



MINISTERIO DE SALUD



Nº 0157-DE-HONADOMANI-SB/2007

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
DR. JOSE N. PIMENTEL IBARRA  
SUB-DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 10618

# Resolución Directoral

Lima 10 de Setiembre de 2007

Visto el Informe Nº 372-OEPP-HONADOMANI-SB-07 (Exp. Nº 08829-07) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento adjuntando el Proyecto sobre el Manual de Procesos y Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad.

## CONSIDERANDO:

Que, el Reglamento de Organización y funciones del Hospital en su Art. 14º establece que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es la unidad orgánica encargada del planeamiento estratégico y operativo, proceso presupuestario, costos, diseño organizacional y sistema de inversión pública, tiene asignado entre sus objetivos funcionales, lograr el establecimiento y mejora continua de los procesos y procedimientos del Hospital para la organización del trabajo y los recursos, coordinar su automatización con la Oficina de Estadística e Informática y reportar y reportar periódicamente los indicadores de los mismos para la toma de decisiones a nivel institucional, regional o nacional;

Que, mediante Informe Nº 372-OEPP-HONADOMANI-SB-07, de fecha 29.AGTO.2007, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Oficina de Gestión de la Calidad informa haber conducido el proceso de formulación del "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad" con sujeción a los parámetros establecidos en la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional" propósito por el cual solicita la respectiva aprobación;

Que, el Art. 17º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, aprobado mediante R.M. Nº 884-2003-SA/DM, establece las atribuciones que corresponden a la Oficina de Gestión de la Calidad, entre ellas, realizar las acciones técnicas conducentes, implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad y mejora continua en los servicios asistenciales como administrativos; monitorear y evaluar los indicadores de control de calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección de Salud correspondiente; asesorar en la formulación de Normas, Guías de Atención y Procedimientos de Atención al paciente; velar el cumplimiento de los derechos de los pacientes e implementar mecanismos que canalice la perspectiva del usuario, que es dentro del marco expuesto, que el Manual propuesto comprende dos (2) procesos administrativos, dos (2) Sub Procesos y trece (13) Procedimientos, estableciéndose las Unidades a las cuales asiste su ejecución;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11º incisos b) y c) de la R.M. Nº 884-2003-SA/DM - Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; y, con la opinión favorable de la Sub Dirección General y la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Oficina de Asesoría Jurídica.

## SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar el "MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" compuesto por dos (2) procesos administrativos, dos (2) Sub Procesos y trece (13) Procedimientos contenidos en sesenta (60) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.

**Artículo Segundo.-** Disponer la Publicación de la presente resolución en el Portal electrónico del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"

Dr. EDGARDO V. VÁSQUEZ PÉREZ  
DIRECTOR GENERAL (R)  
C.M.P. 10680

El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista.

Dr. PEDRO ALBERTO GABARDO QUEVARA  
FEDATARIO  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Fecha: 10 SET. 2007

Dr. P. J. A. C. E. S. T.

RECIBIDO  
Fecha: 11-09-07  
Hora: 11-46  
Firma: [Signature]

PAGINA EN BLANCO

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

## HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

### OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

Lugar y fecha de aprobación :

Resolución Directoral N° :

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
Lito WILLIAM A. FLORIAN PLASENCIA  
C.L.A. 3035 111  
COORDINADOR DE EQUIPOS DE  
PLANEAMIENTO Y ORGANIZACION  
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
Dr. FERNANDO BAUTISTA RODRIGUEZ  
Director Ejecutivo de la Oficina  
Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
Dr. David Angulo Cárdenas  
C.M.P. N° 32949  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
Dr. JOSÉ N. PIMENTEL IBARRA  
SUB-DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 30318

**AÑO 2007**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
Dr. EDGARDO W. VASQUEZ PEREZ  
DIRECTOR GENERAL (S)  
C.M.P. 10680



## Capítulo I Introducción

En el contexto de los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y los principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006 del Ministerio de Salud, que establecen orden administrativo con presencia de liderazgo del MINSA y como legítima aspiración la universalización del acceso a la salud, se ha preparado la formulación del Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del HOANADOMANI San Bartolomé.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos describe y presenta formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de esta oficina, a fin de lograr el cumplimiento de sus objetivos y funciones, en concordancia con los objetivos institucionales. Este documento de gestión debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documentos base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información del Hospital.

Este documento de gestión toma como marco normativo la **Directiva N° 007- MINSAL / OGPE- v.02 DIRECTIVA PARA LA FORMULACIÓN DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ENTIDADES** aprobado según RM N° 603-2006/MINSA de fecha 28 de junio de 2006.

Los insumos requeridos en su elaboración fueron: *el Análisis funcional, los Lineamientos de Política sectorial, la misión, visión y los objetivos estratégicos establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA y el marco normativo general.*

## Capítulo II Objetivo del Manual

### GENERAL:

- a)- Establecer formalmente los procedimientos administrativos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la entidad que logren el cumplimiento a los objetivos funcionales y estratégicos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

### ESPECIFICOS:

- a) Inventariar los procedimientos en cada una de las Unidades Orgánicas establecidas en el Anexo N° 3 Formato "Inventario de Procedimientos" (F-ORG-03.0)
- b) Definir las actividades, tipo, producto, usuario y base legal en el procedimiento a través del Anexo N° 6 "Ficha de Información Preliminar de Procedimientos" (F-ORG-06.0)
- c) Realizar la descripción por cada una de las actividades en el procedimiento **utilizando el Anexo N° 9 "Ficha de Descripción del Procedimiento" (F-ORG-10.0)**
- d) Consolidar los procedimientos administrativos en el Manual de Procedimientos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- e) Gestionar la aprobación del Manual de Procedimientos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

## Capítulo III Base Legal

- Constitución Política del Perú
- Ley 27444 - Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 28652 - Ley del Presupuesto para el Año Fiscal 2006
- Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público
- Decreto Supremo N° 005-90 PCM Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa.
- Ley N° 28175 - Ley Marco del Empleo Público
- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Administración Pública
- Ley N° 26862 – Ley General de Salud
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27876 - Ley que modifica la Quinta Disposición Complementaria, Transitoria y Final de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- D.S: N° 013-2002-SA - Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud

- D.S. N° 001-2002-SA, que aprueba el "Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud - TUPA
- Resolución Ministerial N° 159-2004/DM, que aprueba la Directiva N° 001-MINSA -V.02 "Normas y Procedimientos para el uso, elaboración, presentación y remisión de comunicaciones escritas.

