

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 24 ENE. 2019

VISTO:

El expediente N°19-001836-001-INSN-SB; sobre aprobación del Manual de Procedimientos "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.0'2", del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja; y,

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la NTS N°021/MINSA/DGSP.v.03 - Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", cuyos objetivos específicos es: a) definir las categorías de los establecimientos de salud y las características técnicas correspondientes, y b) contribuir con la organización de la oferta de servicios de salud en el sector salud;

Que, el literal c) del artículo 7° del Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras 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, aprobada mediante Decreto Supremo N° 030-2016-SA, establece que una de las obligaciones para las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS es contar con un Procedimiento que determine de manera clara el flujo de atención, los responsables y los plazos para atender las consultas y reclamos, el cual debe de encontrarse alienado a las disposiciones de la presente norma, y ser difundido al personal de la institución. En el caso de las IPRESS del Primer Nivel de Atención que dependan de una UGIPRESS, la elaboración y aprobación del procedimiento se encuentra a cargo de esta última;



Que, el numeral 5.2 del documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado mediante la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, define al Documento Normativo del Ministerio de Salud a todo aquel documento oficial que tiene por objetivo transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objetivo de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan, por lo que la Guía Técnica o Manual tiene como función regular procesos y/o procedimientos;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 245-MINSA/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos en el Ministerio de Salud", el cual tiene por finalidad implementar procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud - MINSA, bajo el enfoque de gestión por procesos con la finalidad que se brinde servicios en forma óptima y con calidad procurando atender oportunamente al ciudadano;

Que, el Manual de Procesos es un documento técnico de gestión que contiene la descripción de los procesos desde el nivel 0 desagregado hasta el último nivel, éste debe contener los Diagramas de Bloques, Fichas Técnicas de Procesos, Ficha Técnica de Indicadores y Ficha Técnica de Gestión de Riesgos en sus diferentes niveles, esto conforme lo establece el numeral 5.4.2 de la precitada Directiva;

Que, los literales a), b) y c) del numeral 5.4.3 de la referida Directiva, define al Manual de Procedimientos como el documento técnico de gestión que describe, instruye e informa en forma detallada las actividades que siguen en la ejecución de los procesos de último nivel (también llamados procedimientos), estos contienen las Fichas Técnicas de Procedimientos, así como los Diagramas de flujos. Asimismo, se sistematiza el conjunto de actividades ejecutadas para el cumplimiento de las funciones en todo órgano, programa o proyecto en concordancia con los dispositivos legales o administrativos vigentes y en el marco de los procesos organizacionales;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 088/2016/INSN-SB, se aprobó el Mapa de Procesos del INSN-SB, identificándose los procesos estratégicos, operativos y de soporte del Instituto, siendo un proceso estratégico el PE 02. Gestión de la Calidad, cuyo responsable es el Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 118/2017/INSN-SB, se aprobó el Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos - Proceso de Gestión de la Calidad- MGPP-GC-PE.02;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 121/2018/INSN-SB, se aprobó la Directiva Administrativa N° 001-INSN-SB/2018/UPP "Disposiciones para regular la Formulación, Aprobación y Difusión de Documentos Normativos Institucionales", en donde se establece la nueva estructura del Manual de Procedimientos, conforme lo aprobado en la Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA;

Que, mediante la Nota Informativa N° 0068-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad remite al Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, la propuesta del Manual de Procedimientos "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.02", del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, versión III, para su revisión y opinión, con el objeto de poder continuar con los trámites correspondientes para su aprobación mediante la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante el Informe N° 009-2019-UPP-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto informa a la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, sobre la propuesta del Manual de Procedimientos "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.02", del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, señalando que se ha procedido a revisar el referido Manual, el cual cumple con los requisitos establecidos en la Directiva Administrativa N° 001-INSN-SB/2018/UPP, por lo que recomienda se continúe con el trámite de aprobación de la referida



propuesta, elaborada por la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Informe Legal N° 019-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa de la Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, opina por la aprobación de la propuesta del Manual de Procedimientos "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.02", del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, el mismo que se encuentra enmarcado conforme a las normas de la materia, por lo que se recomienda proceder a su aprobación, mediante la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con la Ley N° 26842, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, con el Decreto Supremo N° 030-2016-SA con la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y su modificatoria, con la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA y en uso de las facultades otorgadas con la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** el Manual de Procedimientos denominado "Proceso de Gestión de la Calidad MPP-GC-PE.02", del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO 2°.- DEJAR** sin efecto la Resolución Directoral N° 118/2017/INSN-SB, de fecha 25 de agosto de 2017.

**ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la implementación del Manual aprobado por la presente Resolución.

**ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR** a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, la supervisión del cumplimiento del Manual aprobado por la presente resolución.

**ARTÍCULO 5°.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE;**

 Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
  
Dr. A. RICARDO ZOPPI RUBIO  
Director General (e)  
CMP. 8780 RNE. 2650

ARZR/JELC/dpm  
Distribución  
( ) Dirección Adjunta  
( ) Unidad de Gestión de la Calidad  
( ) Unidad de Asesoría Jurídica  
( ) Unidad de Tecnologías de la Información  
( ) Unidad de Planeamiento y Presupuesto  
( ) Archivo



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



# INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD MPP-GC-PE.02

| RUBRO       | A CARGO DE                                                    | VISTO BUENO |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| ELABORACIÓN | Unidad de Gestión de la Calidad                               |             |
| REVISIÓN    | Unidad de Planeamiento y Presupuesto<br><br>Asesoría Jurídica |             |
| APROBACIÓN  | Dirección General                                             |             |





CONTROL DE CAMBIOS

| Número de revisión | Fecha              | Nombre del Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Texto Modificado | Responsable                     |
|--------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| 0                  | Noviembre del 2015 | <p>Aprobación de la primera versión del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad con 4 procedimientos que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de quejas y reclamos</li> <li>• Atención de sugerencias</li> <li>• Elaboración, Aprobación, Difusión y Cumplimiento de Adherencia de Guía de Práctica Clínica y Guía de Procedimiento</li> <li>• Autoevaluación de Acreditación</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | Unidad de Gestión de la Calidad |
| 1                  | Agosto del 2017    | <p>Aprobación de la segunda versión del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad con 8 procedimientos que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y Aprobación de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento.</li> <li>• Aprobación del consentimiento informado específico.</li> <li>• Autoevaluación de Acreditación</li> <li>• Rondas de Seguridad.</li> <li>• Evaluación de cumplimiento Adherencia a las Guías de Práctica Clínica y/o Guías de Procedimientos</li> <li>• Atención de quejas y reclamos</li> <li>• Atención de sugerencias</li> <li>• Registro, estudio y prevención de los eventos adversos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | Unidad de Gestión de la Calidad |
| 2                  | Enero del 2019     | <p>Aprobación de la tercera versión del Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad, cambio de 7 procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación del Manual a nuestra estructura</li> <li>• Modificación del Indicador de proceso: N° de proyectos de mejora presentados a DG.</li> <li>• Adecuación procedimiento según normativa vigente sobre Consultas y Reclamos en el Libro de Reclamaciones en salud.</li> <li>• Modificación de procedimiento de Registro, implementación y Monitoreo de sugerencias.</li> <li>• Adecuación procedimiento a normativa vigente sobre Evaluación de Adherencia a las guías de prácticas clínica y/o guías de procedimientos</li> <li>• Inclusión de procedimiento de Auditoría de Calidad de Atención en Salud ( Auditoría del caso)</li> <li>• Inclusión de procedimiento de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</li> <li>• Inclusión de procedimiento de proyectos de mejora.</li> </ul> |                  | Unidad de Gestión de la Calidad |





|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SIGLAS Y DEFINICIONES .....                                                                           | 4  |
| INTRODUCCIÓN .....                                                                                    | 6  |
| CAPÍTULO I. OBJETIVO .....                                                                            | 7  |
| CAPÍTULO I. ALCANCE .....                                                                             | 7  |
| CAPÍTULO III. CONSIDERACIONES .....                                                                   | 7  |
| CAPÍTULO IV. BASE LEGAL.....                                                                          | 7  |
| CAPÍTULO V. DIAGRAMA DE BLOQUES.....                                                                  | 8  |
| CAPÍTULO VI. FICHA DEL PROCESO NIVEL 1 .....                                                          | 9  |
| CAPÍTULO VII. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS.....                                                       | 13 |
| CAPÍTULO VIII. FICHA DEL INDICADOR.....                                                               | 14 |
| CAPÍTULO XI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....                                                      | 16 |
| Elaboración y aprobación de las Guías De Práctica Clínica (GPC) y/o Guía De Procedimiento (GP).....   | 16 |
| Aprobación del Consentimiento Informado .....                                                         | 31 |
| Registro, estudio y prevención de eventos adversos .....                                              | 48 |
| Autoevaluación de Acreditación .....                                                                  | 54 |
| Rondas de Seguridad.....                                                                              | 58 |
| Evaluación de Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento . | 63 |
| Auditoría de calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) .....                                   | 68 |
| Auditoría de Calidad de atención en salud .....                                                       | 74 |
| Atención de Consultas y Reclamos.....                                                                 | 81 |
| Registro y monitoreo de la implementación de atención de quejas y sugerencias .....                   | 87 |
| Formulación y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua .....                                        | 91 |







## SIGLAS Y DEFINICIONES

1. **Acreditación:** Proceso de evaluación externo, basado en la comparación del desempeño del Establecimiento Prestador de Servicios de Salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención. La condición de acreditado se otorga según norma vigente.
2. **Autoevaluación:** Fase inicial del proceso de supervisión integral, en el cual el Equipo de Gestión seleccionado y capacitado, aplicara el instrumento del Listado de Estándares de Acreditación de manera objetiva, determinando el número de estándares y criterios alcanzados.
3. **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 a una organización de salud.
4. **Evento Adverso:** Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
5. **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
6. **Libro de Reclamaciones:** Documento de naturaleza física o virtual provisto por los proveedores en el cual los consumidores podrán registrar sus reclamos sobre los productos o servicios ofrecidos en un determinado establecimiento comercial abierto al público.
7. **Mejoramiento continuo de la calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
8. **PAUS:** Plataforma de Atención al Usuario en Salud
9. **Reclamo:** Manifestación verbal y escrita, efectuada ante la IAFA, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones, o coberturas solicitadas.
10. **Consulta:** solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a la IPRESS, a través de los canales puestos a disposición por esta, a fin de que emitan su pronunciamiento sobre las materias relacionadas a sus competencias. La atención de consultas no puede exceder del plazo máximo de cinco días hábiles, salvo los casos en que la normativa específica vigente prevea un plazo menor. El registro de consultas debe encontrarse a disposición de SUSALUD para el ejercicio de su acción de vigilancia.
11. **Ronda de Seguridad:** es una herramienta de calidad que permiten 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 servicio médico de apoyo, para identificar prácticas inseguras durante la atención en salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
12. **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.
13. **Seguridad del paciente:** reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente.
14. **Sistema de Gestión de la Calidad:** Está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión. El sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección





estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad.

15. **Auditoria de la calidad de la atención en salud:** Procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud.
16. **Auditoria de la calidad de la atención en salud ante un incidente - Auditoria de caso:** Procede cuando ocurre un incidente en un establecimiento de salud, o en un servicio médico de apoyo, independientemente de que genere o no un reclamo o denuncia del usuario o sus familiares, debe iniciarse una auditoría de caso, siempre como auditoría médica.
17. **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.
18. **Proyecto de Mejora:** Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.







## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja (**INSN- SB**) es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (**IPRESS**) de alta complejidad que atiende niños y adolescentes, referidos de otros Hospitales a nivel nacional, cuya función es brindar atención altamente especializada a los niños y adolescentes en los siguientes Ejes: Quemados, TPH, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía Neonatal – Pediátrica, Especialidades Quirúrgicas, Especialidades Pediátricas y Donación y Trasplante de Órganos Sólidos, teniendo como función el desarrollo de la investigación científica e innovación dentro de las especialidades que desarrolla y, a partir de ello, formular propuestas normativas para las Redes de Integradas de Salud a nivel Nacional.

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública establece los pilares y ejes que son los componentes de la gestión pública orientada a resultados, siendo un pilar la Gestión por Procesos, Simplificación Administrativa y Organización Institucional, para lo cual la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros, ha formulado "El Documento Orientador de la Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública, en el marco del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM", señalando las etapas y documentación necesaria para su implementación.

Esto motivó al INSN- SB, aprobar el Mapa de Procesos con Resolución Directoral N° 088/2016/INSN-SB/T, identificándose como un proceso estratégico el PE 02. Gestión de la Calidad, cuyo objetivo es garantizar la seguridad y satisfacción de los pacientes a través de la mejora continua institucional.

El presente Manual de Procedimientos en su tercera versión, tiene por objetivo estandarizar las actividades necesarias para el adecuado desempeño del Proceso PE 02. Gestión de la Calidad, que sirva como una herramienta para instruir al personal sobre las acciones en las que participa, alineados a satisfacer a nuestros pacientes.

Asimismo, es un documento técnico que contiene la descripción detallada de las acciones que se siguen en la ejecución de las actividades por una o más unidades orgánicas incluyendo además los cargos y los puestos de trabajo que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación.

El Manual contiene modelos de formatos, documentos e instrucciones para la automatización del flujo de información para el correcto uso del procedimiento.

Al aprobarse el Manual, será responsabilidad del(a) jefe(a) de la Unidad de Gestión de la Calidad, garantizar que el bien y servicio que genera este proceso sea ofrecido en las mejores condiciones al usuario, así como evaluar su desarrollo y sus propuestas de mejora.







## CAPÍTULO I. OBJETIVO

El presente manual tiene por objetivo:

- Estandarizar y establecer los procedimientos del proceso PE.02 Gestión de la Calidad.
- Designar a los responsables de la ejecución y monitoreo de desempeño de los procesos y procedimientos.

## CAPÍTULO I. ALCANCE

El Manual de Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad es de aplicación a todos los órganos y unidades orgánicas del INSN – San Borja.

## CAPÍTULO III. CONSIDERACIONES

1. El Sistema de Gestión de la Calidad es de aplicación a todos los Órganos y Unidades Orgánicas.
2. Anualmente se planificará las acciones necesarias para fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el INSN-SB.
3. Los procesos institucionales, se diseñan, implementan, y mejoran buscando la satisfacción y seguridad del paciente.
4. Anualmente se evaluará la satisfacción del usuario externo en las UPSS, del cual se identificará proyectos de mejora continua.
5. Todo evento que afecte la seguridad del paciente, deberá ser informado oportunamente a las instancias correspondientes, con el fin de determinar acciones preventivas y correctivas inmediatas.
6. El personal deberá garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad durante el desarrollo de sus actividades, disminuyendo posibles fallos, con el consiguiente aumento de la efectividad.
7. Ante una queja y reclamo, las Unidades Orgánicas deberá brindar la solución de manera oportuna, buscando la satisfacción de los usuarios externos.
8. Las Sub Unidades asistenciales deberán elaborar las Guías de Práctica Clínica y de Guías de Procedimientos de las 10 primeras causas de morbilidad según correspondan, siendo estos documentos elaborados por un grupo multidisciplinario de profesionales.
9. El Personal participará activamente de las actividades que permitan fortalecer las competencias y compromiso con la calidad.
10. Se evaluará de manera periódica el cumplimiento de los instrumentos de la gestión de la calidad, la misma que deberá ser implementada por el personal según corresponda la actividad a desempeñar.

## CAPÍTULO IV. BASE LEGAL

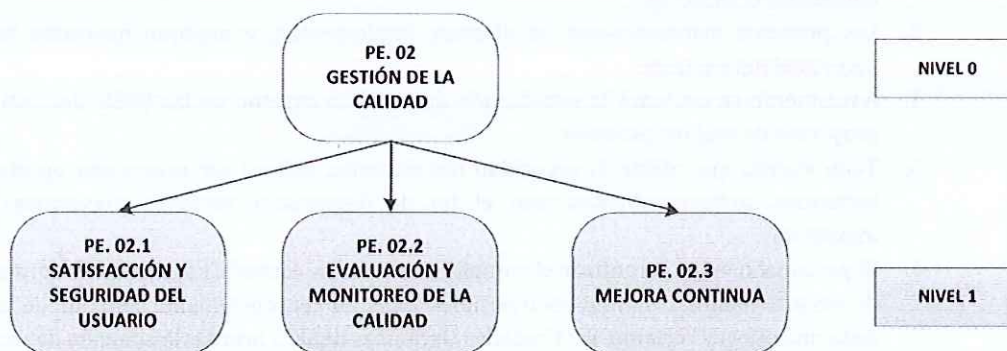
1. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
2. Ley General de Salud - Ley N° 26842, y sus modificatorias.
3. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo – D.S. N° 013-2006-SA.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
6. Decreto Legislativo N° 1158, Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
7. Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"- R.M. N° 546-2011/MINSA.





8. D. S. N° 027-2015-SA , “Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.”
9. D.S. N° 030-2016-SA, que aprueba el “Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas 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”
10. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Salud.
11. Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja y su modificatoria aprobada con Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB.

## CAPÍTULO V. DIAGRAMA DE BLOQUES







## CAPÍTULO VI. FICHA DEL PROCESO NIVEL 1

| FICHA DEL PROCESO NIVEL 1                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b> PE 02.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Objetivo</b>                                                                       | Garantizar un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de nuestros Usuarios Externos en relación a los servicios otorgados por el INSN San Borja.                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Descripción</b>                                                                    | Proceso orientado a formular mecanismos e instrumentos a fin de garantizar la satisfacción y seguridad del usuario durante su estancia en el INSN – SB.                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Alcance</b>                                                                        | Intervienen en el proceso todos los Órganos y Unidades Orgánicas.                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| Proveedor                                                                             | Entrada                                                                                                                                                                                                                                                  | Listado de procedimientos                                                                                                                                                                                                                                | Salida                                                                                                                                                               | Destinatario de los bienes y servicios                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Asistencial</li> <li>MINSA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de Elaboración de GPC o GP.</li> <li>Solicitud de elaboración de Consentimiento Informado por Procedimiento</li> <li>Reportes de Eventos Adversos (Físico, Telefónica) Vía</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y Aprobación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y/o Guía de Procedimiento</li> <li>Aprobación del Consentimiento Informado</li> <li>Registro, estudio y prevención de eventos adversos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>GPC y/o GP aprobada e implementada</li> <li>Consentimiento o Informado por Procedimiento aprobado</li> <li>Informe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Orgánicas</li> <li>MINSA</li> </ul> |
| <b>Indicadores</b>                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de guías aprobadas según 10 causas más frecuentes de morbilidad</li> </ul>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Registros</b>                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de control de Guías de Práctica Clínica (GPC) y/o Guía de Procedimiento</li> <li>Registro de consentimientos informados aprobados</li> <li>Registro, estudio y prevención de eventos adversos</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Elaborado por:</b>                                                                 | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Revisado por:</b>                                                                  | Unidad de Planeamiento y Presupuesto                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Aprobado por:</b>                                                                  | Dirección General                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |                                                                                     |

| FICHA DEL PROCESO NIVEL 1                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b> PE 02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Proceso orientado a monitorear, controlar y evaluar los indicadores de calidad conforme los estándares establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Alcance</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Intervienen en el proceso todos los Órganos y Unidades Orgánicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| Proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Entrada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Listado de procedimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Salida                                                                                                                                                                                                                                                                  | Destinatario de los bienes y servicios                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de Salud</li> <li>Oficina de Calidad</li> <li>Unidades orgánicas</li> <li>Usuarios</li> <li>Unidad de Gestión de la Calidad</li> <li>Comité de Seguridad del Paciente.</li> <li>Comité de Auditoria en Médica/ Comité de Auditoria en Salud</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de Autoevaluación</li> <li>Plan de Seguridad del Paciente</li> <li>Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento aprobada e implementada.</li> <li>Nota Informativa disponiendo realizar Auditoria de Caso.</li> <li>Nota Informativa disponiendo realizar Auditoria de Caso.</li> </ul>                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Autoevaluación de Acreditación</li> <li>Rondas de Seguridad.</li> <li>Evaluación de cumplimiento de Adherencias de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento</li> <li>Auditoría de calidad de atención en salud (Auditoría del caso)</li> <li>Auditoria de calidad de atención en salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de Autoevaluación con puntaje mayor a 85%</li> <li>Informe de Rondas de Seguridad del Paciente.</li> <li>Informe de Adherencia</li> <li>Informe de Auditoria de Caso.</li> <li>Informe de Auditoria en Salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio de Salud</li> <li>Unidades orgánicas</li> <li>Dirección General</li> <li>Jefes de Unidades y Sub Unidades de salud.</li> </ul> |
| <b>Indicadores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de satisfacción de usuarios interno y externo en relación a los servicios otorgados por la SGP.</li> <li>Nivel de satisfacción de usuarios externos en consultorios externos, emergencia y hospitalización.</li> <li>Porcentaje de acciones de mejora realizadas post ronda de seguridad</li> <li>Porcentaje de unidades que cumple criterios de auditoria</li> <li>Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Registros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo en relación a los Servicios Otorgados por la SGP.</li> <li>Encuesta SERVQUAL a los usuarios externos en consultorios externos, emergencia y</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |





|                       |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | hospitalización. <ul style="list-style-type: none"><li>• Registro de cumplimiento de criterios de acreditación</li><li>• Lista de verificación de cumplimiento de adherencia de guías</li></ul> |
| <b>Elaborado por:</b> | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                 |
| <b>Revisado por:</b>  | Unidad de Planeamiento y Presupuesto                                                                                                                                                            |
| <b>Aprobado por:</b>  | Dirección General                                                                                                                                                                               |





| FICHA DEL PROCESO NIVEL 1                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b> PE 02.3 Mejora Continua                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                              | Desarrollar acciones de mejora continua en busca de la satisfacción del usuario.                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Descripción</b>                                                                                                                                                                                           | Proceso orientado a identificar, diseñar, implementar y evaluar las acciones de mejora.                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Alcance</b>                                                                                                                                                                                               | Intervienen en el proceso todos los Órganos y Unidades Orgánicas.                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| Proveedor                                                                                                                                                                                                    | Entrada                                                                                                                                                         | Listado de procedimientos                                                                                                                                                                                                        | Salida                                                                                                                                                              | Destinatario de los bienes y servicios                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios</li> <li>• Terceros Legitimados</li> <li>• Trabajadores del INSNSB</li> <li>• Público en general</li> <li>• Unidades Orgánicas</li> <li>• MINSA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de Reclamaciones</li> <li>• Buzón de Quejas y Sugerencias</li> <li>• Proyecto de mejora</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de Consultas y Reclamos.</li> <li>• Registro, implementación y monitoreo de atención de Quejas y Sugerencias</li> <li>• Formulación de Proyectos de mejora Continua</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes, cartas o Correo de respuestas</li> <li>• Informes</li> <li>• Proyecto de mejora con opinión favorable</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios</li> <li>• Terceros Legitimados</li> <li>• Trabajadores del INSNSB</li> <li>• Público en general</li> <li>• Dirección General</li> <li>• Unidades orgánicas</li> </ul> |
| <b>Indicadores</b>                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de proyectos de mejoras presentados a la D.G para aprobación</li> <li>• Porcentaje de reclamos resueltos</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Registros</b>                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de reclamos</li> <li>• Libro de Reclamaciones</li> <li>• Formato de quejas y sugerencias</li> </ul>           |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Elaborado por:</b>                                                                                                                                                                                        | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Revisado por:</b>                                                                                                                                                                                         | Unidad de Planeamiento y Presupuesto                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Aprobado por:</b>                                                                                                                                                                                         | Dirección General                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                          |





