



## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 19 NOV. 2015

### VISTO:

El expediente N° 15-014581-001/INSN-SB, sobre el Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad; y,

### CONSIDERANDO:

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

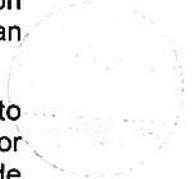
Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que los establecimiento de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud a nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo 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, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad en Salud orientada a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA de fecha 29 de octubre 2009, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de la calidad en Salud" que tiene como finalidad la de contribuir a la mejora de la calidad en la atención de Salud, que mediante la implementación de directrices emanadas de la actividad sanitaria nacional que



orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de Salud;

Que, en el inciso a) del literal II.3.3 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, se establece que la Unidad de Gestión de la Calidad es la responsable de la "Implementación de los principios, normas, estrategias, metodologías e instrumentos para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado por el ente rector, a fin de propender a la mejora continua de los servicios de Salud que brinda el Instituto;

Que, en el inciso b) del literal II.3.3 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que la Unidad de Gestión de la Calidad es la responsable de "Elaborar y proponer guías de atención y procedimientos de atención al paciente";

Que, mediante Nota Informativa N° 298-2015-UGC-INSN-SB, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad presenta el Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando al Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto se sirva a evaluar y gestionar su aprobación;

Que, mediante Informe N° 088-2015-UPP-INSN-SB; la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, con relación al Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, informa que su estructura y contenidos cumplen aspectos técnicos requeridos para su aplicación, conforme a la Directiva para la formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional conteniendo cada una su ficha de procedimientos, flujograma y formatos, por lo que se recomienda su aprobación;

Que, mediante el Informe Legal N° 176 -2015-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica opina que el Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, elaborado por el Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de Calidad y evaluado por la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, ha sido redactado en cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad legal vigente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, la Unidad de Atención Integral Especializada, la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, la Unidad de Gestión de la Calidad, y, la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por los fundamentos expuestos y de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, que forma parte de la presente resolución, que contiene cuatro procedimientos, siendo los siguientes:

- Atención de quejas y reclamos.
- Atención de sugerencias.



- Elaboración, Aprobación, Difusión y Cumplimiento de Adherencia de Guía de Práctica Clínica y Guía de Procedimiento.
- Autoevaluación de Acreditación.

**ARTÍCULO 2°.-** Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad.

**ARTÍCULO 3°.-** Encárguese a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, la difusión, supervisión y evaluación de la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad.

**ARTÍCULO 4°.-** Disponer la publicación en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

 Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
  
Dra. Zulema Tomás Gonzáles  
DIRECTORA GENERAL

  
INSN  
VºBº  
SUB DIRECCIÓN

  
INSN  
VºBº  
DIRECTOR EJECUTIVO

  
INSN  
VºBº  
DRA. PATIA GRANADOS GUBOVICH

  
INSN  
VºBº  
PLANEAMIENTO  
PRESUPUESTO

EZTG/JCRG/dpm

- Distribución
- ( ) Dirección General
  - ( ) Unidad de Planeamiento y Presupuesto
  - ( ) Unidad de Atención Integral Especializada
  - ( ) Unidad de Gestión de la Calidad
  - ( ) Unidad de Asesoría Jurídica
  - ( ) Archivo

  
INSN-SB  
VºBº  
Abog. José  
Carlos Ramos  
Geidres  
UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA

180



PERÚ

Ministerio  
de Salud



# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

## UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Octubre - 2015



179



### INDICE

**CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN** ..... 3

**CAPÍTULO II. - OBJETIVOS DEL MANUAL**..... 4

**CAPÍTULO III. - BASE LEGAL**..... 4

**CAPITULO IV.- PROCEDIMIENTOS**..... 5

    4.1. Inventario de Procedimientos ..... 5

    4.2. Ficha de Procedimientos

        4.2.1 Atención de Quejas y Reclamos..... 7

        4.2.2 Atención de Sugerencias ..... 13

        4.2.3 Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento..... 17

        4.2.4 Autoevaluación de Acreditación ..... 33

**CAPÍTULO V.- CONTROL DE CAMBIOS**..... 36

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad	Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Dirección General: Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales





## CAPÍTULO I.

### INTRODUCCIÓN

En el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, las instituciones que la conforman tienen el reto de cambiar del tradicional modelo de organización funcional a una organización por procesos que permita otorgar servicios acorde a las necesidades de los ciudadanos.

Por tal motivo, el Manual de Procesos y Procedimientos se elabora alineándolos con los Macroprocesos institucionales, con el fin de asegurar la integración entre las actividades que la conforman con un mismo objetivo "brindar un servicio orientado a las necesidades de salud del paciente".

El Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja (INSN-SB), es un Instituto Especializado, dependiente del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, cuya función es brindar atención altamente especializada a los niños y adolescentes en especialidades quirúrgicas priorizadas (Quemado y Cirugía Plástica, TPH, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Neonatología y Cirugía Neonatal - Pediátrica y Especialidades Quirúrgicas en Pediatría), así como en el campo de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, asimismo es su 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.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos describe el ámbito de aplicación de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien tiene por función facilitar el implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto, a fin de propender a la mejora continua de los servicios de salud que brinda el Instituto. En ese sentido, la Unidad de Gestión de la Calidad es responsable de los procesos de Satisfacción y Seguridad del usuario, Mejora Continua y Evaluación y Monitoreo de la Calidad.

Al aprobarse el Manual, será responsabilidad de la Unidad de Gestión de la Calidad implementar, monitorear, evaluar e identificar oportunidades de mejora que implique la actualización de este documento.





## CAPÍTULO II.

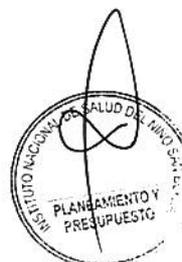
### OBJETIVOS DEL MANUAL

- Estandarizar y establecer los procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Designar a los responsables de la ejecución y monitoreo de desempeño de los procedimientos.

