.01 Directiva Administrativa De Los Aspectos Metodológicos Para La Evaluación Del Cumplimiento De Las Metas Institucionales, Indicadores De Desempeño Y Compromisos De Mejora De Los Servicios Para La Entrega Económica Del Año 2016, Conforme A Lo Dispuesto En El Artículo 15 Del Decreto Legislativo N° 1153 .</p>			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
<u>Unidad de Gestión de la Calidad/jefe</u>			
1. Solicita total de atendidos para realizar la muestra.			
<u>Unidad de Tecnología , Información y Comunicaciones/jefe</u>			
2. Provee de lo solicitado			
<u>Unidad de Gestión de la Calidad/jefe</u>			
3. Realiza coordinaciones, capacitaciones al personal encuestador y comunica el inicio de la encuesta.			
<u>Unidad de Gestión de la Calidad/auxiliar administrativo</u>			
4. Realiza la digitación de las encuestas.			
<u>Unidad de Gestión de la Calidad/jefe</u>			
5. Realiza y envía informe de los resultados de la encuesta a Dirección.			
<u>Dirección Ejecutiva/Director</u>			
6. Envía el informe de encuestas de satisfacción del usuario externo a DIRESA			
FIN			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Aplicación de encuesta	Formatos de encuesta	anual	manual