## CAPÍTULO VII. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

| PROCESO<br>NIVEL 0                   | PROCESO<br>NIVEL 1                                    | PROCEDIMIENTO                                                                                          | CODIGO    |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PE.02<br>GESTION<br>DE LA<br>CALIDAD | PE 02.1<br>Satisfacción y<br>Seguridad del<br>Usuario | • Elaboración y Aprobación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y/o Guía de Procedimiento            | PE 02.1.1 |
|                                      |                                                       | • Aprobación del Consentimiento Informado Registro, estudio y prevención de eventos                    | PE 02.1.2 |
|                                      |                                                       | • Registro, estudio y prevención de eventos adversos                                                   | PE 02.1.3 |
|                                      | PE 02.2<br>Evaluación y<br>Monitoreo de<br>la Calidad | • Autoevaluación de Acreditación                                                                       | PE 02.2.1 |
|                                      |                                                       | • Rondas de Seguridad                                                                                  | PE 02.2.2 |
|                                      |                                                       | • Evaluación de cumplimiento de Adherencias de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento | PE 02.2.3 |
|                                      |                                                       | • Auditoría de calidad de atención en salud (Auditoría del caso)                                       | PE 02.2.4 |
|                                      |                                                       | • Auditoría de calidad de atención en salud.                                                           | PE 02.2.5 |
|                                      | PE 02.3 Mejora Continua                               | • Atención de Consultas y Reclamos                                                                     | PE 02.3.1 |
|                                      |                                                       | • Registro, implementación y monitoreo de atención de quejas y sugerencias                             | PE 02.3.2 |
|                                      |                                                       | • Formulación de Proyectos de mejora Continua                                                          | PE 02.3.3 |



## CAPÍTULO VIII. FICHA DEL INDICADOR

| FICHA DE INDICADOR DEL PROCESO |                                                                                                                                                |                  |            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| Nombre del Proceso             | Gestión de la Calidad                                                                                                                          |                  |            |
| Nombre del Indicador           | Porcentaje de satisfacción del usuario                                                                                                         |                  |            |
| Descripción del Indicador:     | Es el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida en consultorios externos, emergencia y hospitalización                       |                  |            |
| Objetivo del Indicador:        | Medir la satisfacción del usuario identificando cuales son las necesidades a considerar durante la atención del paciente.                      |                  |            |
| Fórmula /Cálculo               | Número de personas atendidas que indican estar satisfechos por la atención recibida *100/ Número de personas atendidas que se han entrevistado |                  |            |
| Fuente de Información          | Encuesta SERVQUAL a los usuarios externos en consultorios externos, emergencia y hospitalización.                                              |                  |            |
| Responsable de la Medición     | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                |                  |            |
| Periodicidad de Medición       | Anual                                                                                                                                          |                  |            |
| Tipo de Indicador              | Eficiencia                                                                                                                                     | Unidad de Medida | Porcentaje |
| Meta                           | 85%                                                                                                                                            | Alerta           | 75%        |
| Glosario                       |                                                                                                                                                |                  |            |





| FICHA DE INDICADOR DEL PROCESO |                                                                                                                                                                                 |                  |                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Nombre del proceso             | Gestión de la Calidad                                                                                                                                                           |                  |                     |
| Nombre del indicador           | N° de proyectos de mejoras presentados a la D.G para aprobación                                                                                                                 |                  |                     |
| Descripción del indicador      | Es el número de mejoras desarrolladas en proyectos utilizando herramientas y técnicas de calidad.                                                                               |                  |                     |
| Objetivo del indicador         | Medir el número de proyectos formulados por las unidades orgánicas y en proceso de aprobación                                                                                   |                  |                     |
| Fórmula de Cálculo             | N° de proyectos de mejora presentados a la Dirección General del INSN SB para aprobación                                                                                        |                  |                     |
| Fuente de información          | Informe de formulación de proyectos de mejora                                                                                                                                   |                  |                     |
| Responsable de la medición     | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                 |                  |                     |
| Periodicidad de la medición    | Anual                                                                                                                                                                           |                  |                     |
| Tipo de indicador              | Eficacia                                                                                                                                                                        | Unidad de medida | Número de proyectos |
| Meta                           | 1                                                                                                                                                                               | Alerta           | 0                   |
| Glosario                       | Proyecto de mejora. - Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad |                  |                     |





## CAPÍTULO XI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |        |                           | CODIGO                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------|---------------------------|-------------------------------|
| Elaboración y aprobación de las Guías De Práctica Clínica (GPC) y/o Guía De Procedimiento (GP) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |        |                           | PE 02.1.1                     |
| PROCESO                                                                                        | PE 02.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |        |                           |                               |
| OBJETIVO                                                                                       | Estandarizar los procesos de elaboración y aprobación de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |        |                           |                               |
| ALCANCE                                                                                        | A todas las unidades asistenciales y administrativas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |        |                           |                               |
| MARCO LEGAL                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 29571, Código de protección y defensa del consumidor</li><li>• Decreto Legislativo N° 1158, Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.</li><li>• R.M. N°302-2015/ MINSA, Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”.</li><li>• R.M. N°727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li><li>• R.M. N°519-2006/MINSA, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li></ul> |                                  |        |                           |                               |
| RESPONSABLE                                                                                    | Unidad de Gestión de la Calidad - UGC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |        |                           |                               |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |        |                           |                               |
| Nº                                                                                             | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTO<br>(de ser necesario)   | TIEMPO | EJECUTOR                  | ÓRGANO/<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                                                              | Identifica las patologías y los procedimientos según la cartera de servicios más frecuentes del año anterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Informe /<br>Nota<br>Informativa | 3 días | Responsable de la Unidad  | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/ UE      |
| 2                                                                                              | Prioriza la elaboración de las diez primeras causas de morbilidad y cinco de las más complejas y/o procedimientos asistenciales más frecuentes, así como las que requieren actualización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  | 3 días | Responsable de la Unidad  | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/ UE      |
| 3                                                                                              | Forman un Equipo Multidisciplinario de Profesionales expertos en el tema según corresponda la Guías de Práctica Clínica (GPC) o Guías de Procedimiento (GP) a desarrollar, los que contarán con la participación y asesoramiento de todos los actores involucrados, como: comité farmacoterapéutico, equipo de seguros, responsables de programas presupuestales y otros de ser necesario, asegurando que las guías desarrollen el diagnóstico, tratamiento de manera integral.                                                                                                                                                                           | Informe/<br>Nota<br>Informativa  | 7 días | Responsable de la Unidad  | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/ UE      |
| 4                                                                                              | Elabora el plan de trabajo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Plan de Trabajo                  | 7 días | Equipo Multidisciplinario | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/ UE      |





|    |                                                                                                                                                                                                                       |                                |         |                                                      |                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 5  | Recopila y analiza la información bibliográfica con el apoyo de la UDITD.                                                                                                                                             |                                | 15 días | Equipo Multidisciplinario                            | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 6  | Define si corresponde una Guía de Práctica Clínica nueva, adoptada o adaptada.                                                                                                                                        |                                | 7 días  | Equipo Multidisciplinario                            | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 7  | Elabora las Guías según estructura establecida por Norma Técnica, Acta de consenso y eleva Proyecto de GPC y/o GP para su revisión.                                                                                   | Proyecto de GPC ó GP           | 30 días | Equipo Multidisciplinario                            | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 8  | Revisa la Guía y con su visto bueno deriva a la Unidad de Atención Integral Especializada quien remite a la Unidad de Gestión de la Calidad en formato Word por correo electrónico y en físico.                       |                                | 5 días  | Jefe de la Sub Unidad y Unidad                       | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 9  | Revisa la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento de acuerdo a la metodología aprobada en la Norma Técnica de Salud vigente.                                                                                 |                                | 10 días | Médico Auditor/Especialista en Gestión de Salud I/II | UGC                             |
| 10 | Informa a la Jefatura de la Sub Unidad o Unidad Asistencial sobre las observaciones emitidas para la realización de las modificaciones correspondientes.                                                              |                                | 3 días  | Jefe de Unidad                                       | UGC                             |
| 11 | La Subunidad o Unidad responsable remite Guía con modificaciones solicitadas a la UGC.                                                                                                                                | Proyecto de GPC ó GP corregido | 7 días  | Jefe de la Sub Unidad y Unidad                       | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 12 | Remite a través de la Unidad de Atención Integral Especializada las correcciones solicitadas a la Unidad de Gestión de la Calidad para su validación.                                                                 |                                | 3 días  | Jefe de la Sub Unidad y Unidad                       | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 13 | Revisa la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento de acuerdo a la metodología aprobada en la Norma Técnica de Salud vigente y a las observaciones emitidas.                                                  |                                | 10 días | Médico Auditor/Especialista en Gestión de Salud I/II | UGC                             |
| 14 | Informa a la Jefatura de la Sub Unidad o Unidad Asistencial sobre la conformidad o nuevas observaciones emitidas para la realización de las modificaciones correspondientes o inicio de proceso de aprobación con RD. | Correo/Expediente              | 3 días  | Jefe de Unidad                                       | UGC                             |
| 15 | Recibe conformidad de la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento y deriva a Unidad de Gestión de Calidad, para iniciar el trámite de aprobación, con expediente iniciado en la Unidad.                       | Nota Informativa               | 10 días | Jefe de la Sub Unidad y Unidad                       | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/UE         |
| 17 | Unidad de Gestión de la Calidad deriva a Dirección General para su aprobación                                                                                                                                         | Expediente                     | 5 días  | Jefe Unidad                                          | Unidad de Gestión de la Calidad |





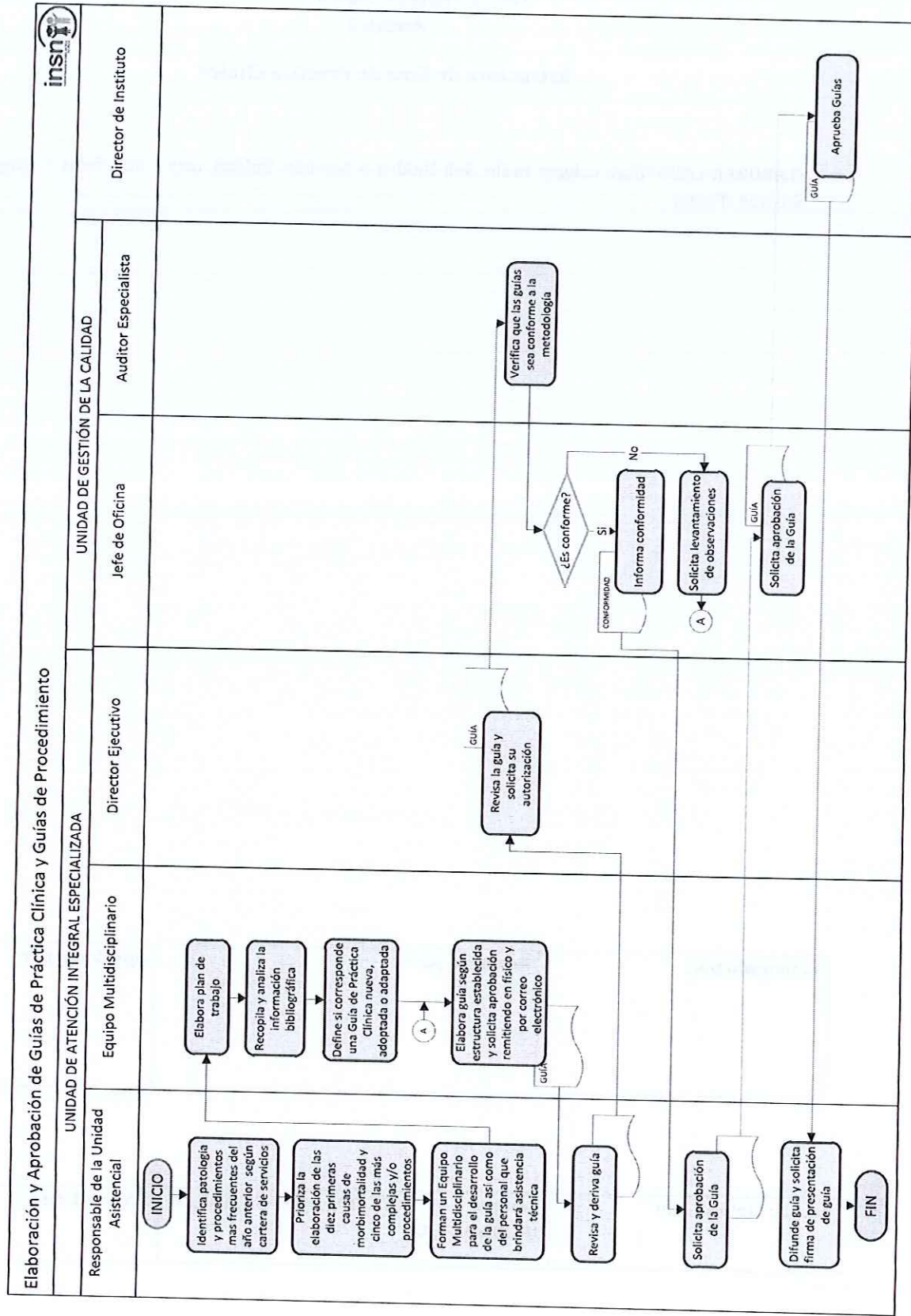
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                    |                                |                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 18                                                  | Dirección General revisa y dispone la aprobación de la Guía de Práctica Clínica/Procedimiento mediante Resolución Directoral                                                                                                                           | Guía de Práctica Clínica/Procedimiento aprobada | 15 días                            | Director                       | Dirección General             |
| 19                                                  | Difunde de la Guía a través de una presentación a los usuarios para lo cual hará firmar el listado de asistencia.                                                                                                                                      | Lista de Asistencia/Libro de Actas              | 5 días                             | Jefe de la Sub Unidad o Unidad | UAIE/USDXT/UDT/UDITD/ UE      |
| PROVEEDORES                                         |                                                                                                                                                                                                                                                        | ENTRADAS                                        | SALIDAS                            |                                | CLIENTES                      |
| Equipo Multidisciplinario de Profesionales Expertos |                                                                                                                                                                                                                                                        | Solicitud de Elaboración de GPC o GP.           | GPC y/o GP aprobada e implementada |                                | Personal de Salud del INSN SB |
| INDICADORES :                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>Nº de proyectos de GPC y/o GP presentadas a la UGC/ GPC y/o GP aprobadas</li><li>Nº de proyectos de GPC y/o GP presentadas a la UGC/ Nº de proyectos de GPC y/o GP que pasan primera revisión por UGC.</li></ul> |                                                 |                                    |                                |                               |
| REGISTROS :                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Base de Datos de la UGC</li><li>Hoja de Trámite Documentario</li><li>Correos de respuesta</li><li>Notas Informativas.</li><li>Libro de Actas.</li></ul>                                                          |                                                 |                                    |                                |                               |
| ANEXOS :                                            | <ol style="list-style-type: none"><li>Flujograma del Procedimiento</li><li>Estructura de la Guía de Práctica Clínica</li><li>Estructura de la Guía de Procedimiento</li></ol>                                                                          |                                                 |                                    |                                |                               |







Anexo 1





Guía de Práctica Clínica de.....

**Anexo 2**

**Estructura de Guía de Práctica Clínica**

ELABORAR CARÁTULA: colocar título, Sub Unidad o Servicio, Unidad, mes y año, fotos o imágenes alusivas al tema

|                |               |               |
|----------------|---------------|---------------|
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|                |               |               |

|                     |                                                 |               |
|---------------------|-------------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GPC-001/INSN-SB/SIGLAS<br>UNIDAD –V.0X | Página 1 de 6 |
|---------------------|-------------------------------------------------|---------------|







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica de.....

**Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de....****Índice**

|            |                                             |          |
|------------|---------------------------------------------|----------|
| <b>I</b>   | <b>Finalidad.....</b>                       | <b>4</b> |
| <b>II</b>  | <b>Objetivo.....</b>                        | <b>4</b> |
| <b>III</b> | <b>Ámbito de Aplicación.....</b>            | <b>4</b> |
| <b>IV</b>  | <b>Diagnóstico y Tratamiento de ..... 4</b> | <b>4</b> |
| 4.1.-      | Nombre y Código.....                        | 4        |
| <b>V</b>   | <b>Consideraciones Generales.....</b>       | <b>4</b> |
| 5.1        | Definición .....                            | 4        |
| 5.2        | Etiología.....                              | 4        |
| 5.3        | Fisiopatología.....                         | 4        |
| 5.4        | Aspectos Epidemiológicos.....               | 4        |
| 5.5        | Factores de Riesgo Asociado.....            | 4        |
| 5.5.1      | Medio Ambiente.....                         | 4        |
| 5.5.2      | Estilos de Vida.....                        | 4        |
| 5.5.3      | Factores hereditarios.....                  | 4        |

|                     |                                              |               |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GPC-001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X | Página 2 de 6 |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|





Guía de Práctica Clínica de.....

|                                                                   |          |
|-------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>VI Consideraciones Específicas.....</b>                        | <b>4</b> |
| 6.1 Cuadro Clínico .....                                          | 4        |
| 6.1.1 Signos y Sintomas.....                                      | 5        |
| 6.1.2 Interacción cronológica.....                                | 5        |
| 6.1.3 Gráficos diagramas o fotografías.....                       | 5        |
| 6.2 Diagnostico.....                                              | 5        |
| 6.2.1 Criterios de diagnostico.....                               | 5        |
| 6.2.2 Diagnostico diferencial.....                                | 5        |
| 6.3 Exmanes Auxiliares.....                                       | 5        |
| 6.3.1 De Patología clínica.....                                   | 5        |
| 6.3.2 De imágenes.....                                            | 5        |
| 6.3.3 De exámenes especiales complementarios.....                 | 5        |
| 6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva..... | 5        |
| 6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....                        | 5        |
| 6.4.2 Terapuetica.....                                            | 5        |
| 6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....         | 5        |
| 6.4.4 Signos de alarma.....                                       | 5        |
| 6.4.5 Criterios de Alta.....                                      | 5        |
| 6.4.6 Pronosticos.....                                            | 5        |
| 6.5 Complicaciones .....                                          | 6        |
| 6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....              | 6        |
| 6.7 Fluxograma.....                                               | 6        |
| <b>VII Anexos.....</b>                                            | <b>6</b> |
| <b>VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....</b>        | <b>6</b> |

|                     |                                              |               |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GPC-001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD –V.0X | Página 3 de 6 |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|





**I.-Finalidad****II.-Objetivo****III.-Ámbito de Aplicación****IV.-Diagnóstico y Tratamiento de....****4.1NOMBRE Y CODIGO****V.-Consideraciones Generales****5.1 DEFINICION****5.2 ETIOLOGÍA****5.3 FISIOPATOLOGÍA****5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS****5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO****5.5.1 Medio ambiente****5.5.2 Estilos de vida****5.5.3 Factores hereditarios****VI.-Consideraciones Específicas****6.1. CUADRO CLINICO**

Fecha : Mes del Año

Código : GPC-001/INSN-  
SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X

Página 4 de 6





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



#### 6.1.1. Signos y síntomas

.....

#### 6.1.2. Interacción cronológica

.....

#### 6.1.3. Gráficos diagramas o fotografías

.....

### 6.2. DIAGNOSTICO

#### 6.2.1. Criterios de diagnóstico

.....

#### 6.2.2. Diagnóstico diferencial

.....

### 6.3. EXAMENES AUXILIARES

.....

#### 6.3.1. De Patología clínica

.....

#### 6.3.2. De imágenes

.....

#### 6.3.3. De exámenes especiales complementarios

.....

### 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

.....

#### 6.4.1. Medidas generales y preventivas

.....

#### 6.4.2. Terapéutica

.....

#### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento

.....

#### 6.4.4. Signos de alarma

.....

#### 6.4.5. Criterios de Alta

.....

#### 6.4.6. Pronóstico

.....

|                     |                                              |               |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GPC-001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.OX | Página 5 de 6 |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|





**6.5. COMPLICACIONES****6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA****6.7. FLUXOGRAMA****VII.-Anexos**

Aquellos elementos que detallan aspectos que solo han sido citados en el texto de la GPC y que conviene que sean ampliados. Puede incluir Gráficos, flujogramas, tablas, etc.

**VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía**

Relación de citas bibliográficas que confirman y sustentan los conceptos y definiciones mencionados en el desarrollo de la GPC. Las citas que se consideren serán incluidas siguiendo las disposiciones internacionales sobre referencias bibliográficas.

|                     |                                              |               |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GPC-001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X | Página 6 de 6 |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------|



### Anexo 3

#### Estructura de Guía de Procedimiento

Elaborar Carátula: colocar título, Sub Unidad o Servicio, Unidad, mes y año, fotos o imágenes alusivas al tema

|                |               |               |
|----------------|---------------|---------------|
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|----------------|---------------|---------------|

|                     |                                               |               |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X | Página 1 de 5 |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|





**GUÍA DE PROCEDIMIENTO...**

|       |                                                                      |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------|----|
| I.    | Título.....                                                          | 28 |
| II.   | Finalidad.....                                                       | 28 |
| III.  | Objetivos.....                                                       | 28 |
|       | a. Objetivos Generales.....                                          | 28 |
|       | b. Objetivos Específicos .....                                       | 28 |
| IV.   | Ámbito de aplicación.....                                            | 28 |
| V.    | Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar y Código CPT ..... | 28 |
| VI.   | Consideraciones Generales.....                                       | 28 |
|       | a. Definiciones Operativas.....                                      | 28 |
|       | 1. Definición del Procedimiento .....                                | 28 |
|       | 2. Aspectos Epidemiológicos importantes .....                        | 28 |
|       | 3. Consentimiento Informado.....                                     | 28 |
|       | b. Conceptos Básicos .....                                           | 28 |
|       | c. Requerimientos Básicos .....                                      | 29 |
| VII.  | Consideraciones Específicas .....                                    | 29 |
|       | a. Descripción detallada del Proceso o Procedimiento: .....          | 29 |
|       | b. Indicaciones.....                                                 | 29 |
|       | 1. Indicaciones Absolutas.....                                       | 29 |
|       | 2. Indicaciones Relativas .....                                      | 29 |
|       | c. Riesgos o Complicaciones Frecuentes: .....                        | 29 |
|       | d. Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes: .....                   | 29 |
|       | e. Contraindicaciones .....                                          | 29 |
| VIII. | Recomendaciones.....                                                 | 29 |
| IX.   | Autores, Fecha y Lugar .....                                         | 29 |
| X.    | Anexos .....                                                         | 30 |
| XI.   | Bibliografía.....                                                    | 30 |

|                     |                                                |               |
|---------------------|------------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD - V.0X | Página 2 de 5 |
|---------------------|------------------------------------------------|---------------|





## GUÍA DE PROCEDIMIENTO...

### I. Título

Expresa de manera concreta el contenido de la Guía de Procedimiento

### II. Finalidad

Describe el efecto que se espera alcanzar con la aplicación de la Guía de Procedimiento.