## CAPÍTULO III.

### BASE LEGAL

1. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
2. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud - D.S. N° 013-2002-SA.
3. Ley General de Salud - Ley N° 26862.
4. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - D.S. N° 013-2006-SA.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
6. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
7. Ley N° 29571, Código de protección y defensa del consumidor
8. Decreto Legislativo N° 1158, Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Manual de Operaciones del INSNSB - RM N° 512-2014/MINSA
9. Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"- R.M. N° 546-2011/MINSA.
10. D. S. N° 026-2015-SA , Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158
11. R.S. N° 160-2011-SUNASA/CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS y sus modificatorias.
12. R. M. N° 768-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, componente de información para la calidad, implementar mecanismos para la recepción, procesamiento y atención de sugerencias y quejas de los usuarios.
13. R. M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva N° 027- MINSA-V.01 - Normas que Regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud.





PERÚ  
Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



### CAPITULO IV.

### PROCEDIMIENTOS

#### 4.1. Inventario de Procedimientos

PROCESO/SUBPROCESO		Gestión de la Calidad Institucional				
UNIDAD/SUB UNIDAD		Unidad de Gestión de la Calidad				
Nº Orden	Código del Procedimiento	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Procedimiento	Resultado/Producto	Usuario	Base Legal
1	PE.5.1.1-1	Formulario de quejas y reclamos	Atención de Quejas y Reclamos	Respuesta al usuario	Usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>D. S. N° 026-2015-SA , Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158.</li> <li>R.S. N° 160-2011-SUNASA/CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS y sus modificatorias.</li> <li>R. M. N° 768-2001-SA/D.M, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, componente de información para la calidad, implementar mecanismos para la recepción, procesamiento y atención de sugerencias y quejas de los usuarios.</li> <li>R. M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva N° 027- MINSA-V.01 - Normas que Regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud.</li> </ul>



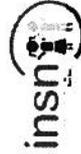
145



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud



Instituto Nacional de Salud del Perú - San Borja

Nº Orden	Código del Procedimiento	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Procedimiento	Resultado/Producto	Usuario	Base Legal
2	PE.5.1.1-2	Formulario de sugerencias	Atención de Sugerencias	Sugerencia Implementada	Usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>D. S. N° 026-2015-SA , Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158</li> <li>R.S. N° 160-2011-SUNASA/CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.</li> <li>R.M. N° 768-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, componente de información para la calidad, implementar mecanismos para la recepción, procesamiento y atención de sugerencias y quejas de los usuarios.</li> <li>R.M. N° 1216-2003-SA/DM, aprueba la Directiva N° 027-MINSA-V.01 - Normas que Regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud.</li> </ul>
3	PE.5.1.1-3	Solicitud de elaboración de Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento	Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento	Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento aprobada e implementada Informe de Adherencia	Sub Unidad Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <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° 526-2011/MINSA, Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la 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>
4	PE.5.1.1-4	Solicitud de inclusión de autoevaluación en el Plan Operativo	Autoevaluación de Acreditación	Informe de cumplimiento de autoevaluación	Unidad de Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>R.M. N° 597-2006/MINSA, N.T. N° 022/MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".</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> </ul>



144

**FICHA DE DESCRIPCION DE  
PROCEDIMIENTO**

**“ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS”**



4.2. Ficha de Procedimientos

**FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**

**PROCESO:** Gestión de la Calidad Institucional / Evaluación y Monitoreo de la Gestión de la Calidad

<b>PROCEDIMIENTO</b> Atención de Quejas y Reclamos	<b>FECHA:</b>
	<b>CÓDIGO:</b>

**PROPÓSITO:** Establecer las actividades a realizar para el registro y atención de las quejas y/reclamos de los pacientes, familiares de los pacientes, personal que labora en el INSN-SB y público en general.

**ALCANCE:** A todas las unidades asistenciales y administrativas.

- MARCO LEGAL:**
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
  - Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
  - Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
  - Ley N° 29571, Código de protección y defensa del consumidor
  - Decreto Legislativo N° 1158, Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
N° de quejas/reclamos recibidos	Número	Libro de Reclamaciones	Unidad de Gestión de la Calidad
(N° quejas y reclamos atendidos/ N° de quejas y reclamos pertinentes recibidas)*100	Porcentaje de reclamaciones atendidas	Base de datos	Unidad de Gestión de la Calidad
Tiempo promedio de espera de respuesta de quejas	Días	Base de datos	Unidad de Gestión de la Calidad

**NORMAS**

- R.M. N° 512-2014/MINSA, Manual de Operaciones del INSNSB
- D. S. N° 026-2015-SA, Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158
- R.S. N° 160-2011-SUNASA/CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS y sus modificatorias.
- R. M. N° 768-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, componente de información para la calidad, implementar mecanismos para la recepción, procesamiento y atención de sugerencias y quejas de los usuarios.
- R. M. N° 1216-2003-SA/DM, Directiva N° 027- MINSA-V.01 - Normas que Regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**





**INICIO**

1. Usuario insatisfecho expresa disconformidad por el servicio prestado (buzón de sugerencias, libro de reclamaciones, sistema SIGI).
2. Unidad de Gestión de la Calidad (UGC):
  - 2.1 Registra queja/reclamo en Base de Datos.
  - 2.2 Revisa queja/reclamo y recopila información. Si la información del usuario es insuficiente, la queja o reclamo se considera IMPROCEDENTE, se registra y archiva.
  - 2.3 Si la información del usuario es completa, se elabora un expediente, y evalúa la gravedad de la queja/reclamo.
  - 2.4 Si no es una queja/ reclamo grave, se remite a las Unidades orgánicas implicadas en la queja/ reclamo, teniendo un plazo de 10 días hábiles para emitir los informes y descargos respectivos.
  - 2.5 Si la queja es grave, dependiendo de la necesidad o complejidad del caso solicita pruebas documentales, testimoniales, pericias y auditorias de caso entre otros.
  - 2.6 De tratarse de algunos de los servicios brindados por la empresa Gestora Peruana de Hospitales (GEPEHO), se remite la queja/reclamo, al SUPERVISOR DEL CALL CENTER (Anexo 2500 y/o al email: [supervisorcallcenter@gepeho.com](mailto:supervisorcallcenter@gepeho.com)) para que proceda a ingresarla al sistema SIGI y posteriormente seguirá tramite regular.
3. Unidad orgánica que generó la disconformidad:
  - 3.1 Recibe y evalúa la queja.
  - 3.2 Elabora y remite informe de la queja a la UGC, si lo considera pertinente propone e implementa medidas correctivas pertinentes.
4. Unidad de Gestión de la Calidad (UGC):
  - 4.1 Recibe y evalúa el informe de la Unidad orgánica, así como toda la información solicitada (pruebas documentales, testimoniales, pericias y auditorias de caso, etc.).
  - 4.2 Emite informe del resultado de la Queja ó Reclamo y comunica al usuario sobre las acciones tomadas vía correo electrónico, telefónica o de manera verbal.
  - 4.3 Registra la fecha y contenido de la respuesta al usuario en Base de Datos, así como también que la Queja/Reclamo fue atendida.
  - 4.4 Remite mensualmente a las instancias correspondientes (IAFA, IGSS, etc.) los reclamos registrados y el estado de los mismos.