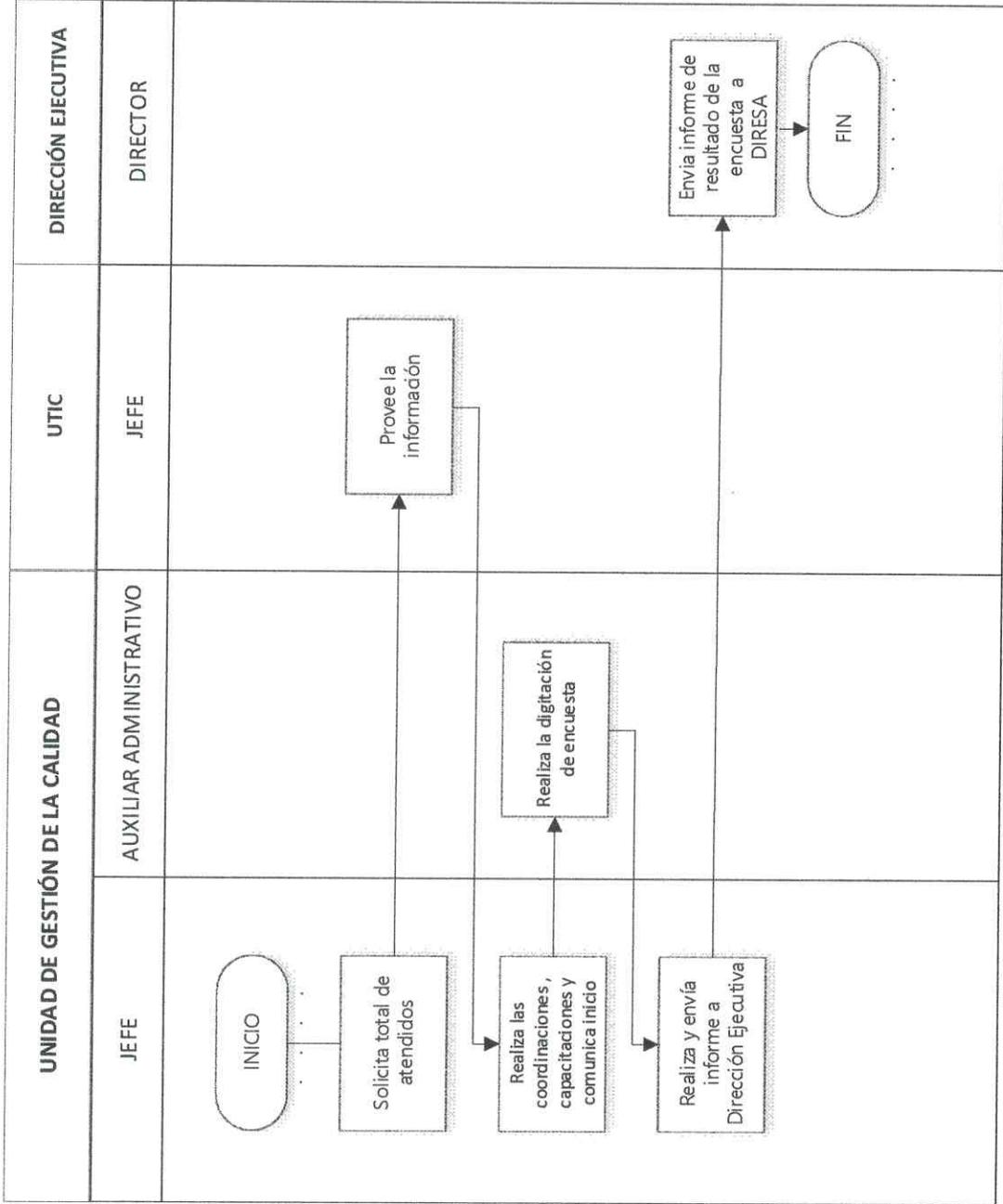


SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de encuestas	Informe de gestión de la Unidad de Gestión de la Calidad	anual	Física y / o virtual
DEFINICIONES	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos Tangibles. - Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la Institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipo, material de comunicación, limpieza y comunidad. Atención Intramural.- Es la atención por el profesional de salud según sus competencias en un establecimiento de salud. Capacidad de Respuesta. - Disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable. Evaluación. - Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden por una atención una organización de salud. Evaluación de la satisfacción del usuario externo. - Proceso referido a la valoración de la calidad de atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención. Encuestador y Moderador. - Es la persona que ha sido capacitada en la metodología o técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo, la cual debe poseer los siguientes atributos: capacidad en el tema a tratar, ser cordial y respetuoso, expresarse con claridad y ser tolerante. Empatía. - Es la capacidad que tiene una persona para poner en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro. Establecimientos de salud. - Entiéndase por establecimiento de salud aquello que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidos a mantener o restablecer el estado de la salud de las personas. Expectativa del usuario. - Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio. Fiabilidad. - Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido. Grupo Focal. - Es una técnica de investigación cualitativa que explora las actitudes, conductas y reacciones de un grupo social específico a un tema de interés. Satisfacción del Usuario Externo. - Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece. SERVQUAL. - Define la calidad del servicio como la brecha o diferencia (P menos E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos. La herramienta SERVQUAL (Quality Service) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con calidad del servicio que se brinda al usuario. Es una herramienta desarrollada A. Parasuraman y colaboradores, quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad de servicio. Seguridad. - Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza. Percepción del Usuario. - Como percibe el usuario que la organización cumple con la entrega del servicio de salud ofertado. Servicios Médicos de Apoyo. - Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con internamiento o sin internamiento, según corresponda, que brindan servicios 		



	<p>complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuario Externo. - Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.
REGISTROS	Formato de encuesta
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento de satisfacción del usuario externo







GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las Expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas							
02	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada							
03	E	Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS							
04	E	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes							
05	E	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico							
06	E	Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida							
07	E	Que la atención en el área de admisión sea rápida							
08	E	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto							
09	E	Que el establecimiento cuente con mecanismos para resolver cualquier problema que dificulte la atención de los usuarios							
10	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
11	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso							
12	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud							
13	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza							
14	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
17	E	Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud							
19	E	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que, el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes							
21	E	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes							
22	E	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							





GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

PERCEPCIONES								
En segundo lugar, califique las Percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P ¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
02	P ¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
03	P ¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
04	P ¿Cuando usted quiso presentar alguna o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
05	P ¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P ¿La atención en el área de caja/ fue rápida?							
07	P ¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
08	P ¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
09	P ¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	P ¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso?							
12	P ¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?							
14	P ¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P ¿El personal de caja/ le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	P ¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?							
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	P ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	P ¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	P ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							



	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO		UGC
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Pág. 23
	UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD		Ver. 1.0



PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION REHABILITACION DE LA SALUD.		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN CONSULTAS Y RECLAMOS AL USUARIO EN SALUD	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 04
PROPOSITO	Estandarizar los criterios y mecanismos de atención de las consultas y reclamos en el Hospital de Rehabilitación del Callao, a fin de brindar una respuesta oportuna y atención de calidad.		
ALCANCE	El Plan de la Calidad de Atención de Calidad en Salud será de aplicación en Consulta Externa de Medicina Especializada, Terapias, consulta de nutrición, psicología y Odontología.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N°26842.Ley General de Salud y sus modificatorias • Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud y su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°027-2015-SA. • Decreto Supremo N°006-2017-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444. • Resolución Ministerial N°186-2015-PCM, que aprueba el Manual para la mejora de la Atención a la Ciudadanía en las entidades de la Administración Pública. • Resolución Ministerial N° 667-2017/MINSA, Proyecto de Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas 		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Reclamos Presentados	Porcentaje	Libro de Reclamaciones	Unidad de Gestión de la Calidad
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N°002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades De Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas. 			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
Usuario			
1. El usuario presenta su reclamo a través de canales de atención del HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO			
Plataforma de Atención al Usuario en Salud/encargado			
2. Registrar reclamo			
3. Revisar y evaluar (Se procede a revisar y evaluar el reclamo y se verifica si es competencia del HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO			
Se identifican dos situaciones :			
NO:			
Notificación al usuario y su carta de respuesta			
Si:			
Se genera condiciones para atención a través de trato directo)			
4. Derivación del reclamo: Se dirige el Reclamo a la Unidad de Gestión de la Calidad del HRC			
5. Gestionar trato directo: Dadas las condiciones para el trato directo, se realizan gestiones dirigidas a resolver la atención del reclamo de manera inmediata y se registra en el LRS los hechos que sustentan la atención y solución del reclamo a través del trato directo.			
Usuario			
6. BRINDAR CONFORMIDAD DE ATENCION EN LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD: Usuario firma en el LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD en señal de conformidad con la atención de su reclamo			
Unidad de Gestión de la calidad/jefe			





- 7. Iniciar investigación: Inicie las investigaciones y diligencias, recopila pruebas documentales, testimoniales y/o auditorias de caso, de procesos, salud y médica para sustentar respuesta y atención a la solicitud del usuario y Deriva y solita descargos al área correspondiente mediante memorando

Oficinas , unidades, departamentos, servicios

- 8. Responden memorando con descargo correspondiente

Unidad de Gestión de la Calidad/Jefe

- 9. Recpciona descargo y Elaborar informe de investigación: Concluida la investigación, elabora el informe que atiende el reclamo y envía proyectado de carta de respuesta a Dirección Ejecutiva.