### III. Objetivos

Describe los logros que se esperan alcanzar con la aprobación de la Guía de Procedimiento, se puede considerar:

#### a. Objetivos Generales

#### b. Objetivos Específicos

Los cuales deben de servir para orientar la medición y análisis de los resultados de su aplicación.

### IV. Ámbito de aplicación

Define los límites de aplicabilidad de la Guía de Procedimiento.

### V. Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar y Código CPT

Identifica con precisión el proceso o procedimiento a estandarizar.

### VI. Consideraciones Generales

Señala los aspectos que son necesarios precisar para un mejor entendimiento y aplicación de la Guía de Procedimiento, puede incluir entre otros:

#### a. Definiciones Operativas

1. Definición del Procedimiento
2. Aspectos Epidemiológicos importantes
3. Consentimiento Informado

Procedimiento que el médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes.

En los pacientes en situación de emergencia se aplicara conforme a la Ley.

#### b. Conceptos Básicos

|                     |                                               |               |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X | Página 3 de 5 |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|



**c. Requerimientos Básicos**

Equipos Biomédicos.  
Materiales Médicos no Fungibles.  
Materiales Médicos Fungibles.  
Medicamentos.

**VII. Consideraciones Específicas**

Señala los aspectos que, siendo particulares o singulares, pueden presentarse y deben ser considerados para asegurar el cumplimiento del objetivo de la Guía de Procedimiento, Incluye:

- a. **Descripción detallada del Proceso o Procedimiento:** Es la descripción sistemática de cada paso del proceso o procedimiento a estandarizar. Puede incluir Diagramas o Flujogramas del proceso o Procedimiento (Expresión gráfica del Proceso descrito con fines de una comprensión más fácil)
- b. **Indicaciones** Mencionar aquellos daños o situaciones clínicas en que se requiere realizar el procedimiento.
  1. **Indicaciones Absolutas**  
Aquellas situaciones clínicas donde la ejecución del procedimiento es mandatorio.
  2. **Indicaciones Relativas**  
Aquellas situaciones clínicas en el que la realización del procedimiento está condicionada a la valoración del paciente de manera individual y a los factores y riesgos que implican su ejecución.
- c. **Riesgos o Complicaciones Frecuentes:**
- d. **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:**
- e. **Contraindicaciones**  
Daños o situación clínica del paciente que no debe de efectuarse el procedimiento bajo ningún punto de vista.

**VIII. Recomendaciones**

Resaltan aspectos críticos necesarios para la adecuada aplicación y cumplimiento de la Guía de Procedimiento.

**IX. Autores, Fecha y Lugar**

Nombre del Ejecutor responsable  
Fecha, hora y Lugar del procedimiento  
Fecha de elaboración y vigencia del protocolo  
Lista de Autores y correos electrónicos

|                     |                                               |               |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| Fecha : Mes del Año | Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.OX | Página 4 de 5 |
|---------------------|-----------------------------------------------|---------------|



**X. Anexos**

Elementos que detallan aspectos que solo han sido citados en el texto de la Guía de Procedimiento y que conviene que sean ampliados. Puede incluir: Gráficos, Flujogramas, Tablas, entre otros.

**XI. Bibliografía**

Relación de referencias bibliográficas actualizadas que confirman y sustentan los conceptos y definiciones mencionados en el desarrollo de la Guía de Procedimiento. Las citas que se consideren serán incluidas siguiendo las disposiciones internacionales sobre referencias bibliográficas.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                                                            | CODIGO                         |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Aprobación del Consentimiento Informado |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                                                            | PE 02.1.2                      |
| PROCESO                                 | PE 02.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                                                            |                                |
| OBJETIVO                                | Contar con una herramienta para brindar explicación al tutor del paciente y al paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                                                            |                                |
| ALCANCE                                 | Unidades y Sub Unidades Asistenciales del INSN SB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                                                            |                                |
| MARCO LEGAL                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li><li>• Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li><li>• D.S. N°027-2017-SA, Reglamento de la Ley 29414.</li><li>• R.M. N° 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</li><li>• R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li><li>• R.M. N° 519-2006/MINSA, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li></ul> |                                            |        |                                                            |                                |
| RESPONSABLE                             | Unidad de Gestión de la Calidad – UGC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |        |                                                            |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                                                            |                                |
| Nº                                      | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRODUCTO<br>(de ser necesario)             | TIEMPO | EJECUTOR                                                   | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                       | Solicita a las Jefaturas de Subunidades en conjunto con representantes de las diferentes especialidades formen equipo de trabajo de profesionales expertos en el tema según corresponda, para la elaboración de los consentimientos informados por cada cirugía /procedimiento, de acuerdo a la estructura de la Norma Técnica                                                                                                                                                                                                                     | Equipo de trabajo                          | 2 días | Director Ejecutivo de la Unidad / Jefaturas de Subunidades | Unidad / Subunidades           |
| 2                                       | Elabora y remite la propuesta de consentimiento informado al Jefe de Sub Unidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Propuesta Formato Consentimiento Informado | 5 días | Equipo de Trabajo                                          | Subunidades                    |
| 3                                       | Revisa y remite al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) para su revisión de acuerdo al marco legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            | 2 días | Director Ejecutivo                                         | UAIE                           |
| 4                                       | Verifica si los consentimientos informados se ajustan al marco legal vigente, y remite a través del Jefe de la UGC, a los Jefes de Unidades para realizar correcciones de no estar conforme.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Propuesta Formato Consentimiento Informado | 5 días | Especialista en Gestión de la Calidad                      | UGC                            |
| 5                                       | Al culminar la corrección de los consentimientos informados remite a la UGC para su validación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            | 5 días | Jefaturas de Unidad/ Subunidades                           | Unidad/ Subunidades            |

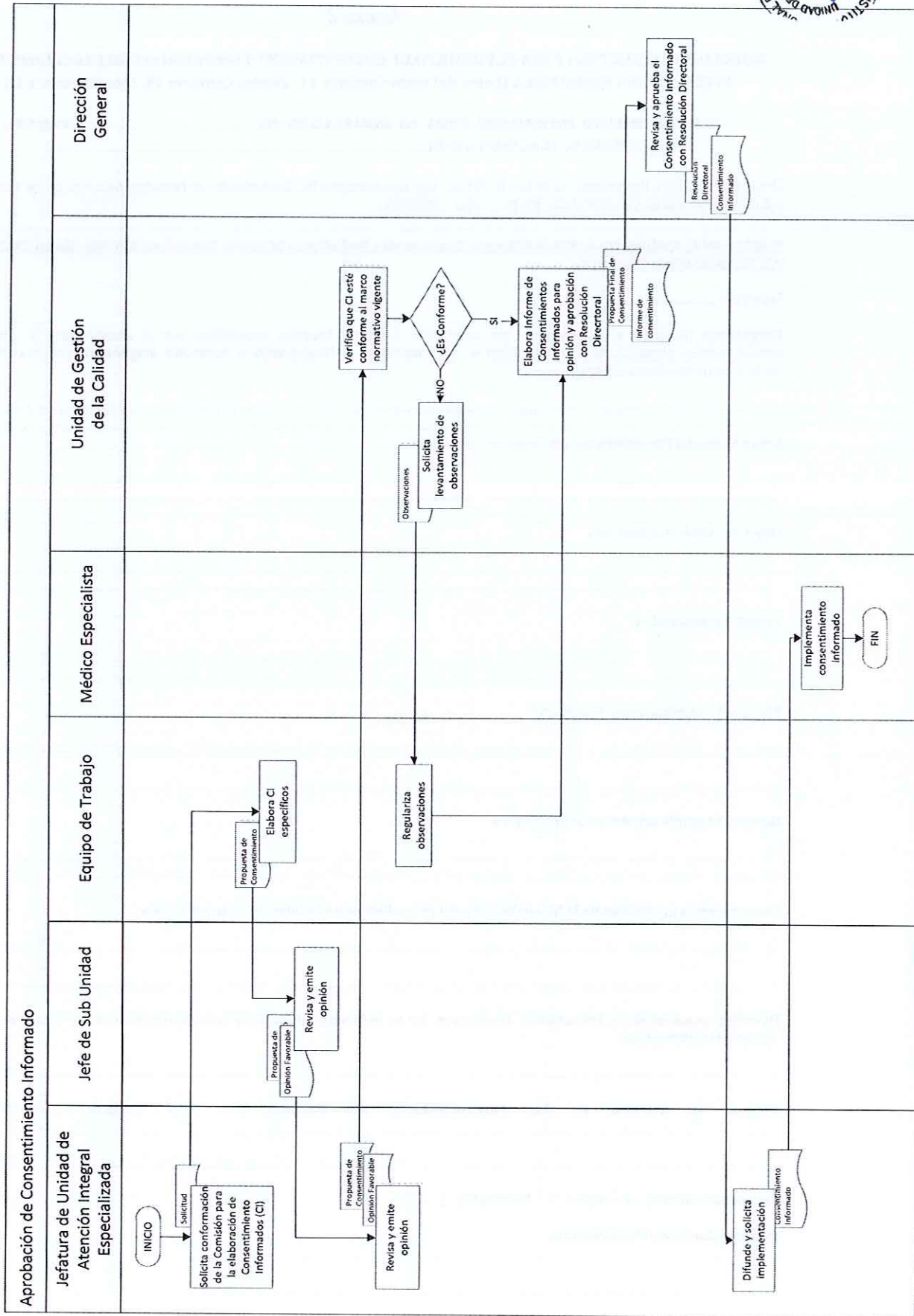




|                    |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                  |                     |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| 6                  | Remite informe a la Dirección General de los Consentimientos Informados.                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 días                                              | Jefatura UGC                     | UGC                 |
| 7                  | Revisa y aprueba mediante Resolución Directoral.                                                                                                                 | Consentimiento Informado aprobado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 7 días                                              | Dirección General                | Dirección General   |
| 8                  | Remite la Resolución Directoral a las Direcciones de Línea para difusión y cumplimiento a través de sus Jefaturas de Sub Unidades y Unidades.                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3 días                                              | Dirección General                | Dirección General   |
| 9                  | Difusión y cumplimiento a través de Jefaturas de Unidades y Sub Unidades, quienes serán los encargados de hacer la implementación a los servicios asistenciales. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Permanente                                          | Jefaturas de Unidad/ Subunidades | Unidad/ Subunidades |
| PROVEEDORES        |                                                                                                                                                                  | ENTRADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SALIDAS                                             |                                  | CLIENTES            |
| Unidad Asistencial |                                                                                                                                                                  | Solicitud de elaboración de Consentimiento Informado por Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Consentimiento Informado por Procedimiento aprobado |                                  | Unidad y Sub Unidad |
| INDICADORES :      |                                                                                                                                                                  | Porcentaje de cirugías/procedimientos con consentimiento informado aprobado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                  |                     |
| REGISTROS :        |                                                                                                                                                                  | Lista de Chequeo de Consentimiento Informado según formato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                  |                     |
| ANEXOS :           |                                                                                                                                                                  | 1. Flujograma del Procedimiento (Aprobación del Consentimiento Informado)<br>2. Modelo de Estructura para el Formato de Consentimiento Informado por Procedimiento / Intervención Quirúrgica<br>3. Instructivo para la Correcta Redacción del Formato de Consentimiento Informado por Procedimiento y/o Intervención Quirúrgica<br>4. Instructivo para la Elaboración y Obtención del Consentimiento Informado para procedimientos o Intervenciones Médicas y/o Quirúrgicas |                                                     |                                  |                     |



# Anexo 1





## Anexo 2

### MODELO DE ESTRUCTURA PARA EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PROCEDIMIENTO / INTERVENCION QUIRÚRGICA (Letra del texto Cambria 11, Títulos Cambria 14, interlineado 1.15 )

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ..... PARA EL TRATAMIENTO/ DIAGNOSTICO DE .....

(DS.Nº027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N°26842 .RD N°...../20..../INSNSB )

**Nombre del Procedimiento de Diagnóstico y/o Tratamiento: Radiológico Invasivo, Procedimiento Anestésico, Tratamiento y/o Procedimiento Quirúrgico.**

Servicio : .....

**Diagnóstico** (describir el diagnóstico a ser tratado en Términos Sencillos entendibles por el usuario, para el caso de los procedimientos diagnósticos y anestesiológicos, sólo nombrar el Diagnóstico o sospecha diagnóstica por el cual se está realizando dicho procedimiento).

.....  
.....  
**Descripción del Procedimiento (en Términos Sencillos)**

.....  
.....

**Objetivos del Procedimiento**

.....  
.....

**Beneficios Esperados**

.....  
.....

**Riesgos ó Complicaciones Frecuentes**

.....  
.....

**Riesgos ó Complicaciones poco Frecuentes**

.....  
.....

**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

.....  
.....

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo** (si no hubiera posibilidad de Tratamiento Alternativo, consignar: No Hay Tratamiento Alternativo).

.....

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente :** (por ejemplo: comorbilidades)

.....  
.....

**Pronóstico :** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones**

..... :

.....







### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

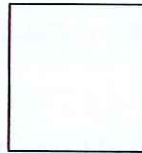
**Declaro :**

Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de: **(Procedimiento /Cirugía)** \_\_\_\_\_ sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para (Procedimiento /Cirugía) .....**

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella Digital

**Firma del Representante Legal**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico Responsable**

**CMP N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella Digital

**Firma del Representante Legal**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico Responsable**

**CMP N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_



## Anexo 3

**INSTRUCTIVO PARA LA CORRECTA REDACCIÓN DEL FORMATO DE****CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA****1. Consentimiento Informado para la Realización de**

Colocar el nombre del procedimiento y/o Intervención quirúrgica para la cual será aplicado dicho Consentimiento Informado.

**2. Para el tratamiento / diagnóstico de**

Colocar el nombre de la patología a tratarse con dicho procedimiento y/o Intervención quirúrgica.

**3. Nombre del Procedimiento de Diagnóstico y/o Tratamiento**

Colocar el nombre del procedimiento para Diagnóstico y/ tratamiento a realizarse (Radiológico Invasivo, de Tratamiento y/o Intervención Quirúrgica)

**4. Servicio**

Colocar el nombre de la Sub unidad y Servicio que realizará el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica

**5. Descripción del Diagnóstico**

Describir en términos sencillos y concretos el(los) Diagnóstico(s) por el cual se realizará el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica, para el caso de procedimientos diagnósticos o anestesiológicos, sólo nombrar el Diagnóstico o sospecha diagnósticos por el cual se realizará dicho procedimiento.

**6. Descripción del Procedimiento**

Describir en términos sencillos y concretos en que consiste el procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizarse

**7. Objetivos**

Referir los objetivos que se esperan alcanzar con el procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizarse en el paciente.

**8. Beneficios Esperados**

Referir los beneficios para el paciente que se esperan alcanzar con la realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica descrita.

**9. Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Describir de manera clara y sencilla los Riesgos o complicaciones habituales del procedimiento y/o intervención quirúrgica planteada, así como el tratamiento a realizarse ante la presencia de éstos.

**10. Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Describir de manera clara y sencilla los Riesgos o complicaciones inusuales que podrían presentarse ante la realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica planteada, así como el tratamiento a realizarse ante la presencia de éstos.





**11. Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o Intervención quirúrgica**

Relatar en forma clara y sencilla las consecuencias de la NO REALIZACIÓN del procedimiento y/o intervención quirúrgica.

**12. Describir posibilidad de tratamiento alternativo**

De existir, describir tratamiento alternativo para el procedimiento y/o Intervención quirúrgica planteada, señalando además los beneficios, complicaciones y consecuencias de la aplicación de dicha terapia alternativa.

Si no hubiera posibilidad de Tratamiento Alternativo, consignar: No Hay Tratamiento Alternativo.

**13. Riesgos en función de las Particularidades del paciente**

Describir los riesgos del procedimiento y/o Intervención quirúrgica relacionados a las características propias del paciente (por ejemplo: comorbilidades, cirugías previas, entre otros.)

**14. Pronóstico**

Marcar con un aspa el pronóstico esperado (Bueno o Malo) para el Procedimiento y/o Intervención Quirúrgica a realizarse.

**15. Recomendaciones**

Describir las recomendaciones a tener con el paciente previo y posterior al Procedimiento y/o Intervención Quirúrgica a realizarse.

**16. Lugar y Fecha**

Completar el lugar y Fecha (Día, Mes y año) en el que se realizó la explicación del Procedimiento y/o Intervención quirúrgica a la Madre, Padre y/o Representante Legal del paciente.

**17. Firma y N° de DNI del Padre, Madre y/o Representante Legal del paciente**

Consignar firma y número de Documento Nacional de Identidad (DNI) del Padre, Madre y/o Representante Legal del paciente, además de huella digital del mismo.

**18. Firma y Sello del Médico Responsable**

Consignar sello y firma del médico responsable de brindar la información al Padre, Madre y/o Representante Legal del paciente así como registros N° de Colegiatura (CMP) y N° Registro Nacional de Especialidad (RNE).

**19. En Revocatoria:**

**Firma y N° de DNI del Padre, Madre y/o Representante Legal del paciente**

Consignar firma y número de Documento Nacional de Identidad (DNI) del Padre, Madre y/o Representante Legal del paciente, además de huella digital del mismo.

**Firma y Sello del Médico Responsable**

De no encontrarse el médico responsable, debe asumir la responsabilidad el Médico Jefe de Servicio o quien haga sus veces y en su ausencia el Jefe de Guardia, explicando al Padre, Madre o Representante Legal, las consecuencias de la Revocatoria a la realización del procedimiento o intervención quirúrgica necesaria para el paciente.

## Anexo 4

**"INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION Y OBTENCION DEL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS O  
INTERVENCIONES MÉDICAS Y/O QUIRURGICAS "**

**I. FINALIDAD**

Estandarizar el proceso de Obtención del Consentimiento Informado en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, a fin de que se considere válidamente emitido, cumpliendo la normatividad vigente.

**II. OBJETIVOS**

Estandarizar el procedimiento de obtención del consentimiento informado, en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, que realicen procedimientos o intervenciones que podrían afectar la integridad del paciente.

Estandarizar la estructura básica del Consentimiento Informado, de los procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental o quirúrgico, para que se realice siguiendo los criterios establecidos en la normativa vigente.

Orientar al correcto llenado del Formato de Consentimiento Informado, durante el proceso de atención de salud a los pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La Guía Técnica "Procedimiento para la Obtención del Consentimiento Informado", se aplica en todos los servicios médicos del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja que realicen procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o intervenciones quirúrgicas que podrían afectar la integridad del paciente, y que de acuerdo a la Normatividad Vigente deben tener un Consentimiento Informado previo.

**IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

Obtención del Consentimiento Informado.

**V. BASE LEGAL**

1. Ley General de Salud. Ley N° 26842.
2. Ley 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
3. Decreto Supremo N°027-2015-SA.Reglamento de la Ley N°29414.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
6. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 " Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica "
7. Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA que modifica la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02, incorporando texto a los formatos de Consentimiento Informado y Retiro Voluntario "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Epicrisis, Informe de Alta y Consentimiento Informado"

**VI. CONSIDERACIONES GENERALES**

El presente documento establece el procedimiento y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el Consentimiento Informado se considere válidamente emitido.





### Marco Normativo y Legal :

- La **Ley General de Salud** en su Título I, Artículo 4° dispone que "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a hacerlo. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso".

En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren el artículo 43 ° y el numeral 1 del Artículo 44° del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente ( Fiscalía de Turno ) para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos.

El artículo 15° de la Ley General de Salud fué modificado por la Ley N°29414, y menciona en el inciso 15.4: Toda persona tiene derecho a "Otorgar su Consentimiento Informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de su salud".

El artículo 27° dice "Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado".

El artículo 40°, que corresponde al Capítulo II De los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, indica lo siguiente "Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona legalmente a hacerlo,..."

- En el **Reglamento de La Ley N°29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud**, en su artículo 24° detalla que "Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital de manera informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud".

El médico tratante es el responsable de llevar a cabo el proceso del consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del tutor o representante legal del paciente.

Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que evidencie el proceso de Información y decisión, el cual forma parte de la Historia clínica de la persona usuaria, siendo responsabilidad del Instituto su gestión, custodia y archivo correspondiente. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad.

### Marco Ético

En la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO** firmada el 19 de octubre de 2005, se establece como uno de los principios bioéticos a respetar: "Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno". (Artículo 6°-Consentimiento).

El **Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú** en su artículo 55° establece que "En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comunique en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, al relación beneficio/riesgo y beneficio/costo.





## **VII. DEFINICIONES:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios. Por lo tanto, sólo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERENCIADO**

Es el Formato de Consentimiento Informado que elabora cada Especialidad Médico Quirúrgica, para los Procedimientos o Intervenciones Quirúrgicas más frecuentes o de mayor riesgo para el paciente, las cuales deben ser determinadas por cada Subunidad en consenso.

### **CARACTERÍSTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para que el Consentimiento Informado, se considere válidamente emitido debe ser:

#### **1. VOLUNTARIO.**

El paciente debe decidir someterse libre y voluntariamente, sin que haya persuasión, manipulación o coerción. El carácter voluntario no se cumple cuando es obtenido por personas en posición de autoridad o cuando no se le brinda al paciente o responsable legal, el tiempo suficiente para reflexionar y decidir.

#### **2. INFORMADO**

El Consentimiento Informado debe cumplir el proceso de explicación que realiza el médico tratante al paciente y/o tutor legal, dicha información debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o prueba diagnóstica, su procedimiento, sus beneficios y riesgos potenciales; así como la posibilidad de rechazarlo en cualquier momento, sin perjuicio alguno.

#### **3. COMPRENDIDO**

La Comprensión, es la capacidad del paciente y/o tutor legal de entender la información que se le brinda, sobre la situación de salud en cuestión, a partir de una explicación clara y sencilla, pero suficiente sobre el procedimiento a realizarse lo cual le permitirá tomar una decisión.