#### **Capítulo IV Identificación de procesos y subprocesos indicando los procedimientos que lo conforman:**

##### **PROCESO ADMINISTRATIVO:**

7-Organización.- Tiene como objetivo funcional general establecer los modelos organizacionales y su normativa para implementar los objetivos estratégicos sectoriales e institucionales.

##### **SUBPROCESO:**

7.3-Implementación y Mejoramiento Continuo.- Cuyo objetivo funcional es lograr la implantación de los modelos y el mejoramiento continuo de la organización.

##### **PROCEDIMIENTOS:**

- Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud. (7.3.00.06.01-1)
- Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en UPS (7.3.00.06.01-2)
- Elaboración Material Educativo (7.3.00.06.01-3)
- Atención de Quejas verbales Tipo 0. (7.3.00.06.01-4)
- Atención de Quejas escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas). (7.3.00.06.01-5)
- Atención de Quejas escritas Tipo 2 (Con Identificación). (7.3.00.06.01-6)
- Visita Inopinada (7.3.00.06.02-2)
- Vigilancia de eventos adversos. (7.3.00.06.02-5)

##### **PROCESO ADMINISTRATIVO:**

8-Información para la Salud.- Tiene como objetivo funcional general lograr la oportuna disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones por las autoridades y usuarios del sector salud.

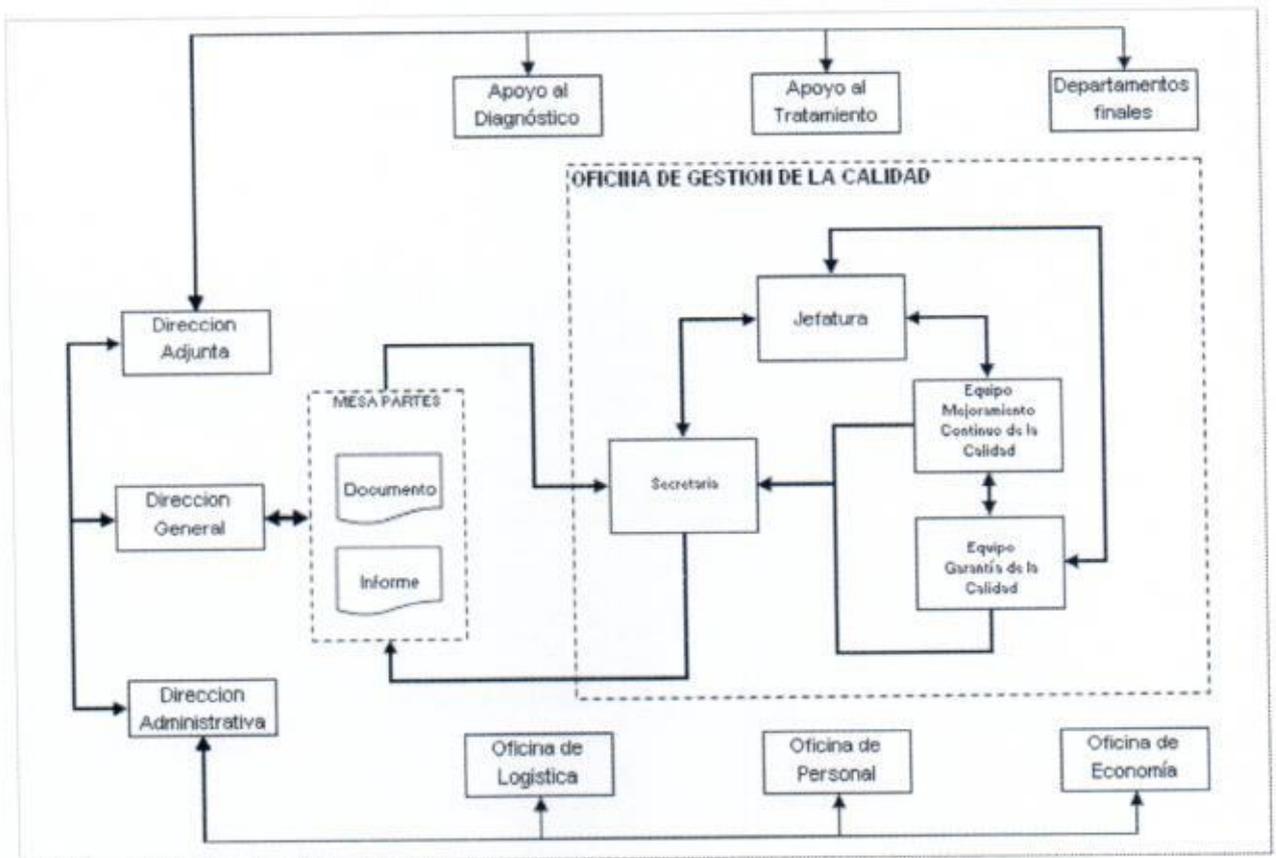
## **SUBPROCESO:**

8.2-Producción de Información de Salud.- Cuyo objetivo funcional es producir la información analítica para la salud.