Dirección Ejecutiva/Director

- 10. notificar carta de respuesta al usuario: enviar carta de respuesta al usuario o tercero legitimado con la conclusión de su reclamo, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles de emitido el informe de resultado de reclamo, al domicilio consignado por este en el libro de reclamaciones en salud o a su dirección electrónica en caso de haberlo autorizado expresamente.

USUARIO

- 11. Recepcionar carta y firmar conformidad de recepción.

FIN

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Admisión	Libro de reclamaciones físico o virtual expediente ingresado por mesa de parte	Diaria	Físico o virtual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta del reclamo	Usuario reclamante institución solicitante	Según el plazo establecido	Físico/ virtual

DEFINICIONES

- Libro de Reclamaciones en Salud: Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, de acuerdo a la normativa vigente.
- Plataforma de atención al usuario: es el área encargada de la tramitación de los reclamos o consultas, así como informar sobre los procesos de atención asistencial y administrativo.
- Reclamo: Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud.
- Usuario: Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS.
- Para efectos del presente Reglamento, cuando se haga referencia al usuario se entiende al representante del mismo, conforme a lo establecido en el Código Civil y en el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Tercero: Es la persona natural o jurídica distinta del usuario o tercero legitimado. Comprende también a los medios de comunicación masiva.
- Tercero legitimado: Persona natural o jurídica que puede actuar en defensa de los intereses colectivos o difusos de los usuarios. En caso de intereses colectivos, se acredita un vínculo jurídico con los integrantes del colectivo determinado.
- Término de la distancia: Lapso de tiempo que se concede, cuando el lugar en que se ubica la IAFAS, IPRESS, UGIPRESS o SUSALUD ante la cual





HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



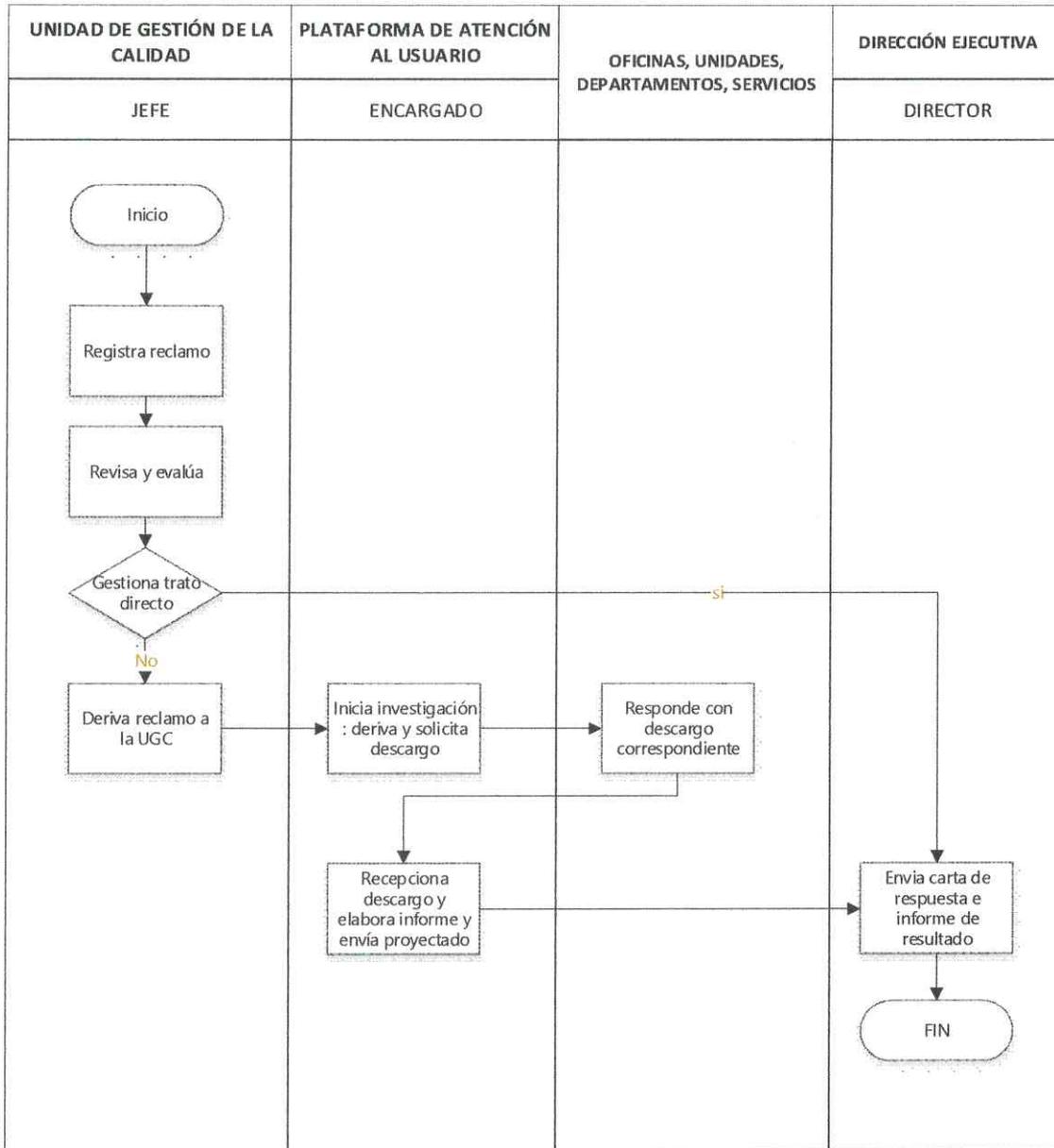
UGC

Pág. 25

Ver. 1.0

	<p>debe efectuarse el acto procedimental para la atención de reclamos y denuncias, es diferente de aquél donde domicilia el reclamante o denunciante y que se suma al plazo ordinario fijado en el presente Reglamento.</p> <ul style="list-style-type: none">• El término de la distancia se aplica conforme al Cuadro General de Términos de la Distancia del Poder Judicial.• Trato directo: Es la negociación directa entre la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS y los usuarios sin la intervención de un tercero, con la finalidad de resolver un conflicto que origina un reclamo o denuncia.
REGISTROS	Libro de Reclamaciones
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento Atención de consultas y reclamos







HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC
 Pág. 28
 Ver. 1.0



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO
 "AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"



Bellavista,

CARTA N° -2019-GRC/HRC/DE/UGC

Señor
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Presente.-

Referencia: Reclamo FLR N° XXX

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente y remitir adjunto a la presente el Informe de Resultado del Reclamo N° XXX-2019-GRC/HRC/DE/UGC, a través del cual, luego de realizadas las indagaciones correspondientes, se ha resuelto declarar fundado su reclamo.

De otro lado, expresaría las disculpas del caso en relación a alguna incomodidad causada en la atención del servicio solicitado en el Hospital de Rehabilitación del Callao.

Por último, de conformidad con lo dispuesto con el artículo N° 24 del Decreto Supremo N° 002-2018-SA¹, de no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD; o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje-CENOCAR de SUSALUD.

Sin otro particular me despido cordialmente y a siempre a su servicio.

Atentamente,

XXX/XXX/XXX
 L.C. Ardi...

¹ Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramientos (AFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), públicas, privadas o mixtas.

Jr. Miguel V. 300 Bellavista Callao
 Teléfono : 71185502
www.hrcallao.gob.pe



	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD		UGC
			Pág. 29
			Ver. 1.0

Informe del resultado de reclamo N°013-2019-GRC/HRC/DE/UGC

a) Canal de ingreso de reclamo:

Libro de Reclamaciones físico- Hoja de Reclamación en Salud N°000030 -2019

b) Identificación del usuario afectado y de quién presenta el reclamo:

XXXXXXXXXX XXXXXXXXX con DNI: XXXXXXXXX (Presenta el reclamo)

c) Descripción y causa de reclamo:

Refiere la usuaria que solicito una cita en el área de caja llegando a pagar por la misma el costo de diez (S/. 10.00) soles; el personal del área de caja manifiesta que el horario de atención es 1:30 a 4:00 pm. Sin embargo, el día de la cita en triaje le indicaron que la atención del médico empieza a partir de las 3:30 pm. Situación que le generó malestar e incomodidad ya que sería atendida de 6:00 a 7:00 pm motivo por el cual solicitó la devolución de su dinero.

d) Análisis de los hechos que sustentan el reclamo

El área de caja informó que el horario que consigna en los tickets de cita es horario referencial y solo figuran los días y turnos de los médicos mas no el horario de inicio de atención.

Finalmente lo solicitado por la usuaria, no es factible, por lo no se puede efectuar la devolución del dinero por que la rendición de cuenta es diaria y a su vez esta es depositada en el Banco.

e) Conclusiones:

Luego de los descargos correspondientes, se tiene que la usuaria se negó a ser atendida, pudiendo ser reprogramada su cita para otra fecha y hora; sin embargo ella solicitó la devolución del costo de su cita; por lo que su reclamo se declara **infundado**.

f) Medidas a adoptar o adoptadas:

Actualmente el área de caja ha solicitado que los horarios de los médicos se entreguen especificando el inicio de su atención a los usuarios, a fin de no crear malestar a los pacientes.

Sin otro particular me despido cordialmente y siempre a su servicio.