### **LIMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **. Situaciones de Emergencia**

Se exceptúa el requisito del Consentimiento Informado previo, a las atenciones o intervenciones de emergencia destinadas a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente (Art.4° y 40° de la Ley General de Salud).

#### **. Riesgo para la salud de terceros o grave riesgo para la salud pública**

Quedan exceptuadas del Consentimiento Informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública (Ley 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, artículo 15.4, inciso a.1).





**CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD**

En el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, se atiende a niños hasta los 17 años, 11 meses 29 días, siendo ellos representados por sus padres o quienes ejerzan la patria potestad y tutela.

No se requerirá representante o tutor legal, si el usuario es un menor de 16 años o más y su incapacidad relativa haya cesado por matrimonio o por la obtención de un Título oficial que lo autorice a ejercer una profesión u oficio, conforme a lo establecido en el Código Civil. (Ley N° 29414. artículo 5° inciso c y d).

**REVOCATORIA**

Una vez firmado y aceptado el Consentimiento Informado el paciente, representante legal o tutor legal pueden optar por cambiar su decisión y dejar sin efecto el Consentimiento, para lo cual podrá acceder a la Historia Clínica para firmar y legitimar este derecho.

El Reglamento de la Ley N° 29414 "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud" en su artículo 24° establece que el Consentimiento Informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en la que fue otorgado.

**MEDICO TRATANTE**

Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos en ausencia del médico tratante, corresponde al jefe de servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

**ESTRUCTURA RECOMENDADA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERENCIADO. SEGÚN NORMATIVA VIGENTE**

El Consentimiento Informado, debe registrarse y realizarse en un formato, el cual debe contener lo siguiente:

- Identificación Estándar del Establecimiento de Salud.
- Título del Consentimiento Informado: especificando el Procedimiento o Intervención a realizarse y la patología a tratar.
- Número de Historia Clínica.
- Fecha
- Nombres y Apellidos del paciente
- Nombre de la Intervención Quirúrgica o procedimiento a realizar
- Descripción del mismo en términos sencillos.
- Beneficios razonables que se pretenden lograr.
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la Intervención Quirúrgica.
- Consecuencias de la denegación.
- Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo.
- Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la Intervención o procedimiento.
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el tutor del menor o su representante legal, consignando nombres, apellidos y DNI. En caso de analfabetos se coloca la huella digital.
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del Consentimiento Informado, donde se exprese esta voluntad consignando : nombres , apellidos , DNI , firma y huella digital del tutor del menor o representante legal , de ser el caso.

**CONSIDERACIONES ESPECIFICAS****DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO “OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO “**

- El formato debe ser entregado y explicado a la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor por el profesional de la salud, que indica la necesidad de realizar el procedimiento, tratamiento o cirugía.
- La información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita al tutor del menor a participar en la toma de una decisión acerca de la atención de salud del menor.
- Considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin de que no queden dudas.
- Informar a la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor que aun cuando haya firmado el consentimiento informado puede cambiar de opinión y revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y por su propia decisión.
- Considerar la fecha y hora en que se brinda la información al tutor del menor y éste firma y otorga su consentimiento.
- Consignar el nombre y apellidos de la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor, número de DNI, nombre y apellidos del menor, número de historia clínica.
- Consignar nombre, apellidos y colegio profesional del personal de salud que entrega y explica el formato.
- El tutor o representante legal del menor debe firmar en el espacio correspondiente.
- El profesional de salud que informa y obtiene el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su DNI en el espacio correspondiente.
- El formato de Consentimiento Informado, debidamente llenado y firmado debe ser anexado a la Historia Clínica.
- En caso de negativa a firmar el Consentimiento Informado por parte del tutor del menor, deberá quedar registrada de forma expresa en la Historia Clínica que se le da conocimiento de las consecuencias de negarse al tratamiento médico/quirúrgico y/o procedimiento, registrando también la firma y huella del padre, tutor legal o apoderado y del personal de salud responsable de la atención.

(Ver Anexo a)

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO “OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EMERGENCIA “**

- El formato debe ser entregado y explicado a la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor por el profesional de la salud, que indica la necesidad de realizar el procedimiento, tratamiento o cirugía de emergencia.
- La información brindada debe ser expuesta en lenguaje sencillo, conciso y claro, que permita a la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor a participar en la toma de una decisión acerca de la atención de salud del menor.
- Considerar un tiempo adicional prudencial no inferior a cinco minutos, para resolver las preguntas que surjan a fin de que no queden dudas.
- Considerar la fecha y hora en que se brinda la información a la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor y éste firma y otorga su consentimiento.







- Consignar el nombre y apellidos de la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor, número de DNI, nombre y apellidos del menor, número de historia clínica.
- Consignar nombre, apellidos y colegio profesional del personal de salud que entrega y explica el formato.
- La Madre, Padre y/o Representante Legal del menor debe firmar en el espacio correspondiente.
- El profesional de salud que informa y toma el consentimiento, debe firmar y colocar el número de su Colegiatura (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE) en el espacio correspondiente.
- El formato de Consentimiento Informado, debidamente registrado y firmado debe ser anexado a la Historia Clínica.
- En caso de que la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor o un familiar responsable, no se encuentre en el momento requerido para firmar el Consentimiento y es necesario tomar una decisión por la gravedad del paciente, se aplica Art.4° de la Ley general de salud, que exceptúa el Consentimiento Informado en Intervenciones de Emergencia y la Ley 29414 artículo 15.4, inciso a.1, que exceptúa el CI en situaciones de Emergencia.

**Es importante registrar esta ocurrencia en la Historia Clínica.**

- En caso de negativa a firmar el Consentimiento Informado por parte de la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor, llamar a la Fiscalía para comunicar el hecho y deberá quedar registrado en la Historia Clínica que se le da conocimiento de las consecuencias de negarse al tratamiento médico/quirúrgico y/o procedimiento, registrando la firma y huella del padre, tutor legal o apoderado y del personal de salud responsable de la atención.

**(Ver anexo b)**

#### **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- En caso de que ya no desee realizar el procedimiento o intervención, se debe consignar el día de la revocatoria, número de DNI, firma y/o huella digital del tutor del menor, no estando condicionado a justificar dicha revocatoria.
- El profesional de salud que recibe la revocatoria, firma y coloca su sello, dejando constancia del acto de revocación.

**IMPORTANTE:** En aplicación de las normas legales vigentes, cualquier profesional del Establecimiento de Salud, podrá a solicitud expresa del usuario de los servicios de salud y/o sus representantes legales, acceder al consentimiento informado obrante en la Historia Clínica, con la finalidad de formalizar la revocatoria del documento. Ambos documentos en original deben conservarse en la Historia Clínica de la persona usuaria.

**(Ver Anexo c)**

#### **RECOMENDACIONES**

1. Los Formatos de Consentimiento Informado (CI) de los Servicios Asistenciales y Servicios Médicos de Apoyo deben ser realizados respetando la Normativa vigente (estructura recomendada en este documento) considerando en todos los casos el espacio para la Revocatoria.
2. Los Formatos de Consentimiento Informado de cada Servicio deben seguir el procedimiento de Aprobación de Consentimiento Informado de la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, para la validación de dichos formatos, los cuales además deben tener el visto bueno de las Jefaturas de



las Sub Unidades y de la Jefatura de Atención Integral Especializada, para que luego sean oficializados con Resolución Directoral.

3. La Obtención del Consentimiento debe ser realizada por el profesional responsable de la Atención, quien debe tomarse el tiempo necesario para informar al padre o tutor legal, detalladamente pero en términos sencillos sobre el procedimiento o intervención quirúrgica a realizar, lo cual debe constar por escrito en el formato específico y oficializado del mismo.
4. Tener en cuenta las Consideraciones Específicas en la Obtención del Consentimiento Informado, en relación a casos especiales como negativa de firmar el CI por parte de la Madre, Padre y/o Representante Legal del menor en situaciones de emergencia y el derecho a Revocatoria del Consentimiento Informado.

Anexo a.- Flujograma "Obtención del Consentimiento Informado".

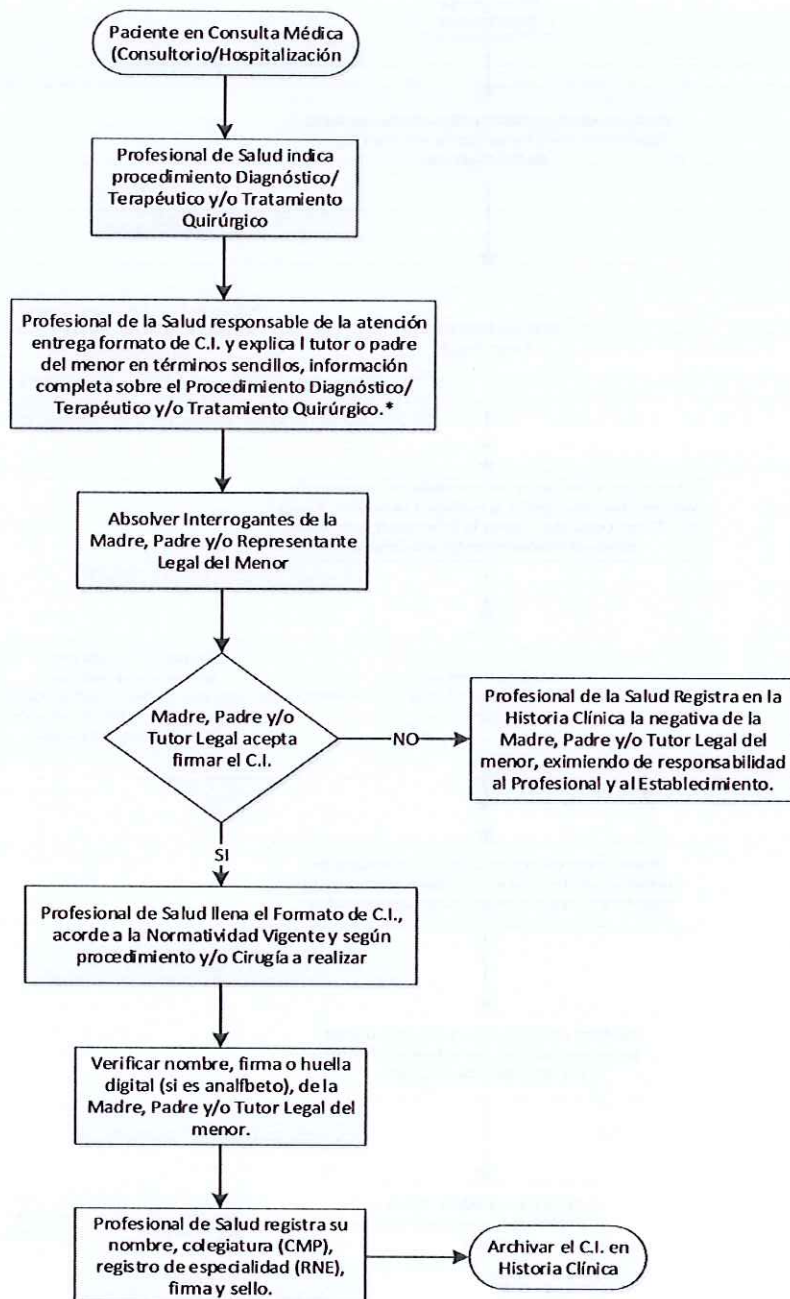
Anexo b.- Flujograma "Obtención del Consentimiento Informado en Emergencia".

Anexo c.- Flujograma "Revocatoria del Consentimiento Informado".





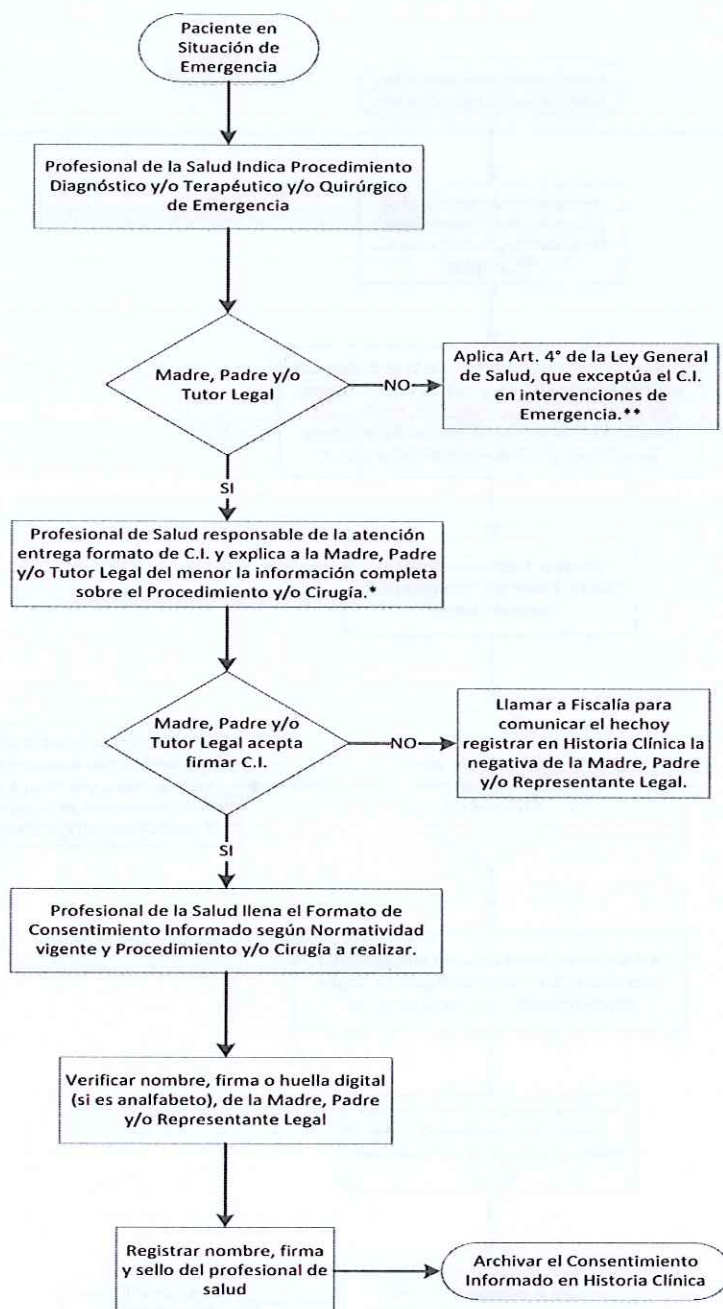
## ANEXO a . FLUJOGRAMA PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ( CI )



\*Explica en términos sencillos, con los riesgos reales y potenciales de realizar o no realizar el procedimiento o cirugía.

## ANEXO b . FLUJOGRAMA PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ( CI )

## EMERGENCIA (EMG)

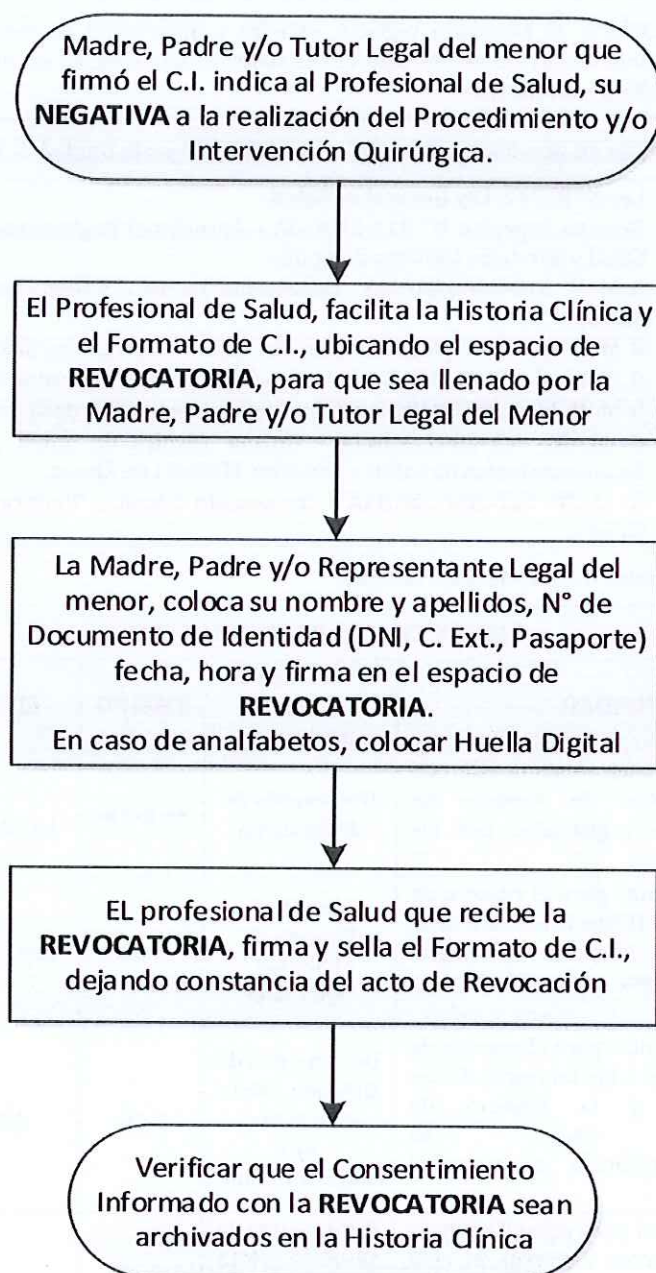


\*Explica en términos sencillos, con los riesgos reales y potenciales de realizar o no realizar el procedimiento o cirugía.

\*\*También, Ley 29414 artículo 15.4, inciso a.1, que exceptúa el CI en situaciones de emergencia.



## ANEXO c. FLUJOGRAMA PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ( CI )

**REVOCATORIA**



| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |          |                                       | CODIGO                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Registro, estudio y prevención de eventos adversos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |          |                                       | PE 02.1.3                      |
| PROCESO                                            | PE 02.1 – Satisfacción y Seguridad del Usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |          |                                       |                                |
| OBJETIVO                                           | Establecer el adecuado registro, estudio y prevención de los eventos adversos como método de perfeccionamiento de los sistemas de salud, en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |          |                                       |                                |
| ALCANCE                                            | A todos los Servicios Asistenciales del INSN - SB y a la Unidad de Gestión de la Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |          |                                       |                                |
| MARCO LEGAL                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>• Decreto Supremo N° 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>• R. M. N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li> <li>• R. M. N° 589-2007/MINSA - Plan Nacional Concertado en Salud.</li> <li>• R. M. N° 676-2006/MINSA - Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.</li> <li>• R. M. N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.</li> <li>• R. M. N° 777-2007/MINSA - Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>• R. M. N° 727-2009/MINSA - Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li> </ul> |                                                          |          |                                       |                                |
| RESPONSABLE                                        | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |          |                                       |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |          |                                       |                                |
| N°                                                 | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTO<br>(de ser necesario)                           | TIEMPO   | EJECUTOR                              | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                  | Designa a personal responsable de recopilar formatos de reporte de eventos adversos registrados por los diferentes servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Documento de designación                                 | 48 horas | Jefe de Oficina                       | UGC                            |
| 2                                                  | Remite instrumentos para el reporte de Eventos Adversos (EA) a la Jefatura de la Unidad de Atención Integral Especializada para su difusión e implementación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Formato de Reporte de Eventos Adversos                   | 1 día    | Jefe de Oficina                       | UGC                            |
| 3                                                  | Difunde instrumentos para el reporte de Eventos Adversos a las Jefaturas de las Sub Unidades y la Jefatura de Enfermería, para su difusión/implementación al personal asistencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Documentos de Difusión ( Nota Informativa y/o memorandum | 1 día    | Jefatura                              | UAIE                           |
| 4                                                  | Designa a personal para recopilación de formatos de eventos adversos el cual será realizado en conjunto con personal de Unidad de Gestión de la Calidad designado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Documentos de Difusión ( Nota Informativa y/o memorandum | 48 horas | Jefe de Departamento                  | Enfermería                     |
| 5                                                  | Notifica evento registrándolo en la ficha de notificación (Anexo 2) el cuál será remitido directamente a la UGC, también podrá realizar la notificación comunicándose a la línea telefónica asignada para el reporte de evento adverso (2192)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ficha de notificación de Evento Adverso                  |          | Médico, enfermera o personal de salud | SUAIE                          |







|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                           |            |                                                         |                |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| 6                                                                  | Realiza recopilación de formatos de eventos adversos registrados en las diferentes áreas.                                                                                                                                | Fichas de reporte de eventos adversos registrados                                                                                                         | 60 minutos | Equipo de seguridad : Lic. Enfermería / Personal de UGC | UGC Enfermería |
| 7                                                                  | Ingresa reportes de eventos adversos en aplicativo informático, generando base de datos.                                                                                                                                 | Registro en aplicativo informático                                                                                                                        | 48 horas   | Equipo de seguridad : Lic. Enfermería / Personal de UGC | UGC Enfermería |
| 8                                                                  | Remite reporte de eventos adversos registrados a la UAIE y al Comité de Seguridad del Paciente para su evaluación e informes.                                                                                            | Informe                                                                                                                                                   | 48 horas   | Equipo de seguridad : Lic. Enfermería / Personal de UGC | UGC Enfermería |
| 9                                                                  | Realiza análisis de EA junto al personal asistencial con la finalidad de identificar los factores que desencadenaron el evento adverso, emitiendo informe sobre medidas correctivas y preventivas para contención de EA. | Informe                                                                                                                                                   | 72 horas   | Jefe de Sub Unidad Coordinador de C. Externo            | SUAIE          |
| 10                                                                 | Analiza informe remitido por la Jefatura de la Sub Unidad y/o C. Externos, remite informe a la UGC con propuestas de medidas preventivas.                                                                                | Informe                                                                                                                                                   | 72 horas   | Comité de Seguridad del paciente                        | UGC Enfermería |
| 11                                                                 | Monitorea las recomendaciones otorgadas por las SUAIEs y el Comité de Seguridad del Paciente y emite informe.                                                                                                            | Informe                                                                                                                                                   | 30 días    | Equipo de seguridad : Lic. Enfermería / Personal de UGC | UGC Enfermería |
| 12                                                                 | Revisa y remite informe a la Dirección General quien dispone las acciones correctivas.                                                                                                                                   |                                                                                                                                                           | 2 días     | Jefe de Oficina                                         | UGC            |
| PROVEEDORES                                                        |                                                                                                                                                                                                                          | ENTRADAS                                                                                                                                                  | SALIDAS    | CLIENTES                                                |                |
| Médicos<br>Lic. Enfermería<br>Tec. Enfermería<br>Personal de salud |                                                                                                                                                                                                                          | Reportes de Eventos Adversos<br>Físico<br>Vía Telefónica                                                                                                  | Informes   | Dirección General INSN SB                               |                |
| INDICADORES :                                                      |                                                                                                                                                                                                                          | • N° de reportes de eventos adversos<br>• Porcentaje de Eventos adversos reportados por tipo<br>• Porcentaje de Eventos adversos reportados por servicio  |            |                                                         |                |
| REGISTROS :                                                        |                                                                                                                                                                                                                          | Formato de Reporte de Eventos Adversos                                                                                                                    |            |                                                         |                |
| ANEXOS :                                                           |                                                                                                                                                                                                                          | 1. Flujograma del Procedimiento<br>2. Formato de Reporte de Eventos Adversos<br>3. Instructivo para el Registro de Formato de Reporte de Eventos Adversos |            |                                                         |                |