## **PROCEDIMIENTOS:**

- FONI Informe (8.2.00.06.02-1)
- Elaboración de Normas Técnicas (8.2.00.06.02-3)
- Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica (8.2.00.06.02-4)

## MAPA GLOBAL DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



# **EQUIPO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD**



Anexo A - 3

| <b>INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO</b>                 |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|---|--|---|--|
|  |  |  |   |  |   | Ficha N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</span><br>(dejar en blanco) |
| PROCESO/SUBPROCESO                                 |  | 7-Organización / 7.3 Implementación y Mejoramiento Continuo              |   |  |   |  |
| 1) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(2° Nivel organizacional)  |  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                                   |   |  |   |  |
| (2) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(3° nivel organizacional) |  | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.                  |   |  |   |  |
| N° Orden (3)                                       | Código del Procedimiento (4)                                       | Procedimiento y/o Documento de Origen (5)                                | Denominación Procedimiento (6)  | Resultado/ Producto (7)  | Usuario (8)   | Base Legal (9)   |
| Número correlativo                                 | 2 dígitos- proceso<br>2 dígitos-órgano<br>3 dígitos-No correlativo | Indicar nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento | Indicar el nombre o título del procedimiento identificado   | Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento.                  | Persona natural o jurídica que recibe el producto   | Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento   |
| 01   | (7.3.00.06.01-01)  | Cumplimiento POI   | Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud | Equipos de Salud Sensibilizados y Capacitados en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad | Usuario Interno de los Servicios Hospitalarios      | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, etc.                     |
| 02   | (7.3.00.06.01-02)  | Cumplimiento POI   | Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en UPS  | Planes de Mejora elaborados  | Dirección General                                   | LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC  |
| 03   | (7.3.00.06.01-03)  | Cumplimiento POI   | Elaboración Material Educativo  | Material Educativo elaborados  | Jefatura de Servicios de Salud                      | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, etc.                     |
| 04   | (7.3.00.06.01-04)  | Cumplimiento POI   | Atención de Quejas verbales Tipo 0  | Queja verbal atendida  | Dir. Gen. Usuarios internos y externos involucrados | Ley General de Salud N° 26842, ROF, MOF de OGC. LEY MINSA N° 27657, RM N° 1216- 2003-SA/ DM  |
| FECHA.....Agosto.....2007.....                     |  |  | .....<br>FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR   |  |   |  |



Anexo A - 3

| <b>INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO</b>                 |  |  |   |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|---|
|  |  |  |   |   |   | Ficha N° <input style="width: 50px;" type="text" value="02"/><br>(dejar en blanco)          |
| PROCESO/SUBPROCESO                                 |  | 7-Organización / 7.3 Implementación y Mejoramiento Continuo              |   |   |   |   |
| 1) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(2° Nivel organizacional)  |  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                                   |   |   |   |   |
| (2) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(3° nivel organizacional) |  | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.                  |   |   |   |   |
| N° Orden (3)                                       | Código del Procedimiento (4)                                       | Procedimiento y/o Documento de Origen (5)                                | Denominación Procedimiento (6)                            | Resultado/ Producto (7)   | Usuario (8)   | Base Legal (9)  |
| Número correlativo                                 | 2 dígitos- proceso<br>2 dígitos-órgano<br>3 dígitos-No correlativo | Indicar nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento | Indicar el nombre o título del procedimiento identificado | Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento. | Persona natural o jurídica que recibe el producto   | Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento  |
| 05   | (7.3.00.06.01-05)  | Cumplimiento POI   | Atención de Quejas escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas)      | Queja escrita atendida  | Dir. Gen. Usuarios internos y externos involucrados | Ley General de Salud N° 26842, ROF, MOF de OGC, LEY MINSA N° 27657, RM N° 1216- 2003-SA/ DM |
| 06   | (7.3.00.06.01-06)  | Cumplimiento POI   | Atención de Quejas escritas Tipo 2 (Con Identificación)   | Queja escrita atendida  | Dir. Gen. Usuarios internos y externos involucrados | Ley General de Salud N° 26842, ROF, MOF de OGC, LEY MINSA N° 27657, RM N° 1216- 2003-SA/ DM |

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

FECHA.....Agosto.....2007.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

Anexo A - 6

| Código N° 7.3.00.06.01-01  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|--|---|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| (Código del Procedimiento)   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)   | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                      | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad        |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):</b>  |   | Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:  | Fomentar la Cultura de la calidad en los Usuarios Internos. | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días, meses)  | 1 mes   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden   | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                          |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1  | Inicio: Evidenciar Nudo Crítico                             | Captura, Procesamiento y Análisis de datos para estudios de Percepción de Insatisfacción de Usuarios, Quejas, Procesos, etc.   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2  |   | Recepción de Informe final de Estudios   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3  | Elaborar Plan de Trabajo                                    | Elaboración Plan de Capacitación   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4  |   | Aprobación de Plan   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                         |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 5  | Concordar con Órganos involucrados la Capacitación          | Coordinación con Oficina de Comunicaciones   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 6  |   | Coordinación con Oficina de Capacitación   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):</b> |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1  | Mes 2   | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 1  | 0   | 0  | 0   | 0     | 0     | 0     | 1     | 0     | 0      | 0      | 1      |
| <b>(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias</b>   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>  | <u>Fecha de Publicación</u>                                 | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842   | 15 de julio de 1997   | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657  | 29 de enero de 2002   | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSAs(OPDyOD)  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-  | 22 de noviembre del 2002                                    | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSAs hasta 3 nivel de atención.  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de Organización y Funciones   | 04 de agosto 2003   | Establece las funciones de las Unidades Orgánicas de la Institución  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Plan Operativo institucional (POI)   | 10 de febrero del 2006                                      | Establece las Actividades a realizar en el año 2006.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(9) Anotaciones adicionales: POI</b>  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable  | <input style="width: 90%;" type="text"/>                    | Fecha  | <input style="width: 90%;" type="text"/>                      |       |       |       |       |       |        |        |        |