Atentamente,





HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC

Pág. 30

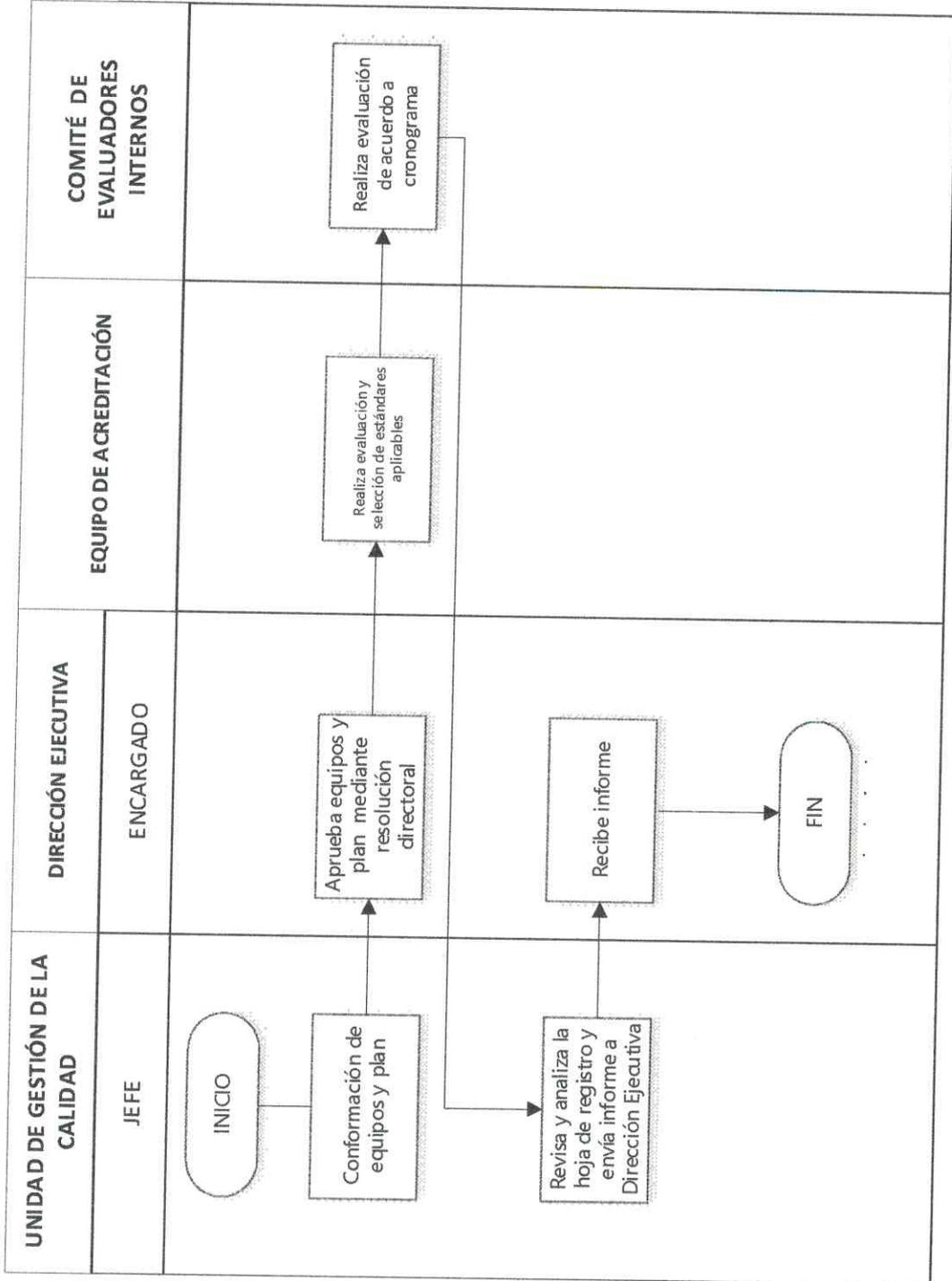
Ver. 1.0

PROCESO	PLANEAMIENTO		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	AUTOEVALUACIÓN	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 05
PROPOSITO	Conocer el nivel de cumplimiento de los criterios de acreditación de los procesos y macro procesos establecidos en el Hospital de rehabilitación del Callao de acuerdo al nivel establecido.		
ALCANCE	El alcance cubre todos los órganos funcionales del Hospital de Rehabilitación del Callao establecido por el plan que respalda su desarrollo		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> •Ley N° 26842, Ley General de Salud. •Ley N° 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. •Ley N° 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. •Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General. •R.M. N° 519-2006-SA/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. •R.M. N 456-2007-MINSA, Norma Técnica de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. •R.M. N° 270-2009/MINSA Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. •R.M. N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • R.M. N° 589-2007/MINSA. Plan Concertado en Salud. 		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Porcentaje de cumplimiento de estándares de macroprocesos	Porcentaje	Hoja de registro de datos de autoevaluación Informe de autoevaluación	Comité de Autoevaluación para la Acreditación y UGC
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Norma Técnica NTS-N° 050-MINSA/DGSP-V02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo 			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe			
1. Conformación del comité de autoevaluación y plan autoevaluación, conformación de equipos de evaluadores internos y acreditadores.			
Dirección Ejecutiva/director			
2. Emite y proporciona Resolución Directoral de la conformación del comité de acreditación , equipo de evaluadores internos			
Equipo de acreditación			
3. Realiza evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables al Hospital del Rehabilitación del Callao.			
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe			
4. Realiza capacitaciones a los evaluadores internos y jefes de servicio, entrega de cronograma de actividades de autoevaluación.			
5. Comunica a los jefes de las oficinas, unidades, departamentos, servicios mediante memorando la fecha de inicio de la autoevaluación			
Comité de evaluadores internos del HRC/miembros			
6. Realiza la evaluación de acuerdo a un cronograma y distribución de los macroprocesos. <ul style="list-style-type: none"> • Hace entrega de los registros de datos de autoevaluación, • Entrega informe a la Unidad de Gestión de la Calidad 			
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe			
7. Revisa y analiza la hoja de registro de datos de autoevaluación y hace llegar resultado al comité de acreditación y a las oficinas /unidades/departamentos/servicios correspondientes para el levantamiento de observaciones y la implantación de acciones o planes de mejora.			
8. Envía informe a la dirección ejecutiva			
Dirección Ejecutiva/director			
9. Recibe informe de la autoevaluación			