**FIN**

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formulario de quejas y reclamos	Usuario	Diaria	Manual

**SALIDAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta al usuario	Unidad de Gestión de Calidad	Según programa	Manual

**DEFINICIONES :**

- **Queja / Reclamo:** Toda manifestación de inconformidad realizada por un usuario externo sobre los servicios que recibe en el hospital. Puede ser expresada verbalmente (de manera directa o indirectamente), por escrito, ante el causante de la inconformidad o ante una instancia superior
- **Queja /Reclamo Grave:** Es aquella que implica la sospecha de un incidente o evento adverso
- **Queja /Reclamo pertinente :** aquella que se fundamenta en leyes o normas vigentes aplicables al sector salud
- **Queja /Reclamo atendido:** Aquella que es recibida, investigada y analizada por el personal de la Unidad de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja con conocimiento del usuario que la formuló. Implica que se le informe al usuario las acciones tomadas



171



- **Buzón:** Caja alargada con una ranura por donde se introduce el Registro de Sugerencias y Quejas. Se encuentran disponible en las áreas de mayor demanda del Instituto.
- **Libro de Reclamaciones:** Documento de naturaleza física o virtual provisto por los proveedores en el cual los consumidores podrán registrar quejas o reclamos sobre los productos o servicios ofrecidos en un determinado establecimiento comercial abierto al público.
- **Datos insuficientes para la atención de una Queja / Reclamo:** Situación en la cual el registro de información del usuario hace imposible su identificación

**REGISTROS :**

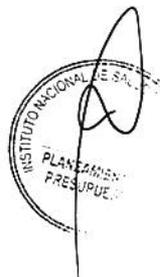
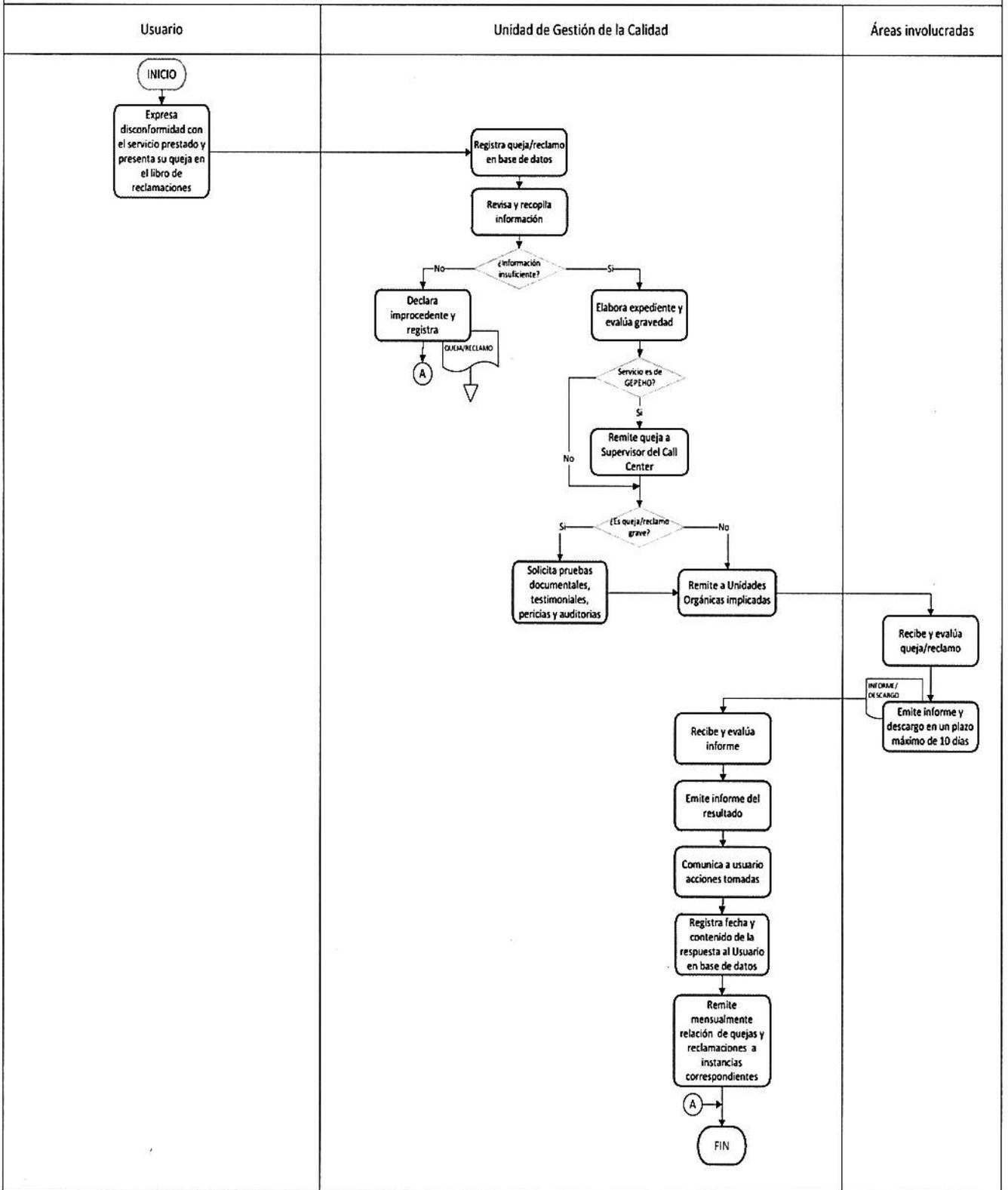
1. Formato del Libro de Reclamaciones
2. Registro de quejas y reclamos