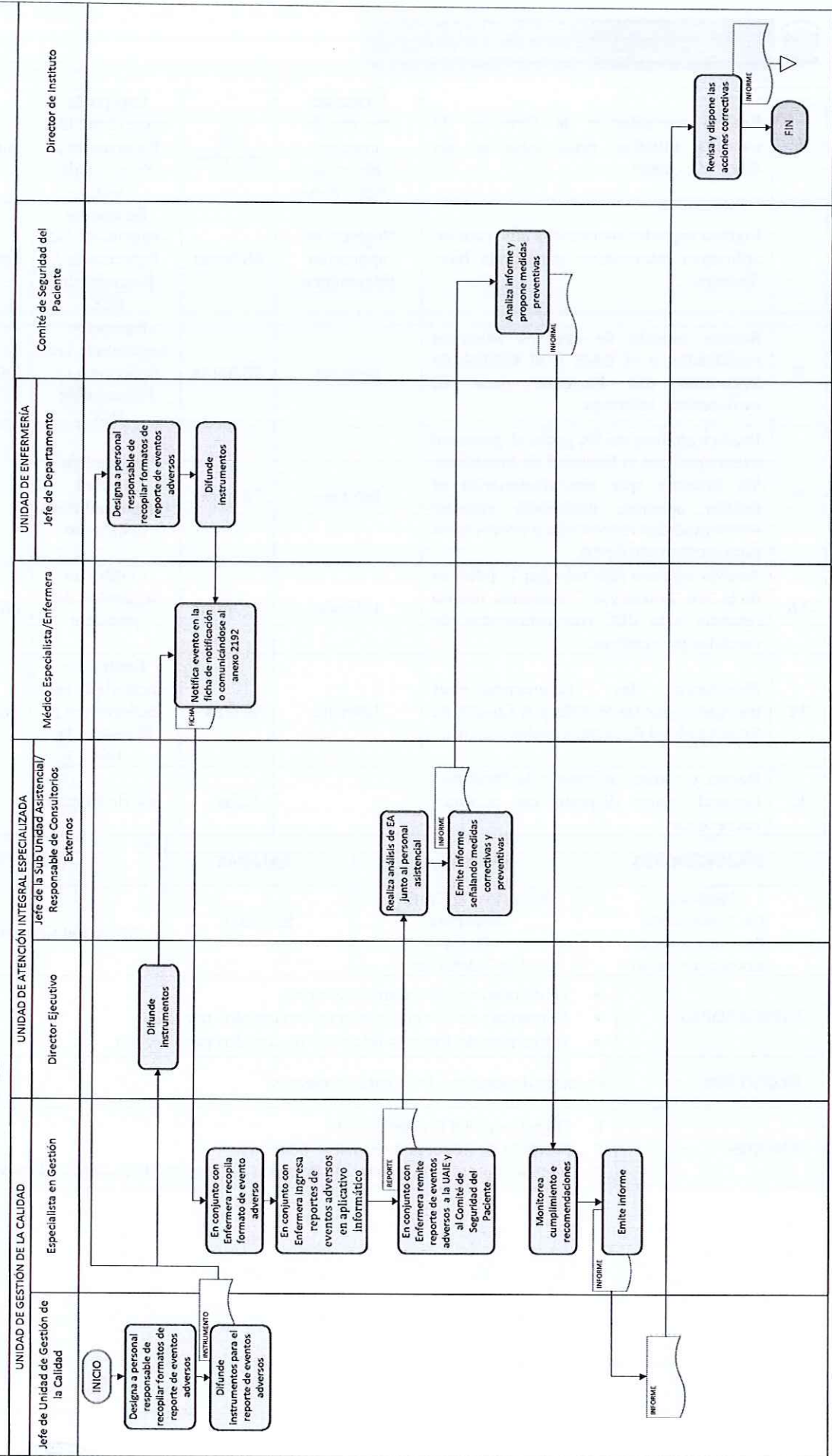
PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## Anexo 1 : Flujograma del Procedimiento

### REGISTRO, ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

## Anexo 2: Formato de reporte de eventos adversos

**FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Fecha de Notificación : |  |
|-------------------------|--|

**A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

|                         |        |        |
|-------------------------|--------|--------|
| N° de H. Clínica :      | Edad : | Sexo : |
| Diagnóstico Principal : |        |        |

**B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE**

|        |             |
|--------|-------------|
| UPSS : | EJE/Serv. : |
|--------|-------------|

**C. SEVERIDAD (Marcar con una "X" según corresponda)**

Incidente \* ☐      Evento Adverso\*\* ☐      Evento Centinela\*\*\* ☐

\* Es una circunstancia que podría ocasionar un daño innecesario a un paciente

\*\* Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el transtorno

\*\*\* Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente o

**D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO**

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| Fecha del Incidente / Evento Adverso             |  |
| Hora del Incidente / Evento Adverso              |  |
| Breve descripción del Incidente / Evento Adverso |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

**E. CATEGORÍA Y TIPO DE EVENTO ADVERSO**

| CATEGORÍA                       | TIPO DE EVENTO |
|---------------------------------|----------------|
| Relacionado con los cuidados    |                |
| Relacionados con la medicación  |                |
| Relacionado con las infecciones |                |
| Asociada a la Atención en Salud |                |
| Relacionados con procedimientos |                |
| Otros                           |                |

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA  
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II  
TELÉFONO: 51-1-2300600



### CATEGORÍA Y TIPO DE EVENTOS ADVERSOS

| CATEGORÍA                                                        | TIPO DE EVENTO                                                           |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| RELACIONADO CON LOS CUIDADOS                                     | Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente                     |
|                                                                  | Agresiones y/o autolesiones                                              |
|                                                                  | Caída del Paciente                                                       |
|                                                                  | Edema Agudo de Pulmón o Insuficiencia Respiratoria                       |
|                                                                  | Eritema de Pañal                                                         |
|                                                                  | Error en la Identificación del Paciente                                  |
|                                                                  | Extravasación de vía Endovenosa                                          |
|                                                                  | Distress respiratorio por extubación                                     |
|                                                                  | Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina                            |
|                                                                  | Seuicidio de un paciente                                                 |
|                                                                  | Úlcera por Presión                                                       |
| RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN                                    | ACV por medicamentos                                                     |
|                                                                  | Alteraciones neurológicas por fármacos                                   |
|                                                                  | Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos                               |
|                                                                  | Deterioro de la función renal por dosis excesiva                         |
|                                                                  | Edema Pulmonar por sobrehidratación                                      |
|                                                                  | Encefalopatía por oxigenación inadecuada                                 |
|                                                                  | Error en la Medicación (Prescripción, Dispensación y Administración)     |
|                                                                  | Eventos supuestamente atribuidos a la Vacunación e Inmunización - ESAVI  |
|                                                                  | Hemorragia Digestiva                                                     |
|                                                                  | Hemorragia por Anticoagulación                                           |
|                                                                  | Hipoglicemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina           |
|                                                                  | Hipotensión arterial por medicamento                                     |
|                                                                  | Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos      |
|                                                                  | Muerte o grave discapacidad por medicamento                              |
|                                                                  | Naúsea, vómitos y/o diarrea por fármacos                                 |
|                                                                  | Reacción adversa a medicamentos                                          |
|                                                                  | Reacción transfusional por incompatibilidad por grupo ABO-Rh             |
| RELACIONADO CON LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD | Absceso secundario a inyección IM                                        |
|                                                                  | Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico                            |
|                                                                  | Infección de prótesis ortopédicas                                        |
|                                                                  | Infección de sitio quirúrgico                                            |
|                                                                  | Infección de torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central        |
|                                                                  | Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia |
|                                                                  | Muerte por infección nosocomial                                          |
| RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS                               | Neumonía Intrahospitalaria                                               |
|                                                                  | Cirugía en lugar equivocado del cuerpo                                   |
|                                                                  | Cirugía en paciente equivocado                                           |
|                                                                  | Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico                                |
|                                                                  | Cefalea post punción de duramadre                                        |
|                                                                  | Cefalea post punción lumbar                                              |
|                                                                  | Dehiscencia de herida operatoria                                         |
|                                                                  | Encefalopatía Hipóxica                                                   |
|                                                                  | Evisceración o Evisceración                                              |
|                                                                  | Hematoma post procedimiento                                              |
|                                                                  | Hemorragia Intra y/o Post Operatoria                                     |
|                                                                  | Hemotórax post procedimiento                                             |
|                                                                  | Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica                      |
|                                                                  | Neumotórax                                                               |
|                                                                  | Quemadura por uso de electrocauterio                                     |
|                                                                  | Trombo embolismo pulmonar post cirugía                                   |
|                                                                  | Trombosis venosa profunda post cirugía                                   |





### Anexo 3: Instructivo para el Registro de Formato de Reporte de Eventos Adversos

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

#### FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS / EVENTOS CENTINELAS

01. **Fecha de Notificación** Registrar el día, mes y año en que sucedió el Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela
02. **N° de Historia Clínica** Registrar el número de Historia Clínica del Paciente que sufrió Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela
03. **Sexo del Paciente** Consignar el sexo del paciente según corresponda : Masculino (M) ó Femenino (F)
04. **Edad del Paciente** Consignar edad del paciente que sufrió Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela en años, meses o días
05. **Diagnóstico Principal** Se registrará el Diagnóstico Clínico (registrado en la Historia Clínica) asignado al paciente
06. **UPSS** Se registrará la Unidad Productora de Servicios (UPSS) en donde ocurrió el Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela, según la siguiente lista

|                       |
|-----------------------|
| * CONSULTORIO EXTERNO |
| * HOSPITALIZACIÓN     |
| * EMERGENCIA          |

|                                           |
|-------------------------------------------|
| * UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)     |
| * UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL |

Para el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos se detallará además el nombre de la UCI.

07. **EJE/SERVICIO** Se registrará el Eje/Especialidad en donde ocurrió el Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela

\* Para el caso de Consultorio Externo se especificará el Nombre del Consultorio

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 1 ANESTESIOLOGÍA                              |
| 2 QUEMADOS                                    |
| 3 NEUROCIRUGÍA                                |
| 4 CARDIOLOGÍA                                 |
| 5 CARDIOVASCULAR                              |
| 6 CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y NEONATAL               |
| 7 NEONATOLOGÍA                                |
| 8 CIRUGÍA DE TÓRAX                            |
| 9 OFTALMOLOGÍA                                |
| 10 HEMATOLOGÍA                                |
| 11 TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS |

|                                     |
|-------------------------------------|
| 12 OTORRINOLARINGOLOGÍA             |
| 13 GINECOLOGÍA                      |
| 14 CIRUGÍA PLÁSTICA                 |
| 15 UROLOGÍA                         |
| 16 CABEZA Y CUELLO                  |
| 17 ODONTOLOGÍA                      |
| 18 TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA        |
| 19 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN |
| 20 PSICOLOGÍA                       |
| 21 PSICOLOGÍA- MAMIS                |

|                             |
|-----------------------------|
| 22 PEDIATRÍA GENERAL        |
| 23 INFECTOLOGÍA             |
| 24 PSIQUIATRÍA              |
| 25 DERMATOLOGÍA             |
| 26 MEDICINA DEL ADOLESCENTE |
| 27 NEUMOLOGÍA               |
| 28 GASTROENTEROLOGÍA        |
| 29 ENDOCRINOLOGÍA           |
| 30 NEUROPEDIATRÍA           |
| 31 NEFROLOGÍA               |

\* Para el caso de Hospitalización se especificará el nombre del Eje (según Numeral 01)

08. **SERVERIDAD** Marcar con un aspa "X" según corresponda (Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela)
09. **FECHA DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO/ EVENTO CENTINELA** Se registrará el día, mes y año (dd/mm/aaaa) en el que se suscitó el Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela
10. **HORA APROXIMADA DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO/ EVENTO CENTINELA** Se registrará el día, mes y año (dd/mm/aaaa) en el que se suscitó el Incidente/Evento Adverso/Evento Centinela
11. **BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO** Describir de manera concisa el suceso (detallando los aspectos relevantes)
12. **CATEGORÍA Y TIPO DE EVENTO ADVERSO** En el ítem Categoría elegir marcando con un aspa "X", según corresponda. de no encontrarse en la lista, detallarlo en "Otros"  
Para el tipo de Evento Adverso se detallará según el listado adjunto, de no encontrarse en la lista se detallará brevemente





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

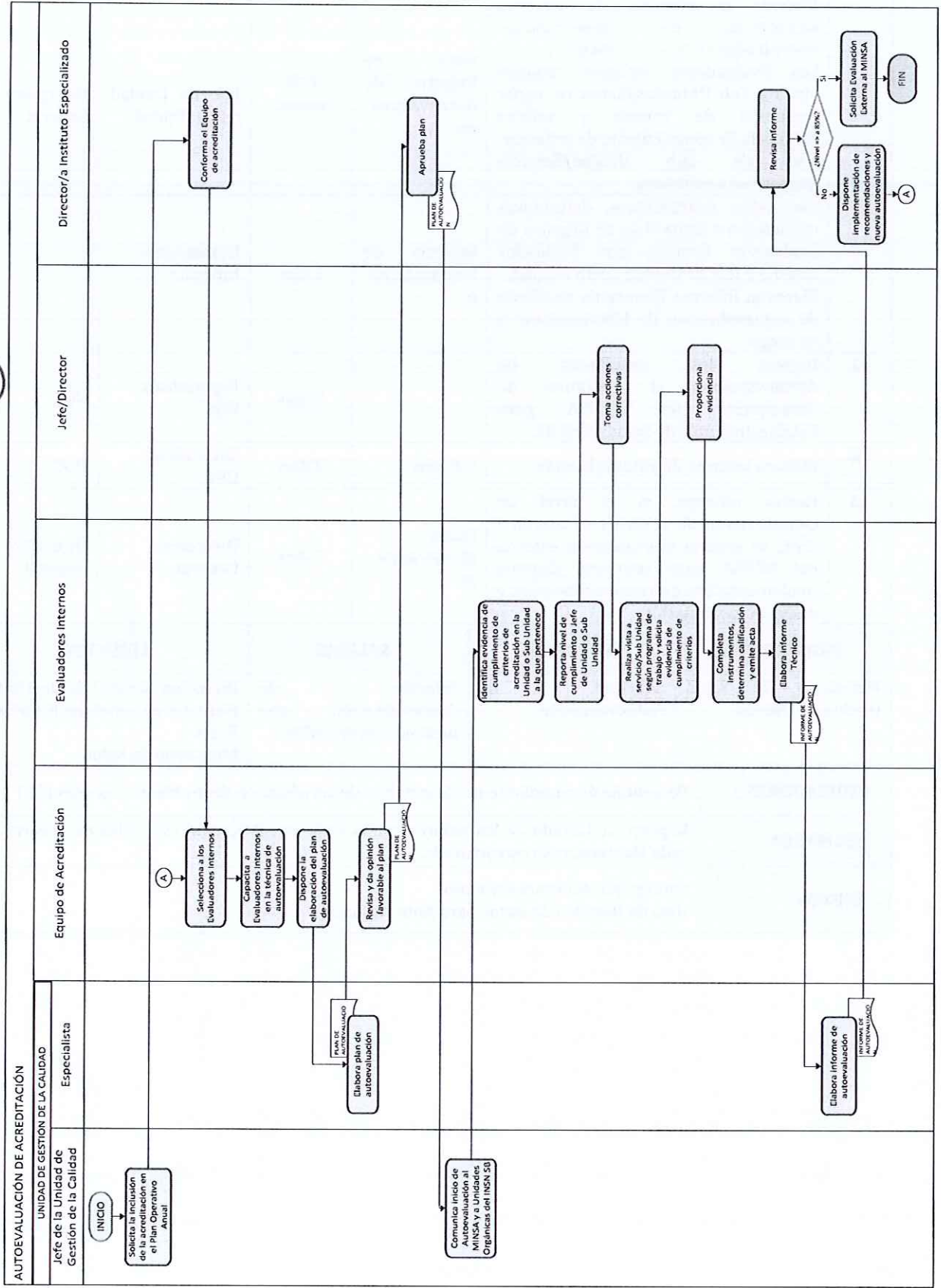
| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |        |                                            | CODIGO                   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------------------|--------------------------|
| Autoevaluación de Acreditación         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |        |                                            | PE 02.2.1                |
| PROCESO                                | PE.02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |        |                                            |                          |
| OBJETIVO                               | Estandarizar el proceso de acreditación del INSN SB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |        |                                            |                          |
| ALCANCE                                | A todas las Unidades Orgánicas del INSN SB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |        |                                            |                          |
| MARCO LEGAL                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud,</li><li>• Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.</li><li>• R.M. N° 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.</li><li>• R.M. N° 456-2007/MINSA, N.T. N° 050/MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos".</li><li>• R.M. N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>• R.M. N° 491-2012/MINSA, Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.</li><li>• RD N° 158/2017/INSN SB, Reconformación del equipo de Acreditación del INSN SB.</li></ul> |                                    |        |                                            |                          |
| RESPONSABLE                            | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |        |                                            |                          |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |        |                                            |                          |
| Nº                                     | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTO (DE SER NECESARIO)        | TIEMPO | EJECUTOR                                   | ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA |
| 1                                      | Solicita verificar la inclusión de la actividad de acreditación en el Plan Operativo Anual a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nota Informativa                   | 1 día  | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad | UGC                      |
| 2                                      | Conforma el equipo de acreditación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Resolución Directoral              | 2 días | Dirección General                          | Dirección General        |
| 3                                      | Selecciona a los Evaluadores internos. Difunde a los Evaluadores Internos el Listado de Estándares de Acreditación Capacita a Evaluadores Internos en la técnica de autoevaluación. Dispone la elaboración del plan de autoevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    | 5 días | Equipo de Acreditación                     | Dirección General        |
| 4                                      | Elabora del Plan de Autoevaluación del INSN SB y solicitud de aprobación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plan de Autoevaluación             | 7 días | Especialista UGC                           | UGC                      |
| 5                                      | Revisa y opinión favorable al Plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Informe                            | 2 días | Coordinadores Equipo de Acreditación       | UGC                      |
| 6                                      | Aprueba el Plan de Autoevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Resolución Directoral              | 2 días | Dirección General                          | Dirección General        |
| 7                                      | Emite comunicación de inicio de la Autoevaluación al MINSA y a las Unidades Orgánicas del INSN SB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Oficio Correo Institucional        | 2 días | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad | UGC                      |
| 8                                      | Identifican y evidencian el cumplimiento de los criterios de los Macroprocesos en las Unidades o Sub Unidades a las que les pertenece.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Hoja de Registro de Autoevaluación | 1 mes  | Equipo de Evaluadores Internos             |                          |







|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                   |                                                                                             |                   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                           | Reportan el nivel de cumplimiento al Jefe de Unidad o Sub Unidad.                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |                                                   |                                                                                             |                   |
| 9                                         | Dispone la adopción de acciones correctivas de observaciones encontradas en la autoevaluación: Los Evaluadores Internos realizan visita a Sub Unidades/Servicios según programa de trabajo y solicita evidencia de cumplimiento de criterios. Jefe de Sub Unidad/Servicio proporciona evidencia. | Hoja de Registro de Autoevaluación                                                                                   | 6- 9 meses                                        | Jefe de Unidad o Sub Unidad                                                                 | Dirección General |
| 10                                        | Completan instrumentos, determinan calificación y emite Hoja de Registro de Evaluación firmada por Evaluador interno y Jefe de Unidad o Sub Unidad. Elaboran Informe Técnico de resultado de autoevaluación de Macroproceso a su cargo.                                                          | Informe de Macroproceso                                                                                              | 7 días                                            | Evaluadores Internos                                                                        |                   |
| 11                                        | Ingresa los resultados de Autoevaluación al aplicativo de Acreditación del MINSA para Establecimientos de Salud Nivel III.                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      | 5 días                                            | Especialista UGC                                                                            | UGC               |
| 12                                        | Elabora informe de autoevaluación.                                                                                                                                                                                                                                                               | Informe                                                                                                              | 7 días                                            | Especialista UGC                                                                            | UGC               |
| 13                                        | Revisa informe, si el nivel de cumplimiento de criterios es mayor a 85%, se solicita la evaluación externa del MINSA, caso contrario dispone implementación de recomendaciones y nueva autoevaluación.                                                                                           | Oficio/ Memorándum                                                                                                   | 7 días                                            | Dirección General                                                                           | Dirección General |
| PROVEEDORES                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ENTRADAS                                                                                                             | SALIDAS                                           | CLIENTES                                                                                    |                   |
| Ministerio de Salud<br>Oficina de Calidad |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Solicitud de Autoevaluación                                                                                          | Informe de Autoevaluación con puntaje mayor a 85% | Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja<br>Ministerio de Salud |                   |
| INDICADORES :                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación de los Macroprocesos (22)                                    |                                                   |                                                                                             |                   |
| REGISTROS :                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Reporte de Listado de Estándares con la Hoja de calificación específica de acuerdo a cada Macroproceso estructurado. |                                                   |                                                                                             |                   |
| ANEXOS :                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Flujograma del Procedimiento.<br>Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación                                       |                                                   |                                                                                             |                   |







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

### Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud:

Instituto Nacional del Niño San Borja

Macroproceso N° ..... :

Evaluadores:

Fecha:

Servicios Evaluados :

Participantes de la Evaluación :