Anexo A - 6

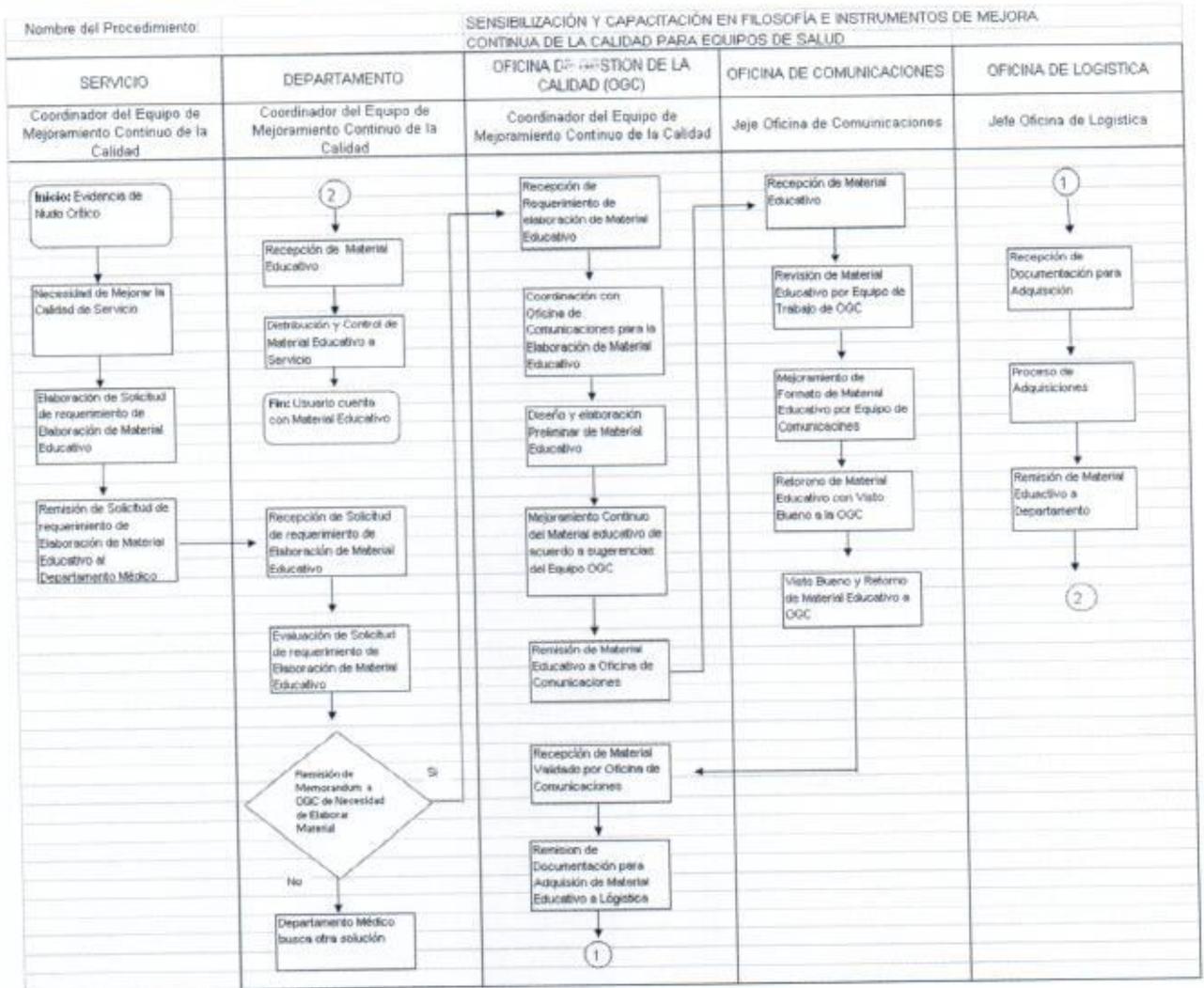
| Código N° 7.3.00.06.01-01   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|---|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| (Código del Procedimiento)  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                      | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad        |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  |   | Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Fomentar la Cultura de la calidad en los Usuarios Internos. | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días, meses)  | 1 mes   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                          |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 7   | Ejecutar Plan de Capacitación                               | Presentación de temas de Capacitación  | Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad                 |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 8   |   | Realización de Talleres  | Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad                 |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 9   | Presentar Informe de Capacitación                           | Elaboración de Informe de Capacitación y Sensibilización   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 10  |   | Remisión de Informe a Dirección  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 11  |   | Recepción de Informe de Capacitación y Sensibilización a Dirección   | Dirección General, Director General                           |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 12  |   | Toma Conocimiento de Resultados de Capacitación y Sensibilización por la Dirección   | Dirección General, Director General                           |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 13  | Fin: Archivar Informe de Actividad                          | Evidencia de Cumplimiento de Actividades POI y archivo   | Dirección General, Director General                           |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2   | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 1   | 0   | 0  | 0   | 0     | 0     | 0     | 1     | 0     | 0      | 0      | 1      |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>                                 | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1997   | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002   | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDyOD)   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA   | 22 de noviembre del 2002                                    | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSa hasta 3 nivel de atención.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de Organización y Funciones  | 04 de agosto 2003   | Establece las funciones de las Unidades Orgánicas de la Institución  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Plan Operativo institucional (POI)  | 10 de febrero del 2006                                      | Establece las Actividades a realizar en el año 2006.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |   | Fecha  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |



Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |  | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1 |   |
|--|--|--|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>   |  |  |   |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>   |  |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  | Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud  | FECHA (3):   | Agosto 2007   |
|  |  | CÓDIGO (4):  | 7.3.00.06.01-01   |
| PROPÓSITO (5) :  | Fomentar la Cultura de la calidad en los Usuarios Internos.  |  |   |
| ALCANCE (6) :  | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, Servicios y Unidades  |  |   |
| MARCO LEGAL (7) :  | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA., ROF, MOF de la OGC, POI |  |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>  |  |  |   |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)  | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)  |
| Sensibilización y Capacitación realizadas  | Informe  | Plan de Trabajo, Hoja de Asistencia de Participantes.    | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) - Jefe de Dpto. |
| <b>NORMAS (9)</b>  |  |  |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI  |  |  |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>  |  |  |   |
| <b>INICIO</b>  |  |  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Captura, Procesamiento y Análisis de datos para estudios de Percepción de Insatisfacción de Usuarios, Quejas, Procesos, etc., (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>2. Recepción de Informe final de Estudios, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>3. Elaboración Plan de Capacitación, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>4. Aprobación de Plan, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>5. Coordinación con Oficina de Comunicaciones, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>6. Coordinación con Oficina de Capacitación, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>7. Presentación de temas de Capacitación, (Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>8. Realización de Talleres, (Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>9. Elaboración de Informe de Capacitación y Sensibilización, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>10. Remisión de Informe a Dirección, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>11. Recepción de Informe de Capacitación y Sensibilización a Dirección, Dirección General (Director General)</li> <li>12. Toma Conocimiento de Resultados de Capacitación y Sensibilización por la Dirección, Dirección General (Director General)</li> <li>13. Evidencia de Cumplimiento de Actividades POI y archivo, Dirección General (Director General)</li> </ol> |  |  |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>   |  |  |   |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)   | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Plan de trabajo de Sensibilización y Capacitación  | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC)  | Según POI  | Informático-Mecanizado  |
| <b>SALIDAS (12)</b>  |  |  |   |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)  | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| Informe de Sensibilización y Capacitación realizadas   | Dirección General  | Según POI  | Recursos Tecnológicos-Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):   | Filosofía de Calidad: Temáticas relacionadas a la calidad de atención.   |  |   |
| REGISTROS (14):  | Hoja de Asistencia, Plan de Trabajo.   |  |   |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Sensibilización y Capacitación en Filosofía e Instrumentos de Mejora Continua de la Calidad para Equipos de Salud                                     |  |   |