**ANEXOS :**

1. Flujograma del Procedimiento
2. Formato del Libro de Reclamaciones
3. Registro de Quejas y Reclamos



ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS







**FICHA DE DESCRIPCION DE  
PROCEDIMIENTO**

**“ATENCION DE SUGERENCIAS”**



**FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**

**PROCESO:** Gestión de la Calidad Institucional / Evaluación y Monitoreo de la Gestión de la Calidad

<b>PROCEDIMIENTO</b> Atención de Sugerencias	<b>FECHA:</b>
	<b>CÓDIGO:</b>

**PROPÓSITO:** Establecer las actividades a realizar para el registro de las sugerencias de los pacientes, familiares de los pacientes, personales que labora en el INSN-SB y público en general.

**ALCANCE:** A todas las unidades asistenciales y administrativas.

- MARCO LEGAL:**
- Ley N° 26842- Ley General de Salud
  - Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
  - Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
  - Ley N° 2957, Código de protección y defensa del consumidor

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Sugerencia implementada /sugerencias validas presentadas	Sugerencias implementadas	Buzón de sugerencias, SIGI	Unidad de Gestión de la Calidad

**NORMAS**

- R.M. N° 512-2014/MINSA, Manual de Operaciones del INSNB
- D. S. N° 026-2015-SA , Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158
- R.S. N° 160-2011-SUNASA/CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS.
- R.M. N° 768-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, componente de información para la calidad, implementar mecanismos para la recepción, procesamiento y atención de sugerencias y quejas de los usuarios.
- R.M. N° 1216-2003-SA/DM, aprueba la Directiva N° 027- MINSA-V.01 - Normas que Regulan el Procedimiento de Atención y Trámite de Quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- INICIO**
1. Usuario deposita la sugerencia en los buzones de quejas y sugerencia.
  2. La comisión formada por encargado de la Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) de quejas y reclamos, la empresa Gestora Peruana de Hospitales (GEPEHO) y la supervisión (Currie & Brown):
    - 2.1 Diariamente hacen un recorrido por donde se encuentran ubicados los buzones, se procede a la apertura de aquellos buzones en los cuales se ha identificado algún contenido, recolectando todos los formularios.
    - 2.2 En la oficina de la UGC, procede a la apertura de los mismos y se determina si es una queja o una sugerencia.
    - 2.3 De tratarse de una queja en referencia a los servicios prestados por GEPEHO, se le entrega una copia de formulario para que ellos puedan evaluarla y tomar las acciones pertinentes según cada caso. De tratarse de la misma, de tratarse de una queja de alguna unidad orgánica del INSNB, tendrá el trámite regular para quejas y reclamos.
    - 2.4 Si es una sugerencia se deriva para su atención a la UGC.



165



3. La UGC:
- 3.1 Registra las sugerencias y/o quejas en una base de datos
  - 3.2 Evalúa sugerencias, derivando las sugerencias que estime pertinentes a las Unidades Orgánicas correspondientes para que se implementen las recomendaciones.
4. Unidad Orgánica evalúa implementación de sugerencia e informa.
5. UGC monitorea implementación y emite informe a la Dirección General
- FIN**

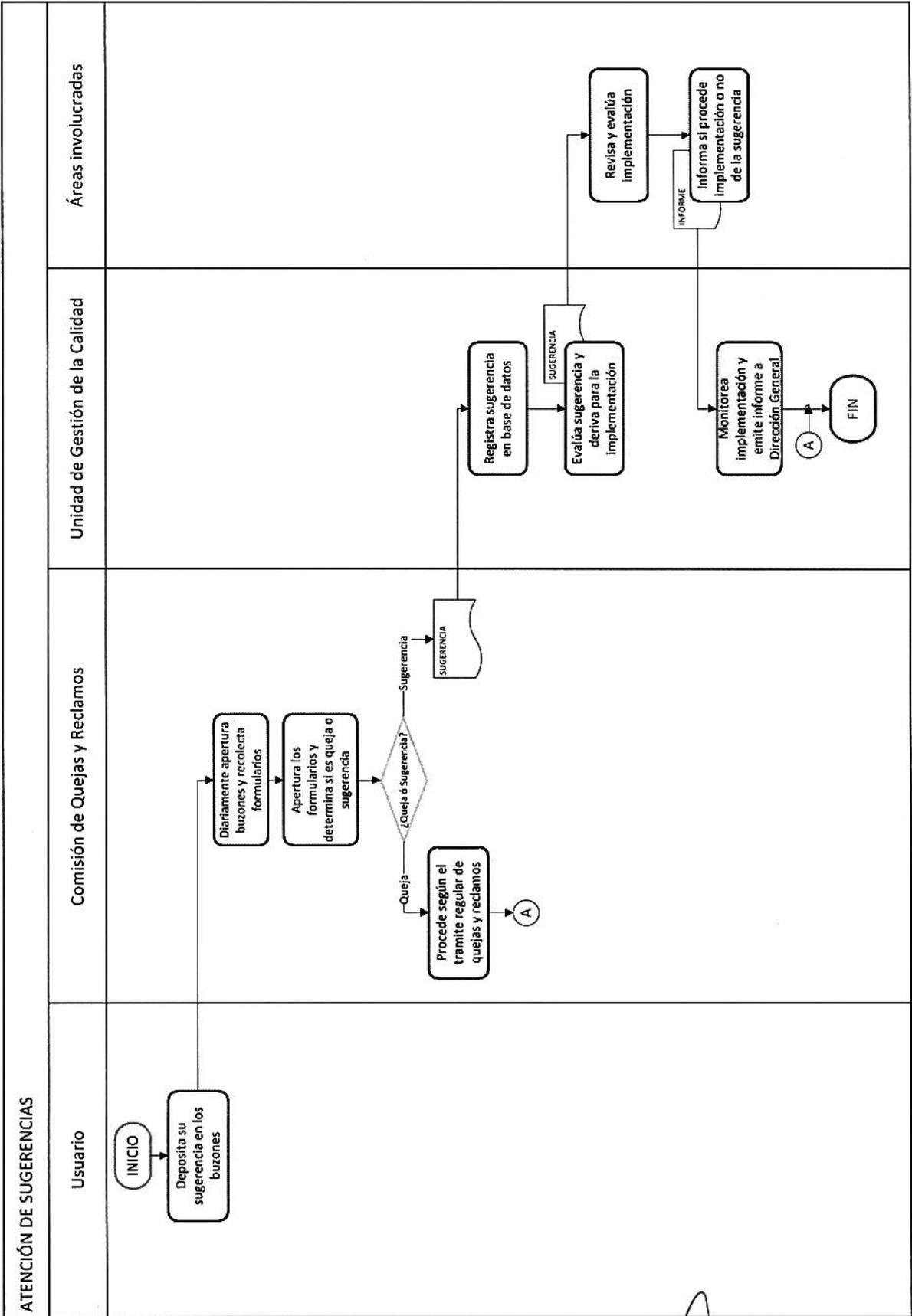
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Formulario de sugerencias	Usuario	Diaria	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sugerencia Implementada	Unidad de Gestión de Calidad	Según programa	Manual