CODIGO DEL ESTÁNDAR:

| Código de Criterio | CRITERIO | Puntaje | Fuente Auditable | Técnica Utilizada | Sustento del Puntaje/Comentarios |
|--------------------|----------|---------|------------------|-------------------|----------------------------------|
|                    |          |         |                  |                   |                                  |
|                    |          |         |                  |                   |                                  |
|                    |          |         |                  |                   |                                  |
|                    |          |         |                  |                   |                                  |
|                    |          |         |                  |                   |                                  |





| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |            |                                                                                  | CODIGO                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Rondas de Seguridad                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |            |                                                                                  | PE 02.2.2                      |
| PROCESO                                | PE 02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |            |                                                                                  |                                |
| OBJETIVO                               | Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras y detectar otras acciones potencialmente inseguras durante la prestación de los servicios de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |            |                                                                                  |                                |
| ALCANCE                                | A todos los Servicios Asistenciales del INSN - San Borja y a la Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |            |                                                                                  |                                |
| MARCO LEGAL                            | <ul style="list-style-type: none"><li>Decreto Supremo N° 013-2006-SA - Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>R. M. N° 502-2016/MINSA - Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</li><li>R. M. N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".</li><li>R. M. N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.</li><li>R. M. N° 601-2007/MINSA - Plan de Implementación de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</li><li>R. M. N° 777-2007/MINSA - Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>R. D. N° 120/2016/INSN-SB/T - Conformación del Comité de Seguridad del Paciente</li></ul> |                                       |            |                                                                                  |                                |
| RESPONSABLE                            | Unidad de Gestión de la Calidad - UGC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |            |                                                                                  |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |            |                                                                                  |                                |
| Nº                                     | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTO<br>(de ser necesario)        | TIEMPO     | EJECUTOR                                                                         | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                      | Revisa la ficha de evaluación a aplicarse durante la visita de rondas de seguridad a los diferentes ejes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ficha de evaluación                   | 10 minutos | Comité de Seguridad del Paciente                                                 | Dirección General              |
| 2                                      | Prioriza las Sub Unidades que requieran visita inmediata y programa las visitas inopinadas de rondas de seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ficha de evaluación                   | 05 Minutos | Comité de Seguridad del Paciente                                                 | Dirección General              |
| 3                                      | Conforma equipo de trabajo que realizarán visita de rondas de seguridad (02 o 03 miembros).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ficha de evaluación                   | 2 días     | Comité de Seguridad del Paciente                                                 | Dirección General              |
| 4                                      | Se presenta ante la Jefatura de la Sub Unidad y expone motivo y propósito de visita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       | 15 Minutos | Comité de Seguridad del Paciente-Equipo encargado de realizar Ronda de seguridad | Dirección General              |
|                                        | Otorga facilidades a equipo encargado de realizar Ronda de Seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | 10 Minutos | Jefatura de la Sub Unidad                                                        | Sub Unidad                     |
| 5                                      | Acompaña a equipo durante la Ronda de Seguridad, de no poder realizar acompañamiento designará a un personal que pueda realizar dicho acompañamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | 40 Minutos | Jefatura de la Sub Unidad                                                        | Sub Unidad                     |
| 6                                      | Realiza Ronda de Seguridad poniendo énfasis en los ítems especificados en la ficha de evaluación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ficha de evaluación                   | 30 Minutos | Comité de Seguridad del Paciente                                                 | Dirección General              |
| 7                                      | Al culminar Ronda de Seguridad expone los hallazgos encontrados y completa la ficha de evaluación en donde se describen los procedimientos por                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ficha de evaluación con resultados de | 20 Minutos | Comité de Seguridad del Paciente                                                 | Dirección General              |



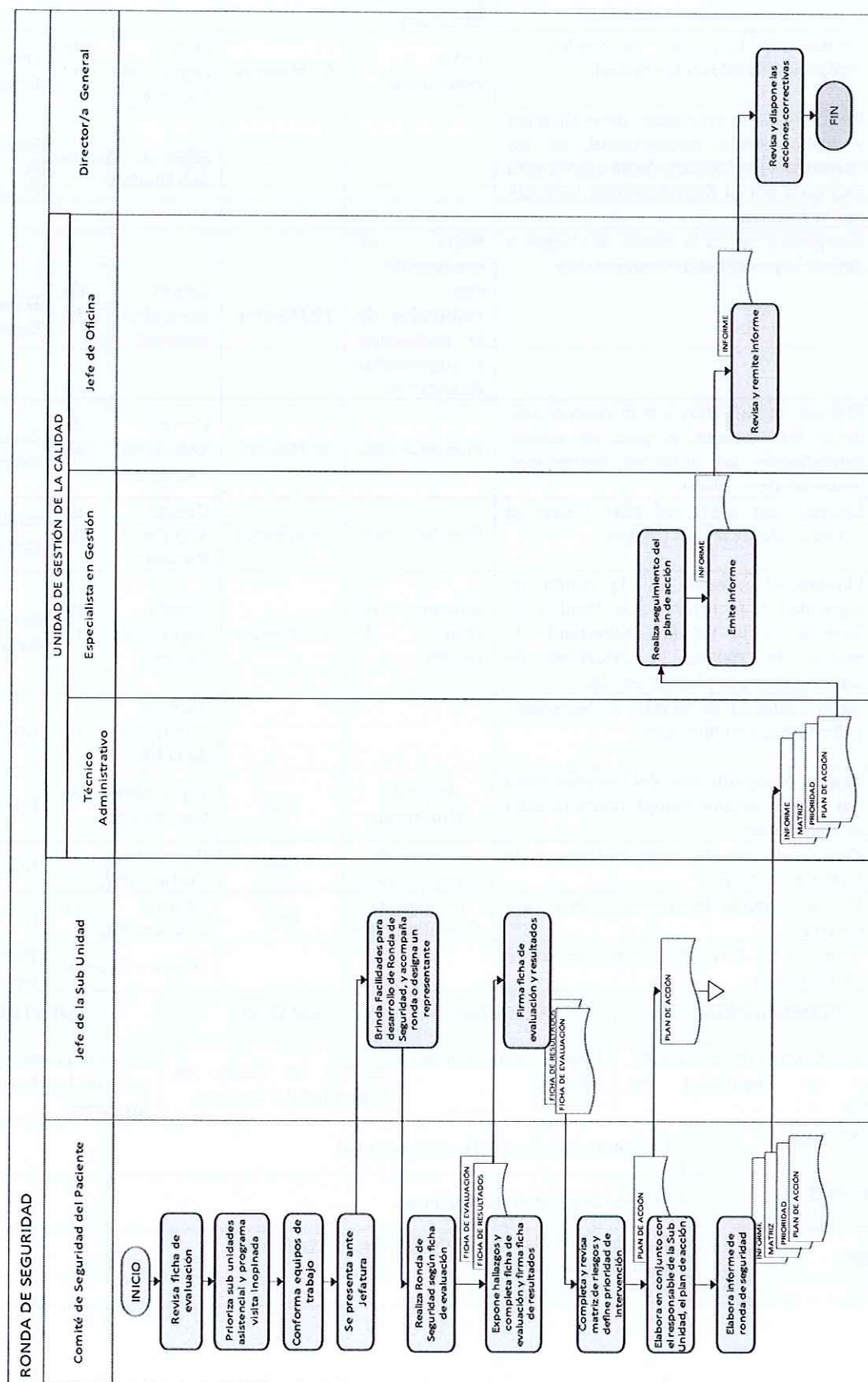


PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

|                                                                     |                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                             |                                  |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                     | mejorar.                                                                                                                                                                       | la evaluación y sugerencias de mejoras                                                       |                                             |                                  |                                                       |
| 8                                                                   | Firman la ficha de resultados de evaluación dando conformidad.                                                                                                                 | Ficha de evaluación                                                                          | 05 Minutos                                  | Comité de Seguridad del Paciente | Dirección General                                     |
| 9                                                                   | Recibe ficha de resultados de evaluación y firma dando conformidad, de no encontrarse la Jefatura dicha acción será realizada por el Representante indicado por la Jefatura.   |                                                                                              |                                             | Jefatura de la Sub Unidad        | Jefatura de la Sub Unidad                             |
| 10                                                                  | Completa y revisa la matriz de riesgos y definir la prioridad de intervención.                                                                                                 | Ficha de evaluación con resultados de la evaluación y sugerencias de mejoras                 | 10 Minutos                                  | Comité de Seguridad del Paciente | Dirección General                                     |
| 11                                                                  | Elabora en conjunto con el responsable de la Sub Unidad, el plan de acción, conteniendo las acciones correctivas, responsables y plazo.                                        | Plan de acción                                                                               | 30 Minutos                                  | Comité de Seguridad del Paciente | Dirección General                                     |
| 12                                                                  | Entrega una copia del plan visado al responsable de la Sub Unidad.                                                                                                             | Plan de acción                                                                               | 05 Minutos                                  | Comité de Seguridad del Paciente | Dirección General                                     |
| 13                                                                  | Elabora el informe de la ronda de seguridad y lo remite a la Unidad de Gestión de la Calidad adjuntando la matriz de riesgo, la prioridad de intervención y el plan de acción. | Informe del Plan de Acción                                                                   | 15 Minutos                                  | Comité de Seguridad del Paciente | Dirección General                                     |
| 14                                                                  | Recibe informe de Rondas de Seguridad y deriva para su atención.                                                                                                               |                                                                                              |                                             | Técnico Administrativo de la UGC | UGC                                                   |
| 15                                                                  | Realiza el seguimiento del cumplimiento del plan de acción, completando la ficha de monitoreo.                                                                                 | Ficha de Monitoreo                                                                           | Días                                        | Especialista en Gestión UGC      | UGC                                                   |
| 16                                                                  | Emite informe de cumplimiento a la Jefatura de la UGC.                                                                                                                         | Informe de Cumplimiento                                                                      | Días                                        | Especialista en Gestión UGC      | UGC                                                   |
| 17                                                                  | Revisa y remite el informe a Dirección General.                                                                                                                                | Informe de Cumplimiento                                                                      | Días                                        | Jefatura en Gestión UGC          | UGC                                                   |
| 18                                                                  | Dispone las acciones correctivas según corresponda.                                                                                                                            |                                                                                              |                                             | Director General                 | Dirección General                                     |
| PROVEEDORES                                                         |                                                                                                                                                                                | ENTRADAS                                                                                     | SALIDAS                                     |                                  | CLIENTES                                              |
| Unidad de Gestión de la Calidad<br>Comité de Seguridad del Paciente |                                                                                                                                                                                | Plan de Seguridad del Paciente                                                               | Informe de Rondas de Seguridad del Paciente |                                  | Dirección General<br>Jefes de Unidades y Sub Unidades |
| INDICADORES :                                                       |                                                                                                                                                                                | Cumplimiento de rondas de seguridad                                                          |                                             |                                  |                                                       |
| REGISTROS :                                                         |                                                                                                                                                                                | Plan de Seguridad del Paciente                                                               |                                             |                                  |                                                       |
| ANEXOS :                                                            |                                                                                                                                                                                | Flujograma de Ejecución de Rondas de Seguridad.<br>Ficha de evaluación<br>Ficha de Monitoreo |                                             |                                  |                                                       |









PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



Anexo 2

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL  
FICHA DE EVALUACIÓN

|                           |                          |              |
|---------------------------|--------------------------|--------------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO:    | TRIMESTRE:               | ANO:         |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | FECHA EJECUCIÓN:         | (DD/MM/AAAA) |
| UPSS:                     | ESPECIALIDAD:            |              |
| DIRECTOR GEN/EJEC         | JEFE DE LA UPSS:         |              |
| ADMINISTRADOR:            | JEFE OFICINA DE CALIDAD: |              |
| JEFE ENFERMERIA:          | OTRAS JEFATURAS:         |              |

| BUENAS PRÁCTICAS                                             | % | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------------------------------------|---|-------------|--------------|---------------|
| HISTORIA CLINICA                                             |   |             |              |               |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                         |   |             |              |               |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE                         |   |             |              |               |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                           |   |             |              |               |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   |   |             |              |               |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       |   |             |              |               |
| SEGURIDAD SEXUAL                                             |   |             |              |               |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN |   |             |              |               |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           |   |             |              |               |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                        |   |             |              |               |
| HIGIENE DE MANOS                                             |   |             |              |               |
| BIOSEGURIDAD                                                 |   |             |              |               |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                           |   |             |              |               |



## Anexo 3

# FICHA DE MONITOREO

|                           |  |                          |  |      |              |
|---------------------------|--|--------------------------|--|------|--------------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO:    |  | TRIMESTRE:               |  | ANO: |              |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: |  | FECHA EJECUCIÓN:         |  |      |              |
| UPSS:                     |  | ESPECIALIDAD:            |  |      | (DD/MM/AAAA) |
| DIRECTOR GEN/ JEJEC       |  | JEFE DE LA UPSS:         |  |      |              |
| ADMINISTRADOR:            |  | JEF. OFICINA DE CALIDAD: |  |      |              |
| JEF. ENFERMERIA:          |  | OTRAS JEFATURAS:         |  |      |              |

**PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN**

[illegible]

|                                  | VERIFICACIONES | REVISIONES | REVISOR | FECHA |
|----------------------------------|----------------|------------|---------|-------|
| TOTAL DE VERIFICADORES VALIDOS   |                |            |         |       |
| TOTAL DE VERIFICADORES POSITIVOS |                |            |         |       |
| RESULTADO                        |                |            |         |       |





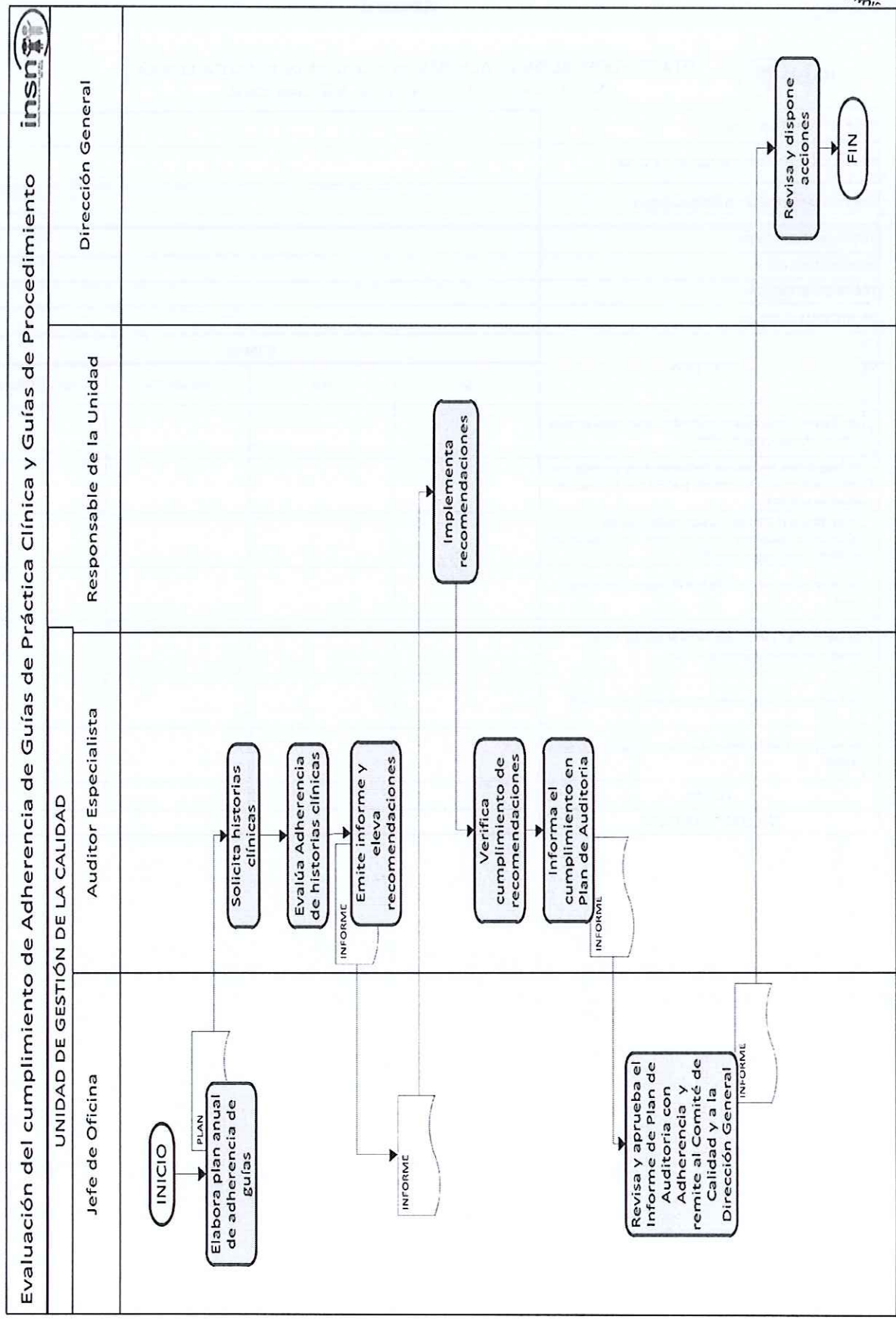
| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |         |                                         | CODIGO                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| Evaluación de Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |         |                                         | PE 02.2.3                      |
| PROCESO                                                                                             | PE 02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |         |                                         |                                |
| OBJETIVO                                                                                            | Verificar el cumplimiento de las recomendaciones, y procedimientos establecidos en las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |         |                                         |                                |
| ALCANCE                                                                                             | A todos los Servicios Asistenciales del INSN - San Borja y a la Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |         |                                         |                                |
| MARCO LEGAL                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li><li>• D. S. N° 027-2015-SA, “Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.”</li><li>• R.M. N° 519-2006/MINSA, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li><li>• R.M. N° 302-2015/ MINSA, Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”.</li><li>• R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li><li>• R.M. N° 519-2006/MINSA, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li></ul> |                                     |         |                                         |                                |
| RESPONSABLE                                                                                         | Unidad de Gestión de La Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |         |                                         |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |         |                                         |                                |
| Nº                                                                                                  | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTO<br>(de ser necesario)      | TIEMPO  | EJECUTOR                                | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                                                                   | Elabora el Plan Anual de Auditoría (el cual incluye el proceso de Revisión de Adherencia de Guías de Práctica Clínica.).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plan Anual De Auditorias            |         | Médico Auditor/Especialista en Gestión  | UGC                            |
| 2                                                                                                   | Solicita en forma aleatoria Historias Clínicas (a la coordinación de Archivos y/o de forma directa en las diferentes áreas de Hospitalización.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cargo de solicitud                  | 3 días  | Médico Auditor/Especialista en gestión  | UGC/UTI                        |
| 3                                                                                                   | Evalúa la adherencia a la guía de práctica clínica o de procedimiento mediante la auditoría IN SITU o revisión de historia clínica procedente de archivo ,aplicando Lista de Chequeo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lista de verificación de adherencia | 30 días | Médico Auditor/ Especialista en Gestión | UGC                            |
| 4                                                                                                   | Emite el informe trimestral de resultados de la auditoría y eleva a la Sub Unidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Informe resultados de auditoría     | 5 días  | Médico Auditor/ Especialista en Gestión | UGC                            |
| 5                                                                                                   | Implementa las recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |         | Jefe de la Sub Unidad                   | SUAIE                          |
| 6                                                                                                   | Verifica el cumplimiento de las recomendaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Seguimiento de recomendaciones      | 2 días  | Médico Auditor/Especialista en Gestión  | UGC                            |
| 7                                                                                                   | Elabora informe semestral de evaluación de guías y lo eleva al Comité de Calidad y a la Dirección General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informe Semestral                   |         | Médico auditor/Jefe de UGC              | UGC                            |





| PROVEEDORES                              | ENTRADAS                                                                                                                                                                                                                                                                        | SALIDAS               | CLIENTES                                              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidad de Gestión de la Calidad<br>SUAIE | Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento aprobada e implementada                                                                                                                                                                                                        | Informe de Adherencia | Dirección General<br>Jefes de Unidades y Sub Unidades |
| <b>INDICADORES :</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de adherencia a la GPC</li> <li>• Porcentaje de historias clínicas que cumplen el estándar mínimo de adherencia en la guía clínica "X"</li> <li>• Porcentaje de adherencia a la GPC por criterio evaluado.</li> </ul>       |                       |                                                       |
| <b>REGISTROS :</b>                       | Reporte de las diez primeras causas de morbilidad y cinco de los Procedimientos más complejas que se realiza en el INSNSB                                                                                                                                                       |                       |                                                       |
| <b>ANEXOS :</b>                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flujograma del Procedimiento</li> <li>2. Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica</li> <li>3. Instructivo para el llenado de la Lista de Verificación de Adherencia a la Guía de Práctica Clínica</li> </ol> |                       |                                                       |







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

## Anexo 2

LISTA DE VERIFICACION DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA

| GUIA DE PRACTICA CLINICA:            |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----------|-------------|
| RESOLUCION DE APROBACION DE LA GUIA: |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| SERVICIO ASISTENCIAL O ESPECIALIDAD: |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| FECHA DE AUDITORIA:                  |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| DIAGNOSTICO CIE X:                   |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| FECHA DE ATENCION:                   |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| Nº HISTORIA CLINICA:                 |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| Nº                                   | CRITERIO                                                                                                                         | CUMPLE |    |           |             |
|                                      |                                                                                                                                  | SI     | NO | NO APLICA | NO CONSIGNA |
| 1                                    | Los Signos y Sintomas consignados están relacionados con la patología según la GPC                                               |        |    |           |             |
| 2                                    | El Diagnóstico Presuntivo/Definitivo de la patología es consistente con la Anamnesis y el Exámen Clínico, de acuerdo a la GCP    |        |    |           |             |
| 3                                    | Se establece el Plan de Trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, Interconsultas, etc.) acorde con el Diagnóstico según la GCP |        |    |           |             |
| 4                                    | La terapéutica está acorde con el Diagnóstico y según la GCP                                                                     |        |    |           |             |
| 5                                    | Se registra las complicaciones y el manejo de la complicación de acuerdo a la GCP                                                |        |    |           |             |
| 6                                    | Se aplican los criterios de Alta, de acuerdo a la GCP                                                                            |        |    |           |             |
| 7                                    | Se realiza la Contrarreferencia oportuna y de acuerdo a la GCP                                                                   |        |    |           |             |
| TOTAL                                |                                                                                                                                  |        |    |           |             |
| % CUMPLIMIENTO                       |                                                                                                                                  |        |    |           |             |







## Anexo 3

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACION

## DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA

Se deberá llenar la Lista de Verificación de la Adherencia a la GPC, consignando los datos completos incluyendo el nombre del servicio o especialidad donde se realiza la verificación; fecha de la verificación, el número de la Historia Clínica y la resolución que aprueba la GPC a verificar.

Se revisará si los Signos y Síntomas consignados están relacionados con la patología o diagnóstico según la GPC.