FIN			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Proceso de autoevaluación	plan anual de autoevaluación	anual	Mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
informe final de auto evaluación	Dirección Ejecutiva	Anual	Mecanizado
DEFINICIONES	<p>METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACION</p> <p>El equipo de evaluadores internos del Hospital de Rehabilitación utilizará diversas técnicas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Verificación de documentos •Observación directa de los procesos •Entrevistas •Encuestas •Auditorías de registros médicos. <p>La metodología de trabajo del día en el proceso de la ejecución de la autoevaluación será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Visita de las instalaciones por el equipo evaluador. •Despliegue de las técnicas de evaluación. <p>La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.</p> <ul style="list-style-type: none"> •La evaluación tendrá en cuenta: existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos del estándar. •El acto de evaluación se hará con la presencia y participación del personal asignado por la institución. •Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto con el resto de evaluadores internos. •El equipo de acreditación y el evaluador líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la autoevaluación. •Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del Informe preliminar estará a cargo de evaluar líder y equipo de acreditación. •La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos. •Finalmente, el Equipo de Acreditación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital de Rehabilitación del Callao 		
REGISTROS	Registro de datos de autoevaluación		
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento		







HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO



UGC

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

Pág. 33

Ver. 1.0

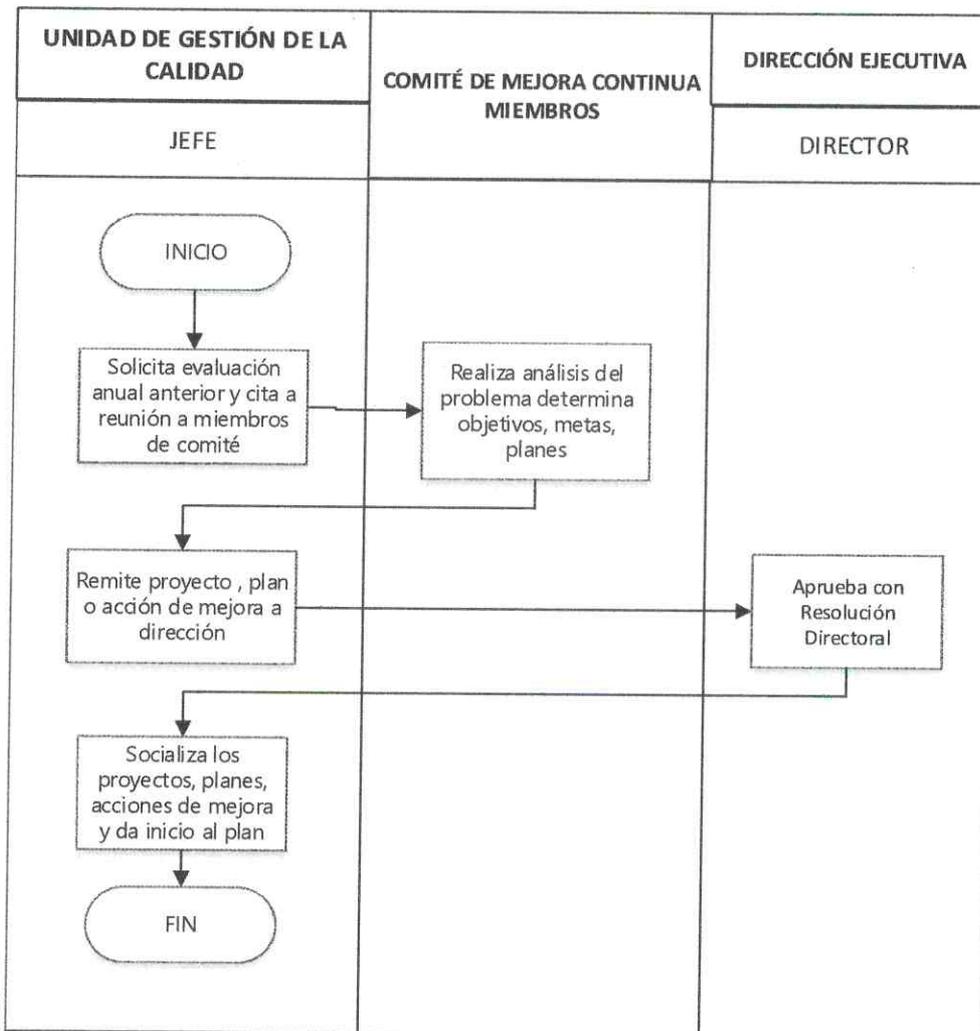
PROCESO	ORGANIZACIÓN		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Planes, acciones de mejora continua de la calidad	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 06
PROPOSITO	Detección de puntos críticos y alternativas de mejora sobre los procesos y procedimientos que generan insatisfacción de los usuarios, con el único propósito de seguir mejorando nuestra atención y la precepción de los usuarios externos e internos		
ALCANCE	Todas las oficinas, unidades, departamentos y servicios del Hospital del Rehabilitación del Callao.		
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 26842 – Ley General de Salud. • Ley N° 257815 ley de código de ética de la Función Publica • D.S. N° 013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • R.M. N°095-2012/MINSA – Aprueba la Guía Técnica: II Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad • R.M. N°519-2006/MINSA – Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • R.M. N°456-2007/MINSA–Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • R.M. N° 727-2009/MINSA – que aprueba documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. • Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. • Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. 		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de proyectos, planes acciones de mejora programado en determinado tiempo	Número	Plan de mejora Continua	Unidad de Gestión de la Calidad
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> • Norma Técnica NT N°029 –MINSA/DGSP- V.02 Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud. • 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". • Norma Técnica NTS-N° 050-MINSA/DGSP-V02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. 			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe			
1. Solicita evaluación anual anterior de todos los ejes estratégicos de calidad, cita a reunión a todos los integrantes del comité de mejora continua y al equipo de gestión de la calidad para proponer proyectos, planes, acciones de mejora, según las oportunidades de mejora encontradas			
Comité de Mejora continua/miembros			
2. Realiza análisis del problema identificado.			
3. Determina objetivos, metas, plan de acción y cronograma del proyecto.			
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe			
4. Remite el proyecto, plan o acción de mejora a la Dirección Ejecutiva para la aprobación con resolución directoral.			
Dirección Ejecutiva/ director			