- DEFINICIONES :**
- **Buzón:** Caja alargada con una ranura por donde se introduce el Registro de Sugerencias y Quejas. Se encuentran disponible en las áreas de mayor demanda del hospital
  - **Sugerencia :** Propuesta que formula un usuario para el mejoramiento de los servicio de la institución
- REGISTROS :**
- Formato del Libro de Reclamaciones
  - Registro de sugerencias
- ANEXOS :**
1. Flujograma del Procedimiento
  2. Formato de Sugerencias



164





Anexo 2

Formato de Sugerencias



FORMATO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

N° DE REGISTRO \_\_\_\_\_  
(PARA SER LLENADO POR EL SUPERVISOR)

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

SUGERENCIA

GESTORA PERUANA DE HOSPITALES S.A.

QUEJA

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

N° DNI \_\_\_\_\_

PERSONAL INSN - SB

PACIENTE

FAMILIAR

OTROS

DESCRIPCIÓN DE LA SUGERENCIA O QUEJA.



162

**FICHA DE DESCRIPCION DE  
PROCEDIMIENTO**

**“ELABORACION, APROBACION Y  
CUMPLIMIENTO DE ADHERENCIA DE LAS GUIAS  
DE PRACTICA CLINICA Y/O GUIA DE  
PROCEDIMIENTO”**



**FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**

**PROCESO:** Gestión de la Calidad Institucional / Satisfacción y Seguridad del Usuario

**PROCEDIMIENTO :** Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento

**FECHA:**

**CÓDIGO:**

**PROPÓSITO:** Estandarizar los procesos de elaboración, aprobación y adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimientos.

**ALCANCE:** A todas las Unidades Asistenciales.

**MARCO LEGAL:**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, Ley N° 29414,
- Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud,
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Número Guía de Práctica Clínica y Guía de Procedimiento aprobadas	Número	Resolución Directoral de aprobación	Unidad de Gestión de la Calidad
Porcentaje de adherencia de GPC	Porcentaje	Informe de auditoría	Unidad de Gestión de la Calidad

**NORMAS**

- 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".
- R.M. N° 526-2011/MINSA, Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la Salud.
- R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- R.M. N° 519-2006/MINSA, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

**INICIO**

**De la Elaboración**

1. El Responsable de la Unidad Asistencial:
  - 1.1. Identifica las patologías y los procedimientos según la cartera de servicios de las diez primeras causas de morbilidad del año anterior.
  - 1.2. Prioriza la elaboración de las diez primeras causas de morbilidad y cinco de las más complejas e identificará las que requieren actualización.
  - 1.3. Las Jefaturas de las Subunidades Asistenciales forman una Comisión de Profesionales expertos en el tema según corresponda la GPC o GP a desarrollar, los que contarán con la participación de todos los actores involucrados, asegurando que las guías desarrollen el diagnóstico, tratamiento de manera integral.
2. El Equipo Técnico de la Unidad de Investigación, Innovación Tecnológica y Docencia brinda asesoría a la Comisión de Profesionales multidisciplinares sobre la Bibliografía que se evidencien de acuerdo al diagnóstico solicitado, incluyendo los trabajos de investigación realizados en el INSN-SB relacionados a las Guías de Práctica Clínica o Guías de Procedimiento.
3. La Comisión de Profesionales multidisciplinares:
  - 3.1. Elabora el plan de trabajo.
  - 3.2. Recopila y analiza la información bibliográfica.
  - 3.3. Define si corresponde una Guía de Práctica Clínica de novo o una Guía de Práctica Clínica adaptada.
  - 3.4. Elabora las Guías según estructura establecida.
  - 3.5. Elabora acta de consenso y eleva Guía para su revisión.





**De la Revisión**

4. El Jefe de la Sub Unidad Asistencial revisa la Guía y deriva a la Unidad de Atención Integral Especializada quien remite a la Unidad de Gestión de la Calidad.
5. La Unidad de Gestión de la Calidad:
  - 5.1. Revisa la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento de acuerdo a la metodología aprobada en la Norma Técnica de Salud vigente y mediante la metodología AGREE.
  - 5.2. Solicita la opinión de los contenidos técnicos a todos los profesionales asistenciales del Área correspondiente y de acuerdo al tema de su competencia. De identificarse alguna controversia de los contenidos técnicos, remite la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento a las Sociedades Médicas para su opinión y validación.
  - 5.3. Informa a la Jefatura de la Sub Unidad Asistencial sobre las observaciones emitidas de ser el caso para la realización de las modificaciones correspondientes.
6. El Jefe de la Sub Unidad Asistencial remite a través de la Unidad de Atención Integral Especializada las correcciones solicitadas a la Unidad de Gestión de la Calidad para su validación.