1. Se verificará si el Diagnóstico de la patología es consistente con la Anamnesis y el examen Clínico, de acuerdo a la GPC.
2. Se verificará si se establece el Plan de trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, etc.) acorde a la patología según la GPC.
3. Se verificará si la Terapéutica está de acuerdo a la patología según GPC.
4. Se verificará si se aplican los Criterios de Alta de acuerdo a las GPC.
5. Se verificará si se registran las Complicaciones y el manejo se realiza de acuerdo a la GPC.
6. Se revisará, si se realizó la Contrarreferencia oportuna, de acuerdo a la GPC.
7. Respecto a los diferentes Items de respuesta, tener en cuenta:

## CUMPLE:

- **SI:** Califica cuando el personal de salud que brinda la atención cumple con el criterio de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO:** Califica cuando el personal de salud no cumple con el criterio estandarizado de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO APLICA:** Cuando algún criterio de la lista de Verificación no corresponde al aplicar el cumplimiento de la Adherencia a las GPC. Ejemplo: Para un paciente que aún está hospitalizado, el Criterio 5 y 7 No Aplican, porque aún está en tratamiento y/o hospitalizado.
- **NO CONSIGNA:** Cuando no se describe en la Historia el Diagnóstico, Tratamiento u otras acciones realizadas durante la realización de la atención del paciente y/o estas no fueron registradas de acuerdo a norma.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |        | CODIGO                                      |                               |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Auditoria de calidad de Atención en Salud (Auditoria de Caso) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |        | PE 02.2.4                                   |                               |
| PROCESO                                                       | PE 02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |        |                                             |                               |
| OBJETIVO                                                      | Estandarizar el proceso para realizar la Auditoria de Calidad de Atención en Salud (Auditoria de Caso).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |        |                                             |                               |
| ALCANCE                                                       | A todas las unidades asistenciales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |        |                                             |                               |
| MARCO LEGAL                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud</li><li>• D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>• R.M. N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li><li>• Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.</li><li>• R.M. N°727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li><li>• R.M. N°502-2016/ MINSA, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.</li><li>• R.M. N°850-2016/ MINSA, Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.</li><li>• R.M. N° 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</li></ul> |                                |        |                                             |                               |
| RESPONSABLE                                                   | Dirección General, Unidad de Gestión de la Calidad – UGC, Comité de Auditoria Médica, Comité de Auditoria en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |        |                                             |                               |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |        |                                             |                               |
| Nº                                                            | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTO<br>(de ser necesario) | TIEMPO | EJECUTOR                                    | ÓRGANO/<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                             | Ante un incidente de los descritos en el Anexo 2, la Dirección General o Dirección Médica dispone el inicio de la Auditoria de Calidad de Atención en Salud (Auditoria de Caso), y comunica a la Unidad de Gestión de la Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nota Informativa               | 1 día  | Dirección General /<br>Dirección de la UAIE | DG/UAIE                       |
| 2                                                             | Dispone la inmediata inmovilización de la historia clínica y solicita a la Unidad de Tecnologías de la Información, la copia de la historia clínica fedateada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nota Informativa               | 1 día  | Dirección General /<br>Dirección de la UAIE | DG/UAIE                       |
| 3                                                             | Remite la Historia Clínica copiada y fedateada a la Unidad de Gestión de Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nota Informativa               | 1 día  | Coordinador de Archivo de HC                | UTI                           |
| 4                                                             | Solicita inicio de auditoria y convoca al Comité de Auditoria Médica, este determina si se requiere Auditoria Médica o Auditoria en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Informe/<br>Nota Informativa   | 3 días | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad  | UGC                           |
| 5                                                             | Determina tipo de auditoria y elabora plan de trabajo.<br>Auditoria en Salud, si hubo participación en el incidente, de profesionales no médicos.<br>Auditoria Médica, si hubo participación en el incidente, de profesionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Plan de Trabajo                | 1 día  | Comité de Auditoria en Salud                | UGC                           |

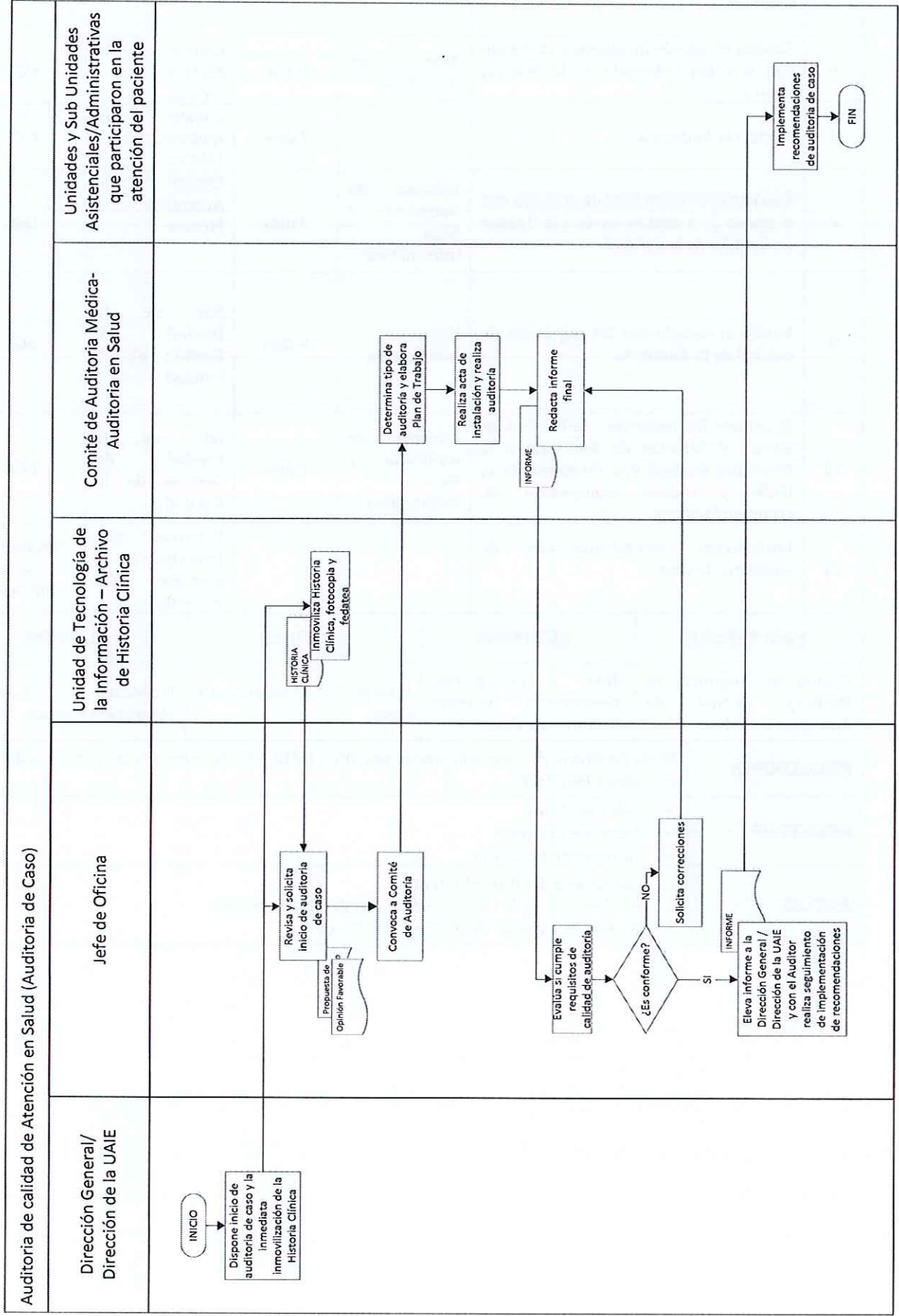






|                                                             |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                    |                                     |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                             | médicos.                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                    |                                     |
| 6                                                           | Realiza el Acta de Instalación, contando con la copia fedateada de la historia clínica.                                                                         | Acta de Instalación                                                                                                                                                                                     | 1 día                        | Comité de Auditoria Médica                         | UGC                                 |
| 7                                                           | Realiza la Auditoria                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         | 7 días                       | Comité de Auditoria Médica                         | UGC                                 |
| 8                                                           | Redacta el informe final de acuerdo con el anexo 2, el cual se envía a la Unidad de Gestión de la Calidad                                                       | Informe de Auditoria / Nota Informativa                                                                                                                                                                 | 3 días                       | Comité de Auditoria Médica                         | UGC                                 |
| 9                                                           | Evalúa si cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.                                                                                                 | Nota Informativa                                                                                                                                                                                        | 5 días                       | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad         | UGC                                 |
| 10                                                          | Si cumple los requisitos de Calidad, se eleva el Informe de Auditoria a la Dirección General y/o Dirección de la UAIE y realiza seguimiento de recomendaciones. | Informe de Auditoria / Nota Informativa                                                                                                                                                                 | 1 días                       | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad /       | UGC                                 |
| 11                                                          | Implementa recomendaciones de auditoria de caso                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |                              | Personal que participó en la atención del paciente | Unidades y Sub Unidades             |
| PROVEEDORES                                                 |                                                                                                                                                                 | ENTRADAS                                                                                                                                                                                                | SALIDAS                      |                                                    | CLIENTES                            |
| Comité de Auditoria en Médica/ Comité de Auditoria en Salud |                                                                                                                                                                 | Nota Informativa disponiendo realizar Auditoria de Caso.                                                                                                                                                | Informe de Auditoria de Caso |                                                    | Dirección General /Dirección Médica |
| INDICADORES :                                               |                                                                                                                                                                 | N° de Auditoria de Caso solicitados por DG o UAIE / N° de informes de auditoría de caso elevados a DG/UAIE.                                                                                             |                              |                                                    |                                     |
| REGISTROS :                                                 |                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Libro de Actas.</li><li>• Listas de Chequeo.</li><li>• Informe de Auditoria.</li></ul>                                                                          |                              |                                                    |                                     |
| ANEXOS :                                                    |                                                                                                                                                                 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Flujograma del Procedimiento.</li><li>2. Incidentes para la realización de una Auditoria de Caso.</li><li>3. Modelo de Informe de Auditoria de Caso.</li></ol> |                              |                                                    |                                     |

## Anexo 1





**ANEXO 2****INCIDENTES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA AUDITORIA DE CASO.**

Las Auditorías de Caso deben realizarse, entre otros, ante:

- Casos de mortalidad materno – perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares.

**ANEXO 3****MODELO DE INFORME DE AUDITORIA DE CASO.****Auditoría N° - -201...**

A : Director del Hospital

De : Equipo Auditor

Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX con N° XX historia clínica del servicio XX.

Referencia :

Fecha del Informe:

**1. ANTECEDENTES:**

Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).

**2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:**

Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).

**3. TIPO DE AUDITORÍA:**

Auditoría de Caso.

**4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:**

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada al paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx

**5. METODOLOGÍA:**

La metodología recomendada por la presente norma es:

- Reconstrucción documentada de los hechos.
- Análisis de la información disponible.
- Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
- Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos.
- Evaluación de la presencia de los eventos centinela (Eventos adversos graves).

**6. INFORMACIÓN CLÍNICA:**



Resumen de la información concerniente a las asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.

## 7. HALLAZGOS:

Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada

al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.

Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

- Sumilla.
- Condición.
- Criterio.

Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.

Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

## 8. CONCLUSIONES:

Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción

de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados, así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.

## 9. RECOMENDACIONES:

Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.

## 10. FIRMAS:

Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.

## 11. ANEXOS:

Se consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de NTS. N°029. Vol.02.



| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |        |                                                                                    | CODIGO                         |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Auditoria de Calidad de atención en salud |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |        |                                                                                    | PE 02.2.5                      |
| PROCESO                                   | PE 02.2 Evaluación y Monitoreo de la Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |        |                                                                                    |                                |
| OBJETIVO                                  | Estandarizar el proceso para realizar la Auditoria de Calidad de Atención en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |        |                                                                                    |                                |
| ALCANCE                                   | A todas las unidades asistenciales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |        |                                                                                    |                                |
| MARCO LEGAL                               | <ul style="list-style-type: none"><li>D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos d Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>R.M. N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.</li><li>Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.</li><li>R.M. N°727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.</li><li>R.M. N°502-2016/ MINSA, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.</li><li>R.M. N°850-2016/ MINSA, Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.</li><li>R.M. N° 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</li></ul> |                                |        |                                                                                    |                                |
| RESPONSABLE                               | Dirección General, Unidad de Gestión de la Calidad – UGC, Comité de Auditoria Médica, Comité de Auditoria en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |        |                                                                                    |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |        |                                                                                    |                                |
| Nº                                        | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRODUCTO<br>(de ser necesario) | TIEMPO | EJECUTOR                                                                           | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                         | De acuerdo a programación o a solicitud de la UAIE, la Unidad de Gestión de la Calidad dispone el inicio de la Auditoria de Calidad de Atención en Salud y comunica a la Dirección General, precisando los datos como identificación del paciente y de la historia clínica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nota Informativa               | 1 día  | Dirección General /<br>Dirección de la UAIE                                        | DG/UAIE                        |
| 2                                         | Dispone la inmediata inmovilización de la historia clínica y solicita a la Unidad de Tecnologías de la Información, la historia clínica para la auditoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nota Informativa               | 1 día  | Dirección General /<br>Dirección de la UAIE                                        | DG/UAIE                        |
| 3                                         | Remite la Historia Clínica a la Unidad de Gestión de Calidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nota Informativa               | 1 día  | Coordinador de Archivo de HC                                                       | UTI                            |
| 4                                         | Convoca al Comité de Auditoria Médica, Comité de Auditoria en salud o Médico Auditor Especialista de acuerdo con el caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informe /<br>Nota Informativa  | 3 días | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad/Coordi nador de Auditoria de la Calidad | UGC                            |





|                    |                                                                                                                        |                                         |                |                                                                                     |                 |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 5                  | Auditoria en Salud: Si hubo participación en el incidente, de profesionales no médicos. Elabora el plan de trabajo.    |                                         | 1 día          | Comité de Auditoria en Salud                                                        | UGC             |
| 6                  | Auditoria Médica: Si hubo participación en el incidente, de profesionales médicos. Elabora el plan de trabajo.         |                                         | 1 día          | Comité de Auditoria Médica / Médico Auditor Especialista                            | UGC             |
| 7                  | El comité de Auditoria respectivo realizará el Acta de Instalación, contando ya con la historia clínica.               | Acta de Instalación                     | 1 día          | Comité de Auditoria Médica/Auditoria en Salud                                       | UGC             |
| 8                  | Realiza la auditoría                                                                                                   |                                         | 15 días        | Comité de Auditoria Médica/Auditoria en Salud                                       | UGC             |
| 9                  | Redacta el informe final de acuerdo con el anexo 2, el cual se envía a la Unidad de Gestión de la Calidad              | Informe de Auditoria / Nota Informativa | 3 días         | Comité de Auditoria Médica/Auditoria en Salud                                       | UGC             |
| 10                 | Evalúa si cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.                                                        | Nota Informativa                        | 5 días         | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad / Coordinador de Auditoria de la Calidad | UGC             |
| 11                 | Si cumple los requisitos de Calidad, se eleva el Informe de Auditoria a la Dirección General y/o Dirección de la UAIE. | Informe de Auditoria / Nota Informativa | 1 día          | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad / Coordinador de Auditoria de la Calidad | UGC             |
| 12                 | El Director General y/o Director de la UAIE dispondrá del levantamiento de Observaciones de las áreas involucradas.    | Nota Informativa                        | 1 día          | Dirección General / Dirección de la UAIE                                            | DG/UAIE         |
| 13                 | Realiza el seguimiento de las recomendaciones del Informe de Auditoria.                                                | Nota Informativa                        | 3 días         | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad / Coordinador de Auditoria de la Calidad | UGC             |
| <b>PROVEEDORES</b> |                                                                                                                        | <b>ENTRADAS</b>                         | <b>SALIDAS</b> |                                                                                     | <b>CLIENTES</b> |



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

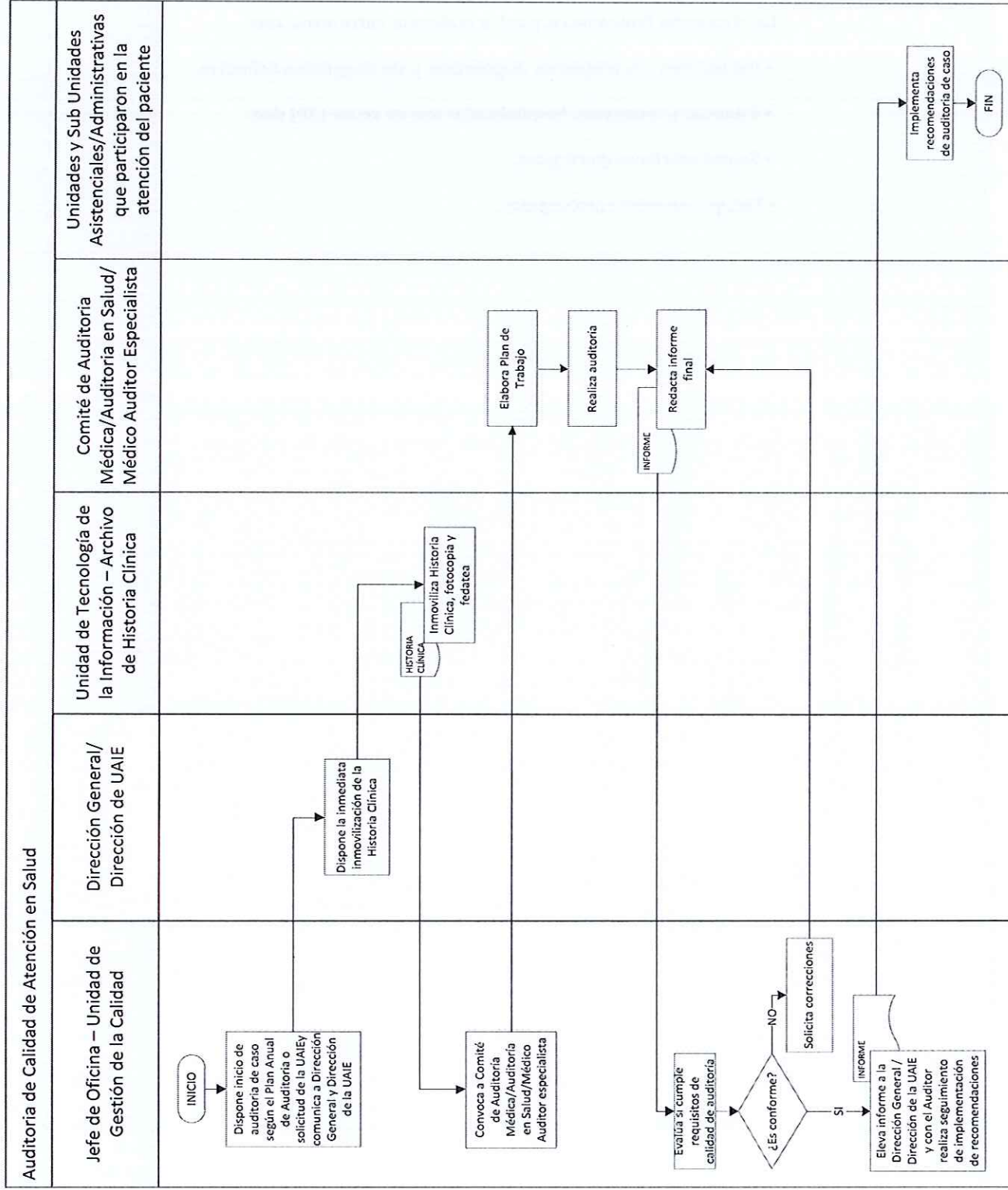


| Comité de Auditoría en Médica/ Comité de Auditoría en Salud | Nota Informativa disponiendo realizar Auditoría de Caso.                                                                                                                                                | Informe de Auditoría en Salud | Dirección General / UAIE |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| <b>INDICADORES:</b>                                         | Porcentaje de informes de auditoría elevado a la DG                                                                                                                                                     |                               |                          |
| <b>REGISTROS :</b>                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Libro de Actas.</li><li>• Listas de Chequeo.</li><li>• Informe de Auditoría.</li></ul>                                                                          |                               |                          |
| <b>ANEXOS :</b>                                             | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Flujograma del Procedimiento.</li><li>2. Incidentes para la realización de una Auditoría de Caso.</li><li>3. Modelo de Informe de Auditoría de Caso.</li></ol> |                               |                          |





## Anexo 1





## Anexo 2

### AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN PROGRAMADA.

Las Auditorías Programadas pueden realizarse, entre otros, ante:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
- Reintervenciones quirúrgicas.
- Tiempos de espera prolongados.





## Anexo 3

## MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

## (Auditoría Programada)

Auditoría N° -XXXXX-20...

A : Director del Hospital

De : Equipo Auditor

Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud brindada al paciente XX N° XX Historia Clínica del Servicio XX.

Referencia :

Fecha del Informe :

## 1. ANTECEDENTES:

Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).

## 2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.

## 3. TIPO DE AUDITORÍA:

Clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5.

## 4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. Atención brindada al paciente XX, en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año).

## 5. METODOLOGÍA:

Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.

## 6. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.

## 7. HALLAZGOS:

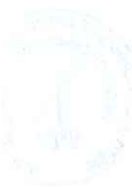
Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

- Sumilla.
- Condición.
- Criterio.

## 8. CONCLUSIONES:

La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.

## 9. RECOMENDACIONES:





Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.

**10. FIRMAS:**

Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.