5. Aprueba Con Resolución Directoral –R-D
Unidad de Gestión de la Calidad/jefe
6. Socializa los proyectos, planes, acciones de mejora y da inicio a la fase de ejecución.
- FIN**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Informe a dirección ejecutiva para aprobación de proyecto, plan.	Plan anual de autoevaluación	anual	Informatizado / mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe final	Dirección Ejecutiva	Anual	Informatizado / mecanizado
DEFINICIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso: El proceso implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento. • Proyecto de Mejora de la Calidad: Consiste en un problema u oportunidad de mejora que se define y para cuya resolución se establece una propuesta de intervención, debe contar con recursos y plazos de trabajo. • Responsabilidad compartida: El éxito de una organización compromete a todos los que la integran. Los trabajadores y particularmente los equipos de proyectos tienen un rol determinante para tal responsabilidad sea adecuadamente asumida. 		
REGISTROS			
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento		







HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO



UGC

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

Pág. 36

Ver. 1.0

PROCESO	PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Revisión de indicadores hospitalarios	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 07
PROPOSITO	Revisar y consolidar los informes de indicadores para monitoreo del desempeño hospitalario, para su posterior evaluación y remisión		
ALCANCE	A todos los Departamentos y Servicios Asistenciales del Hospital de Rehabilitación del Callao.		
MARCO LEGAL	Ley N° 26842 – Ley General del salud y sus modificatorias Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA		
INDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de informes revisados	Informe	Registro de Unidad de Tecnología, informática y comunicaciones (UTIC)	Unidad de Gestión de la Calidad
NORMAS			
Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente". Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA, que aprueban el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
<u>Unidad de Tecnología, informática y comunicaciones (UTIC)/Apoyo administrativo</u>			
1. Recopila la información necesaria para la elaboración del informe de los Indicadores Hospitalarios provenientes de los diferentes Servicios.			
<u>Unidad de Tecnología, informática y comunicaciones (UTIC)/técnico en estadística</u>			
2. Procesa la información recogida para la obtención los indicadores			
<u>Unidad de Tecnología, informática y comunicaciones (UTIC)/jefe</u>			
3. Elabora informe conteniendo los Indicadores Hospitalario ya calculados			
4. Remite memorando con la información a la Unidad de Gestión de la Calidad			
<u>Unidad de Gestión de la Calidad/ jefe</u>			
5. Realiza revisión de los indicadores, si encuentra errores en la formulación o expresión indica su corrección o modificación.			
6. Realiza consolidación de indicadores de los diferentes servicios			
7. Remite informe de Indicadores Hospitalario a Dirección Ejecutiva			
<u>Dirección Ejecutiva/ Director</u>			
8. Evalúa y verifica, da visto bueno si está conforme, de lo contrario indica ajustes			
FIN	ENTRADAS		





HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL CALLAO

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD



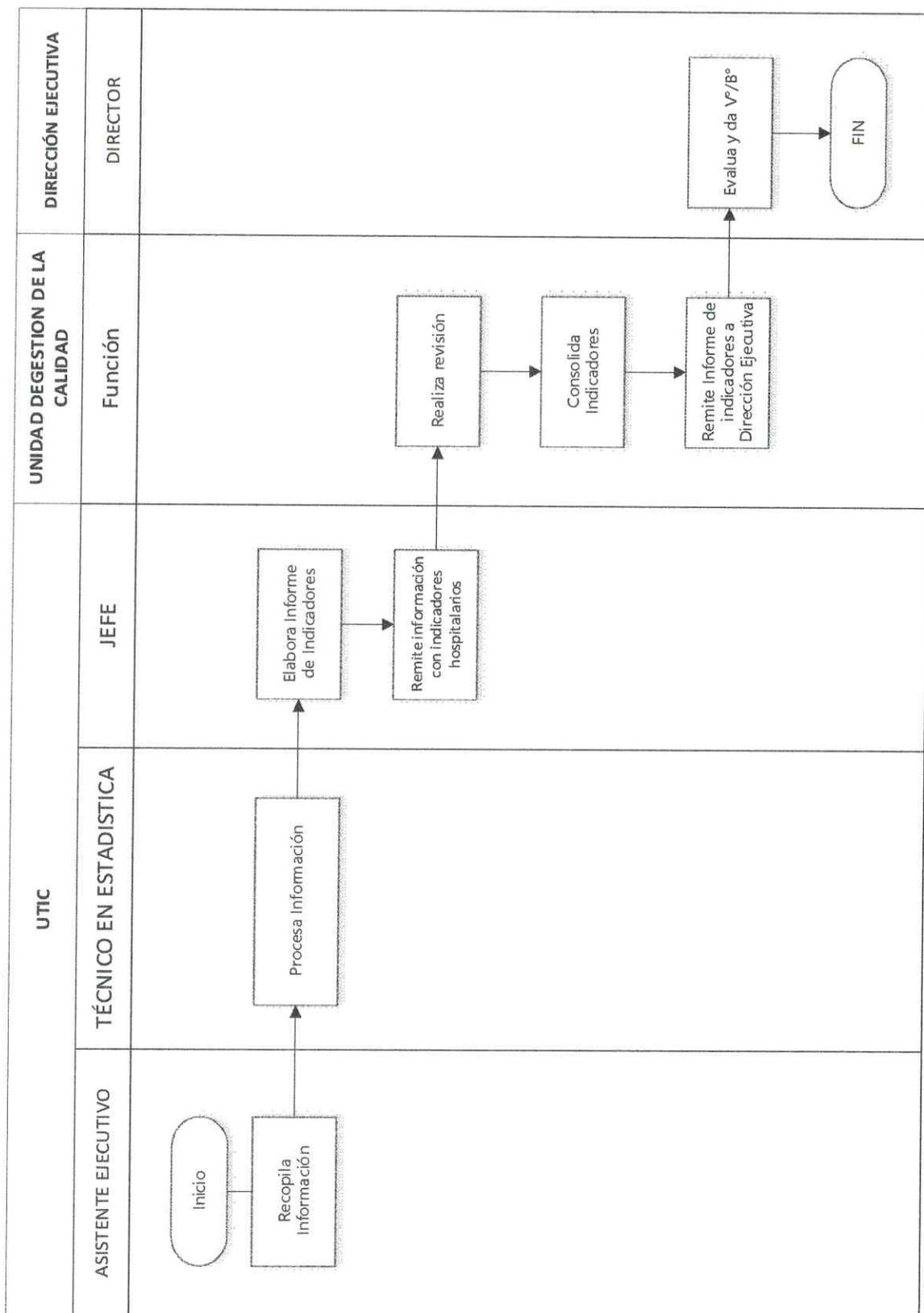
UGC

Pág. 37

Ver. 1.0

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Informe de indicadores por Servicios	Unidad de Tecnología, informática y comunicaciones	Mensual	Mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Consolidado de Indicadores Hospitalarios	Dirección Ejecutiva	Mensual	Mecanizado
DEFINICIONES	Indicadores Hospitalarios : Los indicadores son instrumentos de medida que pueden ser usadas para describir y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto, en el área específica de la salud, nos brindan información relativa a varios aspectos de la salud de la población		
REGISTROS	Registro de base de datos		
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento		





PROCESO	PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Ronda de seguridad	FECHA	Dic 2019
		CÓDIGO	UGC 08
PROPOSITO	Contribuir a la aplicación de las buenas prácticas de atención y fortalecer la cultura de seguridad del paciente a nivel institucional.		
ALCANCE	A los órganos y/o Unidades orgánicas del Hospital		
MARCO LEGAL	Ley N° 26842 – Ley General del salud y sus modificaciones Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA Resolución Directoral N° 046 -2018 –GRC-HRC-DE, que aprueba el manual de Organización y Funciones (MOF) de Hospital de Rehabilitación del Callao.		

INDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
(N° de rondas de seguridad del paciente ejecutadas / N° de rondas de seguridad programadas) *100	Porcentaje de rondas	Actas de rondas de seguridad	Unidad de Gestión de la Calidad

NORMAS

Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la Conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.

Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

Unidad de Gestión de la Calidad/ Jefe

1. Solicita al Comité de Seguridad del Paciente visitar el servicio a evaluar para realizar la ronda de seguridad.
2. Indica lo objetivos a lograr en el servicio a evaluar indicando a los responsables a realizar la acción.

Comités de Seguridad del Paciente / Miembros

3. Revisan lista de chequeo
4. Realizan aportes y opiniones según el listado de chequeo
5. Remite informe de los resultados obtenidos a la Unidad de Gestión de la Calidad

Unidad de Gestión de la Calidad/ Jefe

6. Recibe informe analiza y da visto bueno.
7. Remite a Dirección Ejecutiva el informe de la evaluación realizada.

Dirección Ejecutiva/Director

8. Recepciona informe

FIN

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Seguridad del Paciente	Comité de Seguridad del Paciente Unidad de Gestión de la Calidad	Mensual	Manual /impreso





SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe final	Dirección	Mensual	Manual /impreso
DEFINICIONES	<p>Seguridad del paciente: Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.</p> <p>Barrera de seguridad: son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.</p> <p>Complicación: resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.</p> <p>Rondas de Seguridad: Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o centro médico de apoyo (instituciones prestadoras de servicio de salud) para identificar prácticas seguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.</p> <p>Cultura de seguridad: Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencia y valores compartidos que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.</p> <p>Error: Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.</p> <p>Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión) ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.</p> <p>Infracción/incumplimiento: Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos</p> <p>Notificación: Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas</p> <p>Factores Contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).</p> <p>Infección asociada a la atención de salud, es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una</p>		



	admisión previa. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
REGISTROS	Lista de chequeo : ronda de seguridad del paciente
ANEXOS	Diagrama de flujo del procedimiento