**De la Aprobación**

7. El Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad remite la Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento para opinión y aprobación con Resolución Directoral a la Dirección General.
8. La Dirección General revisa y aprueba mediante Resolución Directoral.

**De la Difusión e Implementación**

9. La Dirección General remite a los responsables de las Sub Unidades Asistenciales para su difusión y supervisión del cumplimiento de los documentos aprobados.
10. El Jefe de la Sub Unidad Asistencial difunde la guía a través de una presentación a los usuarios para lo cual hará firmar el listado de asistencia.
11. El personal que conforma la Unidad, implementará la guía durante la atención del paciente.

**Del Cumplimiento de la Adherencia de las Guías**

12. La Unidad de Gestión de la Calidad elabora el plan anual de adherencia de las guías
13. El Médico Auditor:
  - 13.1. Solicita en forma aleatoria Historias Clínicas y evalúa la adherencia a la guía de práctica clínica o de procedimiento mediante la auditoría.
  - 13.2. Emite el informe de resultados de la auditoría y eleva a la Sub Unidad.
14. La Sub Unidad Asistencial implementa las recomendaciones
15. El Médico Auditor verifica el cumplimiento de las recomendaciones.
16. El Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad semestralmente elabora informe de elaboración y evaluación de guías y lo eleva al Comité de Calidad y a la Dirección General.

FIN.

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de elaboración de Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento	Sub Unidad Asistencial	Variable	Manual y Magnético

**SALIDAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Guía de Práctica Clínica o Guía de Procedimiento aprobada e implementada Informe de Adherencia	Sub Unidad Asistencial	Variable	Manual y Magnético

**DEFINICIONES :**

- **Guía de Práctica Clínica (GPC):** Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria mas apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas mas adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición específica.



159



- **Guía de Procedimiento (GP):** Documento normativo del MINSA, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica.
- **AGREE II (APPRAISAL OF GUIDALINES RESEARCH & EVALUATION - EVALUACIÓN DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA):** Instrumento que permite evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual se desarrolla una Guía de Práctica Clínica.

**REGISTROS :**

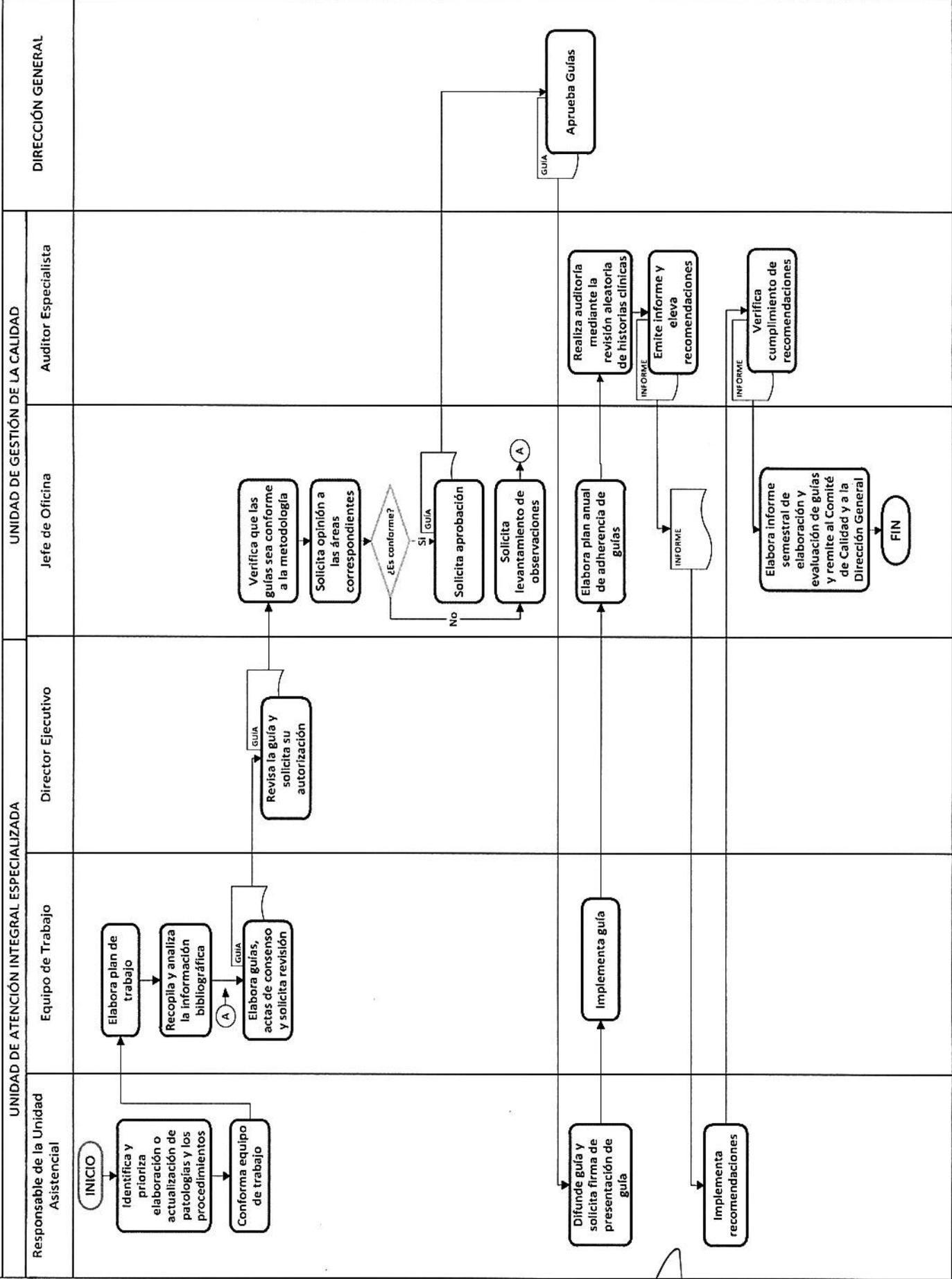
- Reporte de las diez primeras causas de morbilidad y cinco de los Procedimientos más complejas que se realiza en el INSNSB

**ANEXOS :**

1. Flujograma del Procedimiento
2. Estructura de la Guía de Práctica Clínica
3. Estructura de la Guía de Procedimiento



Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento



151



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

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
-----------------------	----------------------	----------------------

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



156



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

Índice

I Finalidad ..... 4

II Objetivo ..... 4

III Ámbito de Aplicación ..... 4

IV Diagnóstico y Tratamiento de ... ..... 4

    4.1.- Nombre y Código..... 4

V Consideraciones Generales..... 4

    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
---------------------	--	---------------



155



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica de.....