**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**



Anexo A - 6

Código N° 7.3.00.06.01-02

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad      | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                                 | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |   | Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en las Unidades Productoras de Servicio |  |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Mejorar los procesos de atención al usuario | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)      | 1 Mes  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|---|--|---|
| 1        | Inicio: Inadecuada interacción de los recursos en las UPS                                 | Mala practica en los procesos Asistenciales – Administrativos  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 2        | Gestión deficiente Asistencial – Administrativo es evidenciado                            | Identificación de Nudos críticos (Quejas y sugerencias, estudio de procesos, indicadores de satisfacción, etc.) por la OGC | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión   |
| 3        | Elaboración de plan de trabajo de investigación operativa (IO)                            | Aprobación y autorización de Investigación Operativa   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad   |
| 4        | Ejecución de plan de Investigación Operativa (IO) en Unidad Productoras de Servicio (UPS) | Recolección de datos de las fuentes de información   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión   |
| 5        | Seguimiento y verificación de los hechos in situ en UPS                                   | Culminación de etapa por OGC   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión   |
| 6        | Procesamiento y análisis de datos   | Revisión final y Mejoramiento de la información.   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión   |
| 7        | Elaboración de informe de resultados de investigación operativa.                          | Emisión de informe final de (Investigación Operativa) a Dirección General (DG)   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad - Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1      | 1      | 1      |

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

| Referencia   | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto   |
|--|----------------------|--|
| Ley General de Salud 26842   | 15 de julio de 1,997 | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                    | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDyOD)   |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06                                   | 2003                 | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos – HONADOMANI SAN BARTOLOME   |
| RM 143- 2006 – MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente". | Agosto 2006          | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo A - 6

Código N° 7.3.00.06.01-02

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad      | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                                 | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |   | Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en las Unidades Productoras de Servicio |  |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Mejorar los procesos de atención al usuario | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)      | Mes  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD   | TAREA   | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|---|---|---|
| 8        | Recepción de informe de Investigación Operativa   | Evaluación de propuesta de mejora de procesos   | Dirección General, Director General   |
| 9        | Si falta precisión retorna a OGC para evaluación final y mejoramiento de la información | Mejoramiento del informe final  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión |
| 10       | Elaboración de informe de resultados de Investigación Operativa                         | Emisión de informe final de Investigación Operativa a Dirección General                               | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión |
| 11       | Recepción de informe de Investigación Operativa   | Evaluación de propuesta de mejora de procesos a DG  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad   |
| 12       | Control de propuesta de mejora  | Evaluación de oportunidad de mejora de procesos.  | Dirección General, Director General   |
| 13       | Toma de decisión de mejorar procesos  | Remisión de indicación a Unidad Productora de Servicio para la implementación de proyectos de mejora. | Dirección General, Director General   |
| 14       | Ejecución de implementación del proyecto de mejora de procesos                          | Control de mejora de procesos   | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI                                 |
| 15       | FIN: Usuario externo incrementa su satisfacción por el servicio de salud                | Usuario externo satisfecho  | Usuario externo   |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1      | 1      | 1      |

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

| Referencia   | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto   |
|--|----------------------|--|
| Ley General de Salud 26842   | 15 de julio de 1,997 | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                    | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDyOD)   |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06                                   | 2003                 | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos - HONADOMANI SAN BARTOLOME   |
| RM 143- 2006 - MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente". | Agosto 2006          | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha

Anexo 9

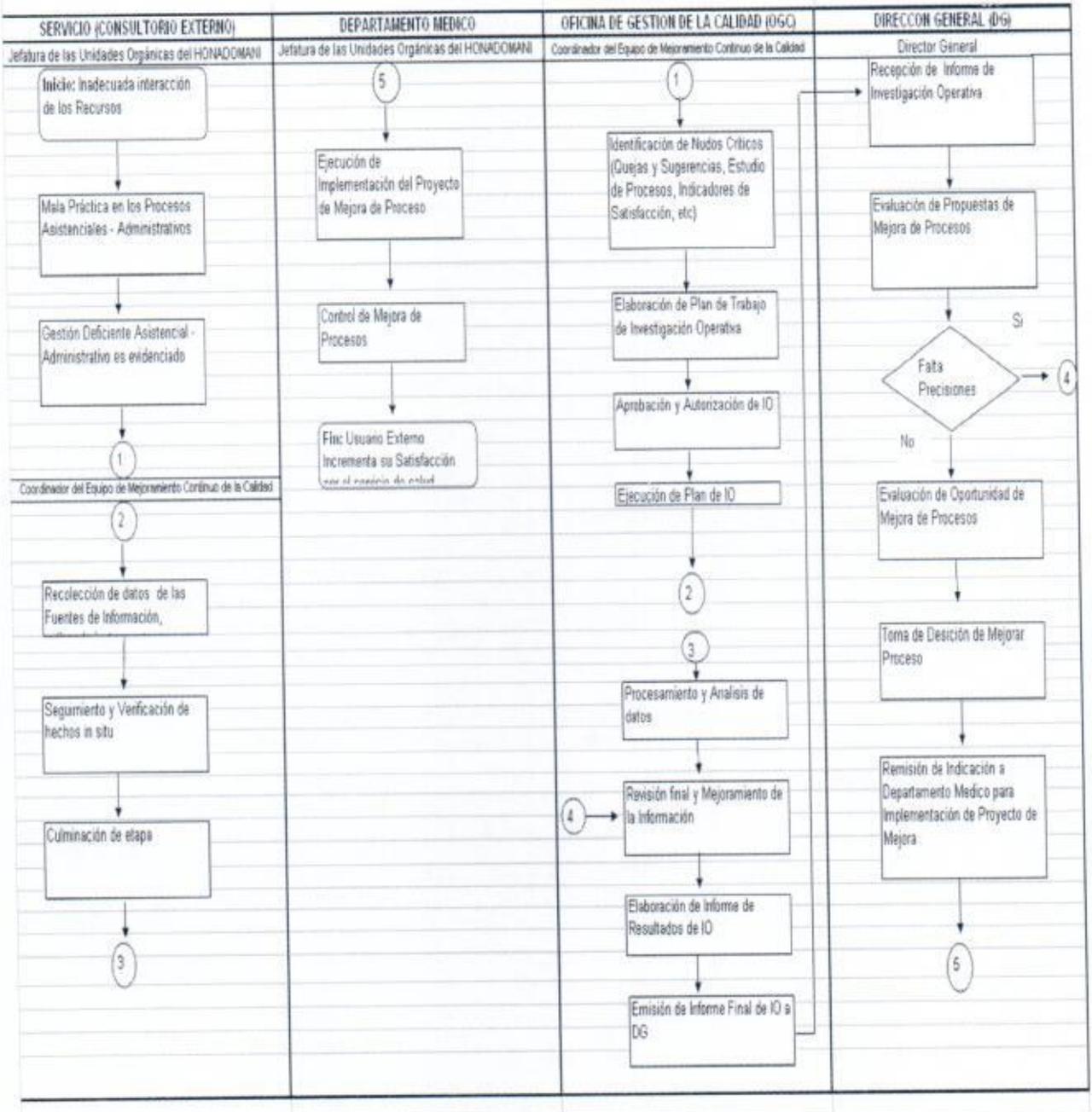
| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 2              |  |
|--|---|---|--|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>   |   |   |  |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>   |   |   |  |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  | Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en Unidades Productoras de Servicio (UPS)   | FECHA (3):  | Agosto 2007  |
|  |   | CÓDIGO (4):   | 7.3.00.06.01-02  |
| PROPÓSITO (5)  | Desarrollar Planes de Mejora de Procesos en UPS, logrando la satisfacción del usuario externo e interno.  |   |  |
| ALCANCE (6)  | Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidades Ejecutoras  |   |  |
| MARCO LEGAL (7)  | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, RM 143- 2006 – MINSA "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".   |   |  |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>  |   |   |  |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)   |
| Planes de Mejora de Procesos en UPS  | Informe   | Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad. | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos y Servicios Comités Hospitalarios. |
| <b>NORMAS (9)</b>  |   |   |  |
| Normas en proceso de aprobación.   |   |   |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>  |   |   |  |
| <b>INICIO</b>  |   |   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Mala practica en los procesos Asistenciales – Administrativos, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>Identificación de Nudos críticos (Quejas y sugerencias, estudio de procesos, indicadores de satisfacción, etc.) por la OGC, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Medico de Gestión)</li> <li>Aprobación y autorización de Investigación Operativa, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>Recolección de datos de las fuentes de información, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión)</li> <li>Culminación de etapa por OGC, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión)</li> <li>Revisión final y Mejoramiento de la información, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión)</li> <li>Emisión de informe final de (Investigación Operativa) a Dirección General (DG), (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad -Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad – Medico de Gestión)</li> </ol> |   |   |  |
| <b>ENTRADAS (11)</b>   |   |   |  |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)   |
| Notificación de mejora de procesos en unidades productoras de servicio   | Unidades Operativas   | Caso/Mensual  | Informatizado-Mecanizado   |
| <b>SALIDAS (12)</b>  |   |   |  |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)   |
| Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad.  | Dirección General   | Caso/Mensual  | Mecanizada   |
| DEFINICIONES(13):  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Plan de Mejora de Procesos en UPS:</b><br/>Desarrollo de Planes de Mejora de Procesos en UPS, para lograr la satisfacción del usuario externo e interno de la institución.</li> <li><b>Unidad Productora de Servicio:</b><br/>Oficina o departamento encargada de otorgar procesos de atención al usuario.</li> </ul> |   |  |
| REGISTROS (14):  | Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad.   |   |  |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en UPS   |   |  |