**11. ANEXOS.**





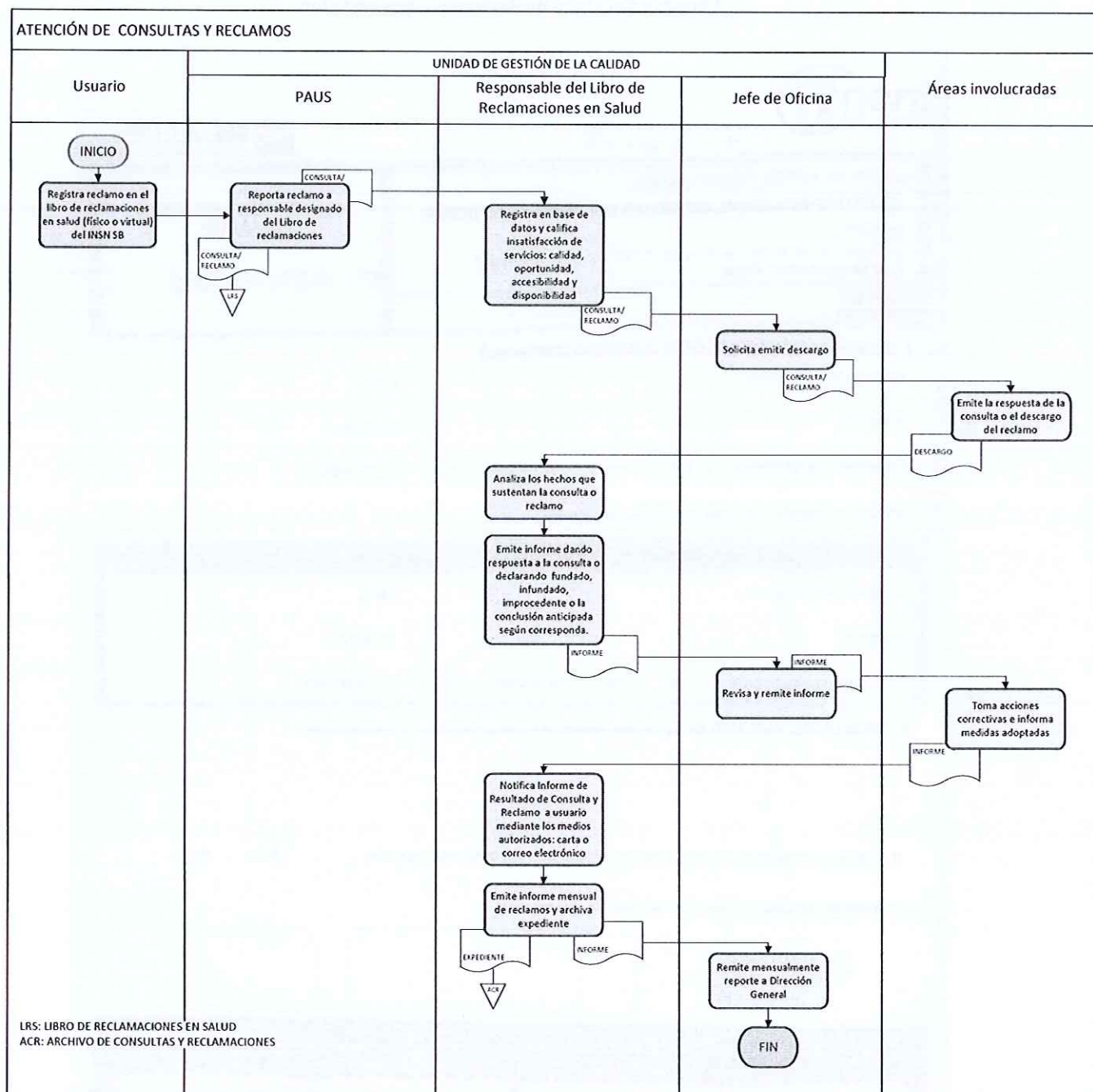
| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |          |                                                          | CODIGO                                    |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Atención de Consultas y Reclamos       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |          |                                                          | PE 02.3.1                                 |
| PROCESO                                | PE 02.3 Mejora Continua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |          |                                                          |                                           |
| OBJETIVO                               | Establecer el procedimiento para la atención de consultas y reclamos presentados por usuarios o terceros legitimados ante INSN SB, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas, así como establecer los mecanismos que le permitan el acceso, protección y defensa de sus derechos respecto de los servicios de salud prestados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |          |                                                          |                                           |
| ALCANCE                                | A todas las unidades y administrativas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |          |                                                          |                                           |
| MARCO LEGAL                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud</li><li>• Decreto Legislativo N° 1158, Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud</li><li>• D.S N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414</li><li>• D.S. N° 030-2016-SA, que aprueba el “Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas 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”.</li><li>• R.D. N° 027/2017/INSN-SB/T, con el que se designa al responsable del libro de reclamaciones del INSN SB.</li></ul> |                                |          |                                                          |                                           |
| RESPONSABLE                            | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |          |                                                          |                                           |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |          |                                                          |                                           |
| Nº                                     | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTO<br>(de ser necesario) | TIEMPO   | EJECUTOR                                                 | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA            |
| 1                                      | Registra consulta y reclamo por insatisfacción de servicio de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |          | Usuario o<br>tercero<br>legitimado                       | UGC                                       |
| 2                                      | Reporta consulta y reclamo a responsable designado con Resolución Directoral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |          | Responsable del<br>Libro de<br>Reclamaciones<br>en Salud | UGC - PAUS                                |
| 3                                      | Registra en base de datos y califica insatisfacción de servicio: calidad, oportunidad, accesibilidad y disponibilidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Registro en<br>Base Datos      |          | Responsable<br>Libro de<br>Reclamaciones<br>(L.R.)       | UGC                                       |
| 4                                      | A través de Jefe de Unidad, deriva la consulta y reclamo al personal involucrado para que emita su descargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nota<br>Informativa            | 24 horas | Responsable del<br>Libro de<br>Reclamaciones<br>en Salud | UGC                                       |
| 5                                      | Emite la respuesta de la consulta o el descargo del reclamo correspondiente al responsable del Libro de Reclamaciones en Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Descargo                       | 72 horas | Personal<br>asignado                                     | Unidades y<br>Subunidades<br>Involucradas |
| 6                                      | Analiza los hechos que sustentan la consulta y reclamo, el contenido de las investigaciones y las actuaciones probatorios de ser el caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Base Datos                     | 10 días  | Responsable del<br>Libro de<br>Reclamaciones<br>en Salud | UGC                                       |
| 7                                      | Emite informe en donde detalla conclusión del caso dando respuesta a la consulta o declarando fundado,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informe                        | 5 días   | Responsable del<br>Libro de<br>Reclamaciones             | UGC                                       |



|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                 |                 |                                  |  |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|--|
|                                  | infundado, improcedente o la conclusión anticipada según corresponda.                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                         |        | en salud                                        |                 |                                  |  |
| 8                                | Remite el informe del caso al Director Ejecutivo correspondiente                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |        | Jefe de Unidad                                  | UGC             |                                  |  |
| 9                                | Toma las acciones correctivas e informa las medidas adoptadas a UGC                                                                                                                                                                                                                         | Memo                                                                                                                                                                                                                                                    |        | Director Ejecutivo                              | Unidad Orgánica |                                  |  |
| 10                               | Notifica respuesta del resultado de la consulta o reclamo con las acciones correctivas al usuario o tercero legitimado, al domicilio consignado en el reclamo o vía correo electrónico en caso de haber autorizado expresamente y registra la atención y fecha de cierre del procedimiento. | Informe de Resultado de Consulta y Reclamo                                                                                                                                                                                                              | 5 días | Responsable del Libro de Reclamaciones en Salud | UGC             |                                  |  |
| 11                               | Emite informe mensual a Jefe de Unidad, detallando número de reclamos fundados o infundados, con la finalidad de mejorar la atención en salud del usuario y Jefe de Unidad eleva informe a la Dirección General.                                                                            | Informe                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 días | Responsable del Libro de Reclamaciones en Salud | UGC             |                                  |  |
| 12                               | Archiva y custodia el expediente por un periodo de 4 años.                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |        | Responsable del Libro de Reclamaciones en Salud | UGC             |                                  |  |
| PROVEEDORES                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENTRADAS                                                                                                                                                                                                                                                |        | SALIDAS                                         |                 | CLIENTES                         |  |
| Usuarios<br>Terceros Legitimados |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Libro de Reclamaciones en Salud                                                                                                                                                                                                                         |        | Informes<br>Cartas o Correo de respuestas       |                 | Usuarios<br>Terceros Legitimados |  |
| INDICADORES :                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | N° de reclamos registrados en el Libro de reclamaciones<br>(N° de reclamos atendidos/N° de reclamos recibidos) x 100<br>Tiempo promedio de respuesta de reclamo                                                                                         |        |                                                 |                 |                                  |  |
| REGISTROS :                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Libro de Reclamaciones en Salud físico</li><li>• Libro de reclamaciones en Salud virtual</li><li>• Base de Datos de la UGC</li><li>• Cartas o Correos de respuesta</li></ul>                                    |        |                                                 |                 |                                  |  |
| ANEXOS :                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Flujograma del Procedimiento</li><li>2. Formato de Libro de Reclamaciones en Salud</li><li>3. Registro de Reclamos en Salud</li><li>4. Modelo de Informe de Resultado de Consulta y Reclamo en Salud</li></ol> |        |                                                 |                 |                                  |  |



## Anexo 1 Flujograma del Procedimiento









PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## Anexo 2

## Formato del Libro de Reclamaciones en Salud

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | D.S. N° 037 - 2011 - PCM<br>D.S. N° 042 - 2011 - PCM                                                                            |    |
| (NOMBRE DE LA IAFAS, IPRESS O UGIPRESS)<br><b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA</b><br>DOMICILIO:<br>Av. Agustín de la Rosa Toro N° 1399 Urb. Jacarandá II<br>San Borja, Lima - Perú                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         | <b>HOJA DE RECLAMACIÓN<br/>EN SALUD</b><br><br>N° 0000048- 2018                                                                 |                                                                                       |
| FECHA:      /      /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| <b>1.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | E-MAIL:                                                                                                                         |                                                                                       |
| DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         | TELÉFONO:                                                                                                                       |                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) R.U.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         | N° DOCUMENTO:                                                                                                                   |                                                                                       |
| NOMBRE DEL PACIENTE (EN CASO DE SER PADRE O MADRE):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| <b>2.- IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO</b> (En caso de ser usuario afectado no es necesario su llenado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | E-MAIL:                                                                                                                         |                                                                                       |
| DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         | TELÉFONO:                                                                                                                       |                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ( ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) R.U.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         | N° DOCUMENTO:                                                                                                                   |                                                                                       |
| <b>3.- DETALLE DEL RECLAMO</b> (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| 4.- AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)      SI ( )      NO ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| 5.- FIRMA DEL RECLAMANTE (usuario, representante o terceros legitimado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| FIRMA O HUELLA DIGITAL<br>EN CASO DE SER PERSONA<br>ILETRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | HUELLA DIGITAL                                                                                                                  |  |
| <b>6.- SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| <b>DETALLE DE LA SOLUCIÓN</b><br><br>(DETALLAR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>RECLAMANTE</b><br><br>(FIRMA O HUELLA DIGITAL<br>EN CASO DE SER PERSONA<br>ILETRADA) | <b>RESPONSABLE DEL LIBRO DE<br/>RECLAMACIONES EN SALUD</b><br><br>(FIRMA DEL RESPONSABLE<br>LIBRO DE RECLAMACIONES<br>EN SALUD) |                                                                                       |
| Las IAFAS, IPRESS O UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles.<br>"Estimado usuario: usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su transmisión o disconformidad con el resultado del mismo." |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |
| USUARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                       |







## Anexo 3

## Registro de Reclamos en Salud

| Fecha | Mes | A. Paterno | A. Materno | Nombre | Sexo | Vínculo | Garantía | Nº-Año | Detalle | UPSS<br>Quejida | Servicio<br>Quejado | Personal | Estado | Fecha de<br>Cierre | Días | Plazo | Acciones<br>realizadas | Estado<br>Actual | Resultado | Tipo de<br>Documento | Nº<br>Documento | Teléfono | Correo |
|-------|-----|------------|------------|--------|------|---------|----------|--------|---------|-----------------|---------------------|----------|--------|--------------------|------|-------|------------------------|------------------|-----------|----------------------|-----------------|----------|--------|
|       |     |            |            |        |      |         |          |        |         |                 |                     |          |        |                    |      |       |                        |                  |           |                      |                 |          |        |
|       |     |            |            |        |      |         |          |        |         |                 |                     |          |        |                    |      |       |                        |                  |           |                      |                 |          |        |
|       |     |            |            |        |      |         |          |        |         |                 |                     |          |        |                    |      |       |                        |                  |           |                      |                 |          |        |
|       |     |            |            |        |      |         |          |        |         |                 |                     |          |        |                    |      |       |                        |                  |           |                      |                 |          |        |





## Anexo 4

## Modelo de Informe de Resultado de Consulta y Reclamo en Salud

- a. Canal de ingreso de consulta o reclamo.
- b. Identificación del usuario afectado y de quien presente consulta o el reclamo.
- c. Descripción de la consulta o reclamo.
- d. Análisis de los hechos que sustentan la consulta o reclamo, conteniendo las investigaciones realizadas por las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, así como las actuaciones probatorias practicadas, de ser el caso.
- e. Conclusiones, donde se emite pronunciamiento motivado respecto a los hechos que sustentan la consulta, dando respuesta a lo solicitado o declarando el reclamo: fundado, infundado, improcedente o la conclusión anticipada, según corresponda.
- f. Medidas adoptadas.







| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |            |                                                                         | CODIGO                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Registro y monitoreo de la implementación de atención de quejas y sugerencias |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |            |                                                                         | PE 02.3.2                      |
| PROCESO                                                                       | PE 02.3 Mejora Continua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |            |                                                                         |                                |
| OBJETIVO                                                                      | Establecer las actividades para el registro y monitoreo de implementación de atención de quejas y sugerencias de los servicios brindados por la Gestora Peruana de Hospitales (GEPEHO) presentados por los pacientes, familiares de los pacientes, personal que labora en el INSN SB y público en general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |            |                                                                         |                                |
| ALCANCE                                                                       | GEPEHO y UGC, Unidades Orgánicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |            |                                                                         |                                |
| MARCO LEGAL                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ley N° 26842 - Ley General de Salud.</li><li>• Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</li><li>• Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.</li><li>• Decreto Supremo 027-2015-SA que aprueba Reglamento Ley N° 29414.</li><li>• Resolución Ministerial 007-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 258/MINSA/ 2018-OGD-SG Directiva Administrativa para la atención del libro de Reclamaciones, quejas por defecto de tramitación y sugerencias presentadas ante el Ministerio de Salud.</li><li>• Contrato de Gerencia Proceso de Promoción de la Inversión Privada del Proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja”.</li></ul> |                                  |            |                                                                         |                                |
| RESPONSABLE                                                                   | Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |            |                                                                         |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |            |                                                                         |                                |
| Nº                                                                            | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO<br>(de ser necesario)   | TIEMPO     | EJECUTOR                                                                | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                                             | Requiere presentar quejas y /o sugerencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |            | Usuario                                                                 |                                |
| 2                                                                             | Asesora a usuario en forma como presentar quejas y sugerencia en el BUZON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Queja y Sugerencia               |            | Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS)                       | UGC                            |
| 3                                                                             | Presenta quejas y sugerencias por insatisfacción de servicio prestado por GEPEHO ( 10 servicios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Quejas y Sugerencias             |            | Usuario                                                                 |                                |
| 4                                                                             | Recoge y registra quejas y Sugerencias en conjunto con el responsable de GEPEHO diariamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Registro de Quejas y Sugerencias | 30 minutos | Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS)<br>Personal de GEPEHO | UGC                            |
| 5                                                                             | Informa número de registro de quejas y sugerencias al Coordinador de PAUS y éste verifica el registro de quejas y sugerencias en el SIGI (Registro de GEPEHO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Informe mensual                  | 30 días    | PAUS                                                                    | UGC                            |
| 6                                                                             | Monitorea la implementación de atención de quejas y sugerencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  | 30 días    | Coordinador de PAUS                                                     | UGC                            |
| 7                                                                             | Informa a UGC mensualmente acciones correctivas realizadas por GEPEHO respecto a quejas y sugerencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Informe Mensual                  | 1 día      | Coordinador de PAUS                                                     | UGC                            |





|                                  |                                                                      |                                                                  |          |                |                                   |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------------------------------|
| 8                                | Informa sobre resultado de acciones correctivas a Dirección General. | Informe Mensual                                                  | 2 días   | Jefe de la UGC | UGC                               |
| PROVEEDORES                      |                                                                      | ENTRADAS                                                         | SALIDAS  |                | CLIENTES                          |
| Usuarios Trabajadores del INSNSB |                                                                      | Buzón de Quejas y Sugerencias                                    | Informes |                | Usuarios Trabajadores del INSN SB |
| INDICADORES :                    |                                                                      | Número de sugerencias ingresados al Buzón                        |          |                |                                   |
| REGISTROS :                      |                                                                      | Reporte de conteo semanal                                        |          |                |                                   |
| ANEXOS :                         |                                                                      | 1. Flujo del procedimiento.<br>2. Formato de Quejas y Sugerencia |          |                |                                   |



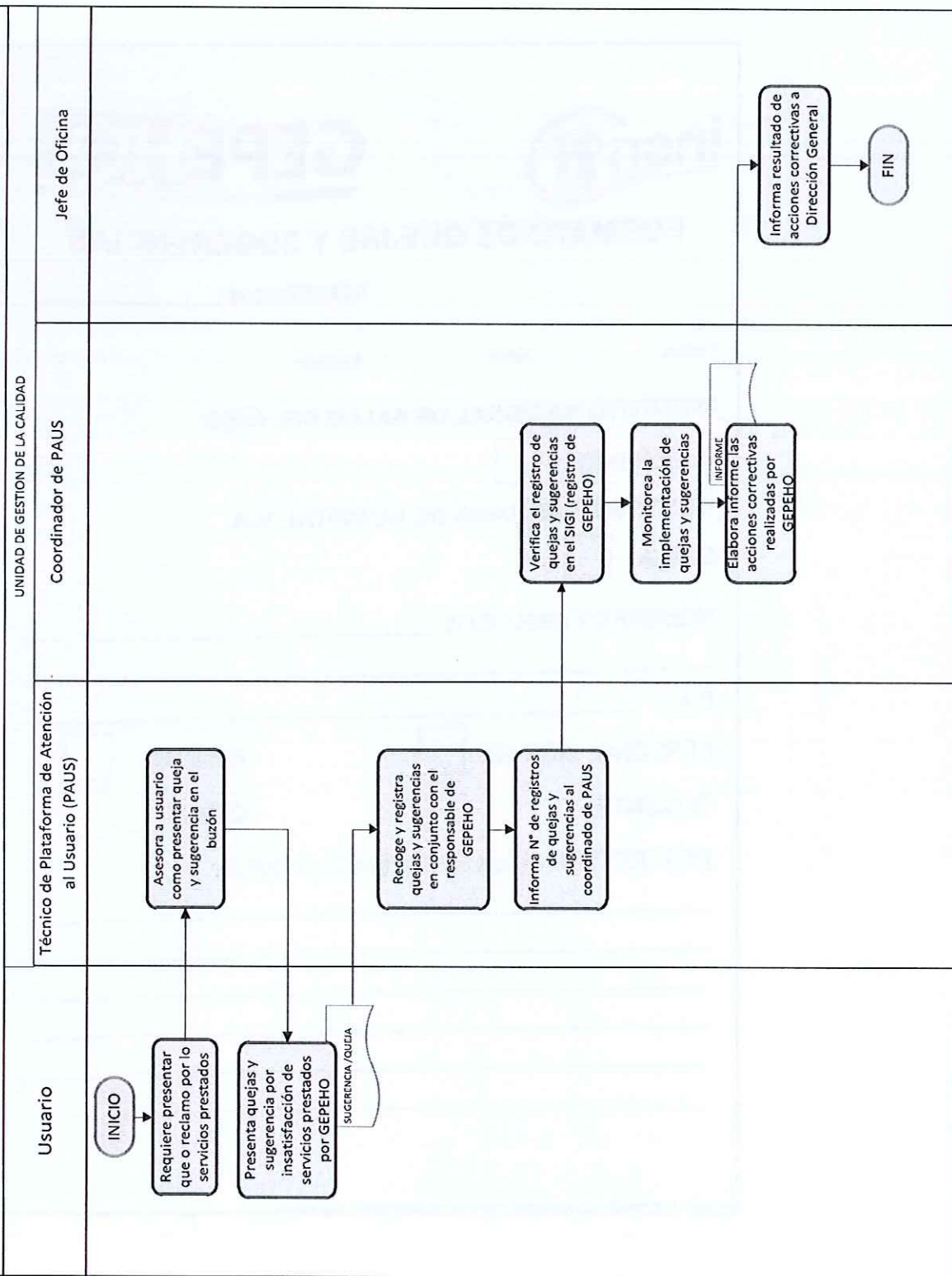


PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



# Registro y monitoreo de la implementación de quejas y sugerencias





PERÚ



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



Anexo 2

Formato de Quejas y Sugerencias



**FORMATO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS**

REGISTRO N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**

SUGERENCIA: ☐

**GESTORA PERUANA DE HOSPITAL S.A.**

QUEJA: ☐

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

PERSONAL INSN-SB: ☐ FAMILIAR: ☐

PACIENTE: ☐ OTROS: ☐

DESCRIPCIÓN DE LA SUGERENCIA O QUEJA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







| FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO                   |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |                                          |                | CODIGO                         |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|--------------------------------|
| Formulación y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |                                          |                | PE 02.3.3                      |
| PROCESO                                                  | PE.02.3 Mejora Continua                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| OBJETIVO                                                 | Lograr que la unidades asistenciales y administrativas del INSN SB cuenten con asesoría para la formulación de proyectos de mejora institucional                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| ALCANCE                                                  | INSN SB y sus unidades orgánicas                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| MARCO LEGAL                                              | R.D 123-2017/INSN-SB Modifica el Manual de Operaciones del INSN SB.<br>RM N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad". |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| RESPONSABLE                                              | Unidad de Gestión de la Calidad del INSN SB                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS                            |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| Nº                                                       | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO<br>(de ser necesario)                                                                                                                                                    | TIEMPO                                   | EJECUTOR       | ÓRGANO /<br>UNIDAD<br>ORGÁNICA |
| 1                                                        | Identifica la oportunidad de mejora y solicitar asesoría a la Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                         | Informe                                                                                                                                                                           | 1 día                                    | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 2                                                        | Brinda asesoría para la formulación del proyecto y herramientas de calidad                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   | 1 día                                    | Especialista   | UGC                            |
| 3                                                        | Plantea el problema, determinar y priorizar las causas a intervenir                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   | 1 día                                    | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 4                                                        | Recopilar datos básicos.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                   | 7 días                                   | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 5                                                        | Plantear objetivos y determinar indicadores para medir los logros.                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   | 1 día                                    | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 6                                                        | Formular el proyecto según el esquema establecido en coordinación con la Unidad de Planeamiento y Presupuesto y otras unidades que intervengan en el proyecto.                                                                        | Proyecto formulado                                                                                                                                                                | 45 días                                  | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 7                                                        | Remitir el proyecto a la Unidad de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                              | Informe                                                                                                                                                                           | 1 día                                    | Especialista   | Unidad orgánica                |
| 8                                                        | Revisar y emitir opinión del proyecto                                                                                                                                                                                                 | Proyecto                                                                                                                                                                          | 3 días                                   | Especialista   | UGC                            |
| 9                                                        | Revisa y remite a la Dirección General para el trámite de aprobación con Resolución Directoral                                                                                                                                        | Proyecto                                                                                                                                                                          | 3 días                                   | Jefe de la UGC | Dirección General              |
| PROVEEDORES                                              |                                                                                                                                                                                                                                       | ENTRADAS                                                                                                                                                                          | SALIDAS                                  |                | CLIENTES                       |
| Unidad orgánica                                          |                                                                                                                                                                                                                                       | Proyecto de mejora                                                                                                                                                                | Proyecto de mejora con opinión favorable |                | Unidad orgánica                |
| INDICADORES :                                            |                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>Nº de Oportunidad de mejora identificadas.</li><li>Nº de proyectos de mejoras presentados a la Dirección General para aprobación.</li></ul> |                                          |                |                                |
| REGISTROS :                                              |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |                                          |                |                                |
| ANEXOS :                                                 |                                                                                                                                                                                                                                       | Flujograma del Procedimiento                                                                                                                                                      |                                          |                |                                |