**VI Consideraciones Específicas** ..... 4

6.1 Cuadro Clínico ..... 4

6.1.1 Signos y Sintomas..... 5

6.1.2 Interacción cronologica..... 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 clinica..... 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 Terapeutica..... 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

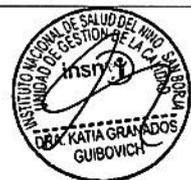
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia..... 6

6.7 Fluxograma..... 6

**VII Anexos**..... 6

**VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía**..... 6

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



154



**I.-Finalidad**

**II.-Objetivo**

**III.-Ámbito de Aplicación**

**IV.-Diagnóstico y Tratamiento de....**

4.1 NOMBRE 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.OX	Página 4 de 6
---------------------	--	---------------



153



**Signos y síntomas**

.....

**6.1.1 Interacción cronológica**

.....

**6.1.2 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**

.....

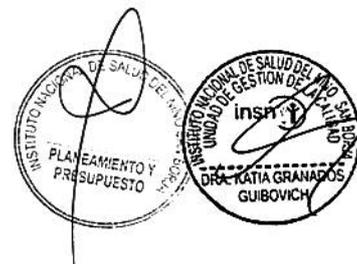
**6.4.5 Criterios de Alta**

.....

**6.4.6 Pronóstico**

.....

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



152



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.OX	Página 6 de 6
---------------------	--	---------------



151



### 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

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
-----------------------	----------------------	----------------------

Fecha : Mes del Año	Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.OX	Página 1 de 6
---------------------	---	---------------



150



**Guía de Procedimiento: .....**

**Contenido**

I NOMBRE Y CÓDIGO..... 29

II DEFINICIÓN..... 29

III INDICACIONES ..... 29

IV CONTRAINDICACIONES..... 30

V REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... 30

VI RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR..... 30

VII DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ..... 31

VIII LIMITACIONES Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS..... 31

IX COMPLICACIONES..... 31

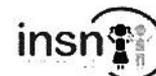
X AUTORES. FECHA Y LUGAR..... 31

XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 31

XII ANEXOS ..... 32

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





### I.-NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre del procedimiento médico. Código de CPT -2004 (sólo si lo tuviera.)

### II.-DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento.
- Aspectos epidemiológicos importantes.

### III.-INDICACIONES

Mencionar aquellos daños o situaciones clínicas en que se requiere realizar el procedimiento.

**INDICACIONES ABSOLUTAS.-** Aquellas situaciones clínicas donde la ejecución del procedimiento es mandatorio.

**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.

Fecha : Mes del Año	Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.OX	Página 3 de 6
---------------------	---	---------------



148



### IV.-CONTRAINDICACIONES

Daños o situación clínica del paciente que no debe de efectuarse el procedimiento bajo ningún punto de vista.

### V.-REQUISITOS: 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.

### VI.-RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- 6.1 Equipos Biomédicos
- 6.2 Material médico no Fungible
- 6.3 Material médico Fungible
- 6.4 Medicamentos

Fecha : Mes del Año	Código : GP - 001/INSN-SB/SIGLAS UNIDAD -V.0X	Página 4 de 6
---------------------	---	---------------



147



**VII.-DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se detalla de manera secuencial, ordenada y conforme a la actividad y participación de los actores (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) de salud que realizan el procedimiento.

**VIII.-LIMITACIONES Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS**

**IX.- COMPLICACIONES**

Establecer acciones a tomar con las complicaciones más importantes y frecuentes

**X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR**

Nombre del ejecutor responsable. Fecha. Hora y Lugar del Procedimiento.

Fecha de elaboración y vigencia del protocolo.

Los autores y correos electrónicos

**XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Información científica mayormente sustentada en medicina basada en evidencias que permite confirmar y ratificar los conceptos y definiciones mencionadas en el desarrollo de las Guías de Procedimiento. Toda bibliografía debe encontrarse vinculada con el texto del informe, mediante los correspondientes numerales en formato superíndice. Utilizar el protocolo de Vancouver de presentación de referencias bibliográficas.

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





**XII.-ANEXOS (Si fuera necesario)**

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



145

**FICHA DE DESCRIPCION DE  
PROCEDIMIENTO**

**“AUTOEVALUACION DE ACREDITACION”**

**FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO****PROCESO:** Gestión de la Calidad Institucional / Satisfacción y Seguridad del Usuario**PROCEDIMIENTO** Autoevaluación de Acreditación**FECHA:****CÓDIGO:****PROPÓSITO:** Estandarizar el proceso de acreditación del INSN SB.**ALCANCE:** A todas las Unidades Orgánicas del INSN SB

**MARCO LEGAL:**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, Ley N° 29414,
- Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud,
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación	Porcentaje	Lista de chequeo	Unidad de Gestión de la Calidad

**NORMAS**

- R.M. N° 597-2006/MINSA, N.T. N° 022/MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- R.M. N° 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 456-2007/MINSA, N.T. N° 050/MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos".
- R.M. N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 491-2012/MINSA, Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS****INICIO**

1. El Jefe de la Unidad de Gestión de la calidad solicita la inclusión de la acreditación en el Plan Operativo Anual a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto.
2. El Director del Instituto conforma el equipo de acreditación.
3. El Equipo de Acreditación:
  - 6.6 Selecciona a los Evaluadores internos.
  - 6.7 Capacita a Evaluadores Internos en la técnica de autoevaluación.
  - 6.8 Dispone la elaboración del plan de autoevaluación
4. Los Evaluadores Internos elabora el plan de autoevaluación y solicita aprobación.
5. El Equipo de Acreditación revisa y da opinión favorable al plan, y remite a Dirección General para su aprobación.
6. El Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad comunica inicio de la autoevaluación al MINSA y a las Unidades Orgánicas del INSN SB.
7. Los Evaluadores Internos:
  - 10.1 Identifica evidencia de cumplimiento de criterios de acreditación en la Unidad o Sub Unidad a la que pertenece.
  - 10.2 Reporta nivel de cumplimiento al Jefe de Unidad o Sub Unidad.
8. El Jefe de Unidad o Sub Unidad adopta acciones correctivas.