Anexo 9

| <br>Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas                      |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 2 de 2              |  |
|--|---|---|--|
| Ficha de Descripción de Procedimiento  |   |   |  |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>   |   |   |  |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):</b>   | Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en Unidades Productoras de Servicio (UPS)   | <b>FECHA (3):</b>   | Agosto 2007  |
|  |   | <b>CÓDIGO (4):</b>  | 7.3.00.06.01-02  |
| <b>PROPÓSITO (5):</b>  | Desarrollar Planes de Mejora de Procesos en UPS, logrando la satisfacción del usuario externo e interno.  |   |  |
| <b>ALCANCE (6):</b>  | Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad, Unidades Ejecutoras  |   |  |
| <b>MARCO LEGAL (7):</b>  | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, RM 143- 2006 – MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".   |   |  |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>  |   |   |  |
| <b>INDICADOR (8a)</b>  | <b>UNIDAD DE MEDIDA (8b)</b>  | <b>FUENTE (8c)</b>  | <b>RESPONSABLE (8d)</b>  |
| Planes de Mejora de Procesos en UPS  | Informe   | Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad. | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos y Servicios Comités Hospitalarios. |
| <b>NORMAS (9)</b>  |   |   |  |
| Normas en proceso de aprobación.   |   |   |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>  |   |   |  |
| <b>INICIO</b>  |   |   |  |
| 8. Evaluación de propuesta de mejora de procesos, Dirección General (Director General)   |   |   |  |
| 9. Mejoramiento del informe final, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión)   |   |   |  |
| 10. Emisión de informe final de Investigación Operativa a Dirección General, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Medico de Gestión) |   |   |  |
| 11. Evaluación de propuesta de mejora de procesos a DG, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)  |   |   |  |
| 12. Evaluación de oportunidad de mejora de procesos, Dirección General (Director General)  |   |   |  |
| 13. Remisión de indicación a Unidad Productora de Servicio para la implementación de proyectos de mejora, Dirección General (Director General)                   |   |   |  |
| 14. Control de mejora de procesos, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)   |   |   |  |
| 15. Usuario externo satisfecho, (Usuario externo)  |   |   |  |
| <b>ENTRADAS (11)</b>   |   |   |  |
| <b>NOMBRE (11a)</b>  | <b>FUENTE (11b)</b>   | <b>FRECUENCIA (11c)</b>   | <b>TIPO (11d)</b>  |
| Notificación de mejora de procesos en unidades productoras de servicio   | Unidades Operativas   | Caso/Mensual  | Informatizado-Mecanizado   |
| <b>SALIDAS (12)</b>  |   |   |  |
| <b>NOMBRE (12a)</b>  | <b>DESTINO (12b)</b>  | <b>FRECUENCIA (12c)</b>   | <b>TIPO (12d)</b>  |
| Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad.  | Dirección General   | Caso/Mensual  | Mecanizada   |
| <b>DEFINICIONES (13) :</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de Mejora de Procesos en UPS:<br/>Desarrollo de Planes de Mejora de Procesos en UPS, para lograr la satisfacción del usuario externo e interno de la institución.</li> <li>▪ Unidad Productora de Servicio:<br/>Oficina o departamento encargada de otorgar procesos de atención al usuario.</li> </ul> |   |  |
| <b>REGISTROS (14) :</b>  | Informe de mejora de procesos en la oficina de Gestión de la Calidad.   |   |  |
| <b>ANEXOS (15) :</b>   | Mapa Global de Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en UPS   |   |  |

**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Elaboración de Planes de Mejora de Procesos en Unidades Productoras de Servicio (UPS)



Anexo A - 6

| Código N° 7.3.00.06.01-03<br>(Código del Procedimiento)   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|--|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad   | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad        |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  |  | Elaboración de Material Educativo  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Proporcionar a nuestros pacientes, estilos de vida saludable, medidas de higiene dietéticas de carácter preventivo | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)   | 1 Mes   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD  | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                          |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1   | Proporcionar estilos de vida saludables  | Elaboración de solicitud de requerimiento de elaboración de material educativo- remisión de requerimiento  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI             |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2   | Evaluación de solicitud de requerimiento de elaboración de material educativo                                      | Elaboración de memorando a OGC de necesidad de material educativo  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI             |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3   | Recepción de Solicitud de requerimiento de elaboración de material educativo                                       | Evaluar solicitud de requerimiento de elaboración de Material Educativo  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4   | Coordinación con la oficina de comunicaciones y nutrición para la elaboración de material educativo                | Diseño y elaboración preliminar de material educativo  | Oficina de Gestión de la Calidad, Técnico Administrativo      |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 5   | Mejoramiento continuo del material educativo de acuerdo a sugerencias del equipo de OGC                            | Concluir elaboración del material educativo y remitir lo elaborado a oficina de comunicaciones   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2  | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 500   | 500  | 500  | 500   | 500   | 500   | 500   | 500   | 500   | 500    | 500    | 500    |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>  | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997   | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa (OPDyOD)  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA   | 22 de noviembre del 2002   | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSa hasta 3 nivel de atención.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POIN   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |  | Fecha  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |



Anexo A - 6

Código N° 7.3.00.06.01-03

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional) | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional) | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
|--|--|---|--|

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): | Elaboración de Material Educativo |
|--|-----------------------------------|

|                                 |  |   |       |
|---------------------------------|--|---|-------|
| (4) Objetivo del Procedimiento: | Proporcionar a nuestros pacientes, estilos de vida saludable, medidas de higiene dietéticas de carácter preventivo | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 1 Mes |
|---------------------------------|--|---|-------|

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD  | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                          |
|----------|--|--|---|
| 6        | Revisión de material educativo   | Mejoramiento de formato de material educativo. Remisión a OGC                | Oficina de Comunicaciones, Profesional de Comunicaciones      |
| 7        | Retorno de propuesta de material educativo con visto bueno de la oficina de comunicaciones | Remisión de documentación para adquisición de material educativo a Logística | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| 8        | Recepción de documentación para adquisición  | Proceso de adjudicación, reemisión a Ofic. de comunicaciones                 | Jefe de la Oficina de Logística                               |
| 9        | Recepción de ejemplares de material educativo  | Remisión de ejemplares de material educativo a Comunicaciones                | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| 10       | Recepción de ejemplares de Material Educativo  | Remisión de material educativo a Departamento                                | Jefe de la Oficina de Comunicaciones                          |
| 11       | Recepción de ejemplares de material educativo  | Distribución de ejemplares de material educativo a los servicios             | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI             |
| 12       | Recepción de ejemplares de material educativo  | Distribución de ejemplares de material educativo a los usuarios externos     | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI             |
| 13       | Usuario cuenta con material  | Utilización  | Usuario externo   |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 500   | 500  | 500   | 500   | 500   | 500   | 500   | 500   | 500   | 500    | 500    | 500    |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación     | Breve descripción del Asunto   |
|---|--------------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997     | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                     | 29 de enero de 2002      | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa (OPDyOD)  |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA | 22 de noviembre del 2002 | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSa hasta 3 nivel de atención.   |