- 9. Los Evaluadores Internos realiza visita a Sub Unidades/Servicios según programa de trabajo y solicita evidencia de cumplimiento de criterios.
  - 10. Jefe de Sub Unidad/Servicio proporciona evidencia.
  - 11. Los Evaluadores Internos:
    - 14.1 Completa instrumentos, determina calificación y emite acta.
    - 14.2 Elabora Informe Técnico de resultado de autoevaluación.
  - 12. El Equipo de Acreditación elabora informe de autoevaluación.
  - 13. El Director de Instituto revisa informe, si el nivel de cumplimiento de criterios es mayor a 85%, solicita la evaluación del MINSA, caso contrario dispone implementación de recomendaciones y nueva autoevaluación.
- FIN.**

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de inclusión de autoevaluación en el Plan Operativo	Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Anual	Manual

**SALIDAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Informe de cumplimiento de autoevaluación	Dirección General	Anual	Manual

**DEFINICIONES :**

- **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 esta orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención. La condición de acreditado se otorga según norma vigente.
- **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.

**REGISTROS :**

- Reporte de Listado de Estándares con la calificación específica de acuerdo a cada Macroproceso estructurado.

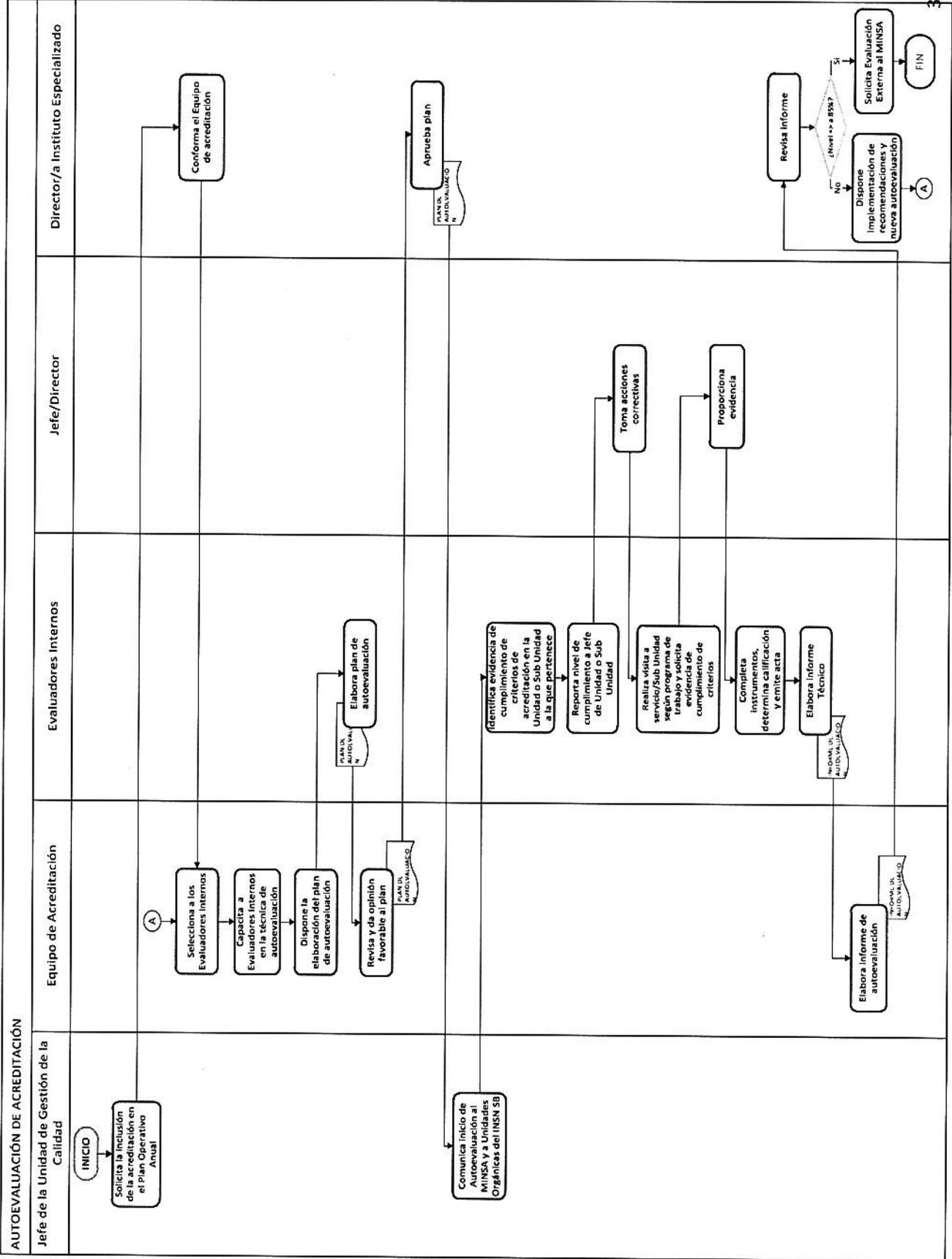
**ANEXOS :**

- 1. Flujograma del Procedimiento.





AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN





**CAPÍTULO V.**

**CONTROL DE CAMBIOS**

Número de revisión	Fecha	Descripción del cambio
0	Octubre 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>
1		
2		



140