(9) Anotaciones adicionales: POIN

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo 9

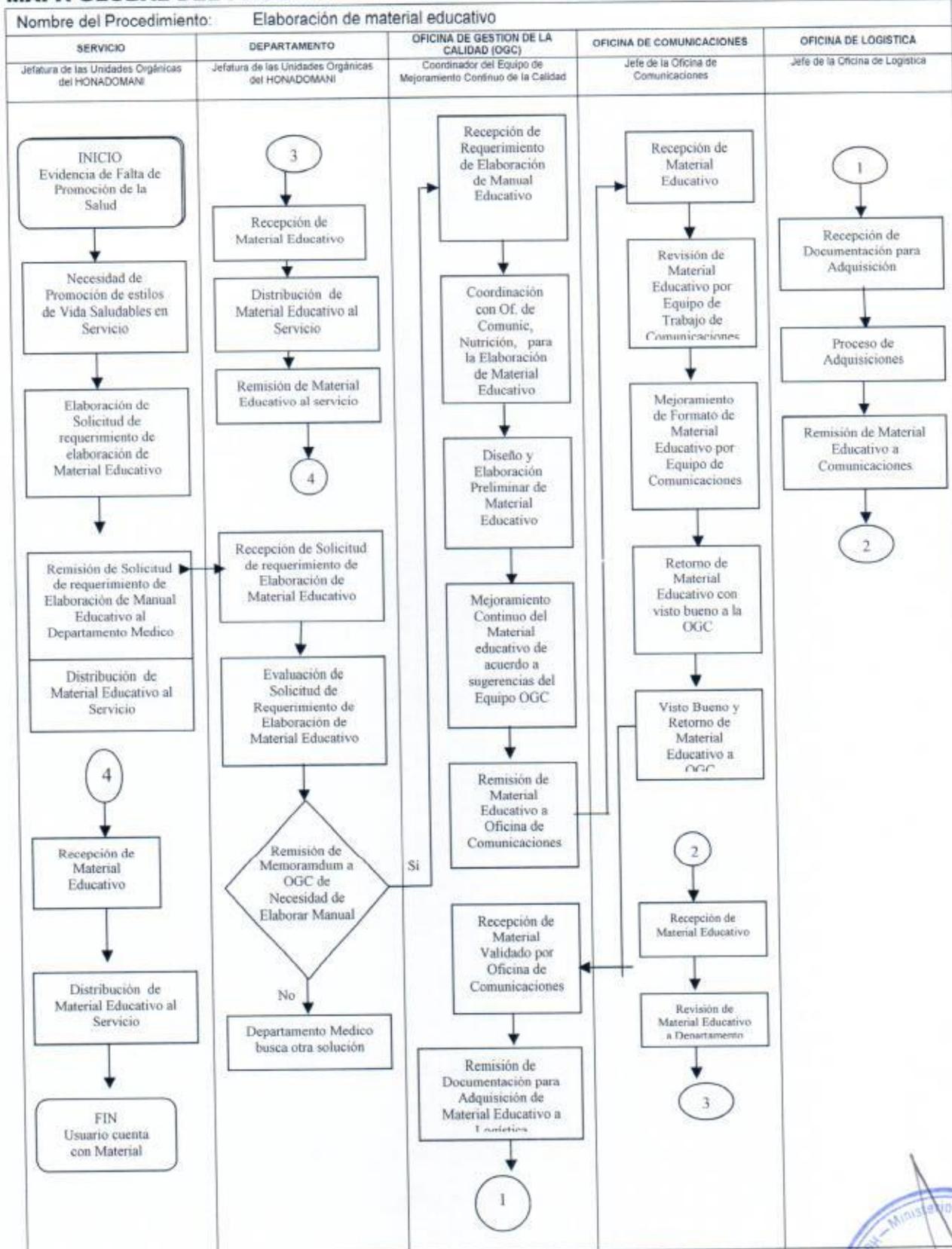
|    |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 2   |   |
|---|---|--|---|
| Ficha de Descripción de Procedimiento   |   |  |   |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>  |   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):</b>  |   | Elaboración de material educativo  | <b>FECHA (3):</b> Agosto 2007<br><b>CÓDIGO (4):</b> 7.3.00.06.01-03 |
| <b>PROPÓSITO (5) :</b>  |   | Proporcionar a nuestros pacientes, estilos de vida saludable y medida dietética de carácter preventivo   |   |
| <b>ALCANCE (6) :</b>  |   | Oficina de Gestión de la Calidad, Unidades ejecutoras de Servicio  |   |
| <b>MARCO LEGAL (7) :</b>  |   | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI |   |
| ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)  |   |  |   |
| <b>INDICADOR (8a)</b>   | <b>UNIDAD DE MEDIDA (8b)</b>              | <b>FUENTE (8c)</b>   | <b>RESPONSABLE (8d)</b>   |
| Numero de afiches y trípticos   | Afiches                                   | Oficina de Gestión de la Calidad   | Unidad de Mejora Continua de la Calidad (UMC)                       |
| NORMAS (9)  |   |  |   |
| Pacto por la calidad, POI, Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI  |   |  |   |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)  |   |  |   |
| <b>INICIO</b>   |   |  |   |
| 1. Elaboración de solicitud de requerimiento de elaboración de material educativo- remisión de requerimiento, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>2. Elaboración de memorando a OGC de necesidad de material educativo, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>3. Evaluar solicitud de requerimiento de elaboración de Material Educativo, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)<br>4. Diseño y elaboración preliminar de material educativo, (Oficina de Gestión de la Calidad, Técnico Administrativo)<br>5. Concluir elaboración del material educativo y remitir lo elaborado a oficina de comunicaciones, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad) |   |  |   |
| ENTRADAS (11)   |   |  |   |
| <b>NOMBRE (11a)</b>   | <b>FUENTE (11b)</b>                       | <b>FRECUENCIA (11c)</b>  | <b>TIPO (11d)</b>   |
| Material Educativo  | OGC (UMC)                                 | Anual  | Mecanizado  |
| SALIDAS (12)  |   |  |   |
| <b>NOMBRE (12a)</b>   | <b>DESTINO (12b)</b>                      | <b>FRECUENCIA (12c)</b>  | <b>TIPO (12d)</b>   |
| Material educativo Elaborado  | Unidades ejecutoras de servicios de salud | Trimestral   | Manual  |
| <b>DEFINICIONES (13) :</b>  |   |  |   |
| <b>Material Educativo</b> instrumento utilizado en el proceso de enseñanza - aprendizaje dirigido al usuario externo, con temas variados y de calidad cuya función específica es la de cubrir una necesidad educativa de prevención.  |   |  |   |
| <b>REGISTROS (14) :</b>   |   | Plan de proyecto, POI de la OGC  |   |
| <b>ANEXOS (15) :</b>  |   | Mapa Global de Elaboración de Material Educativo   |   |

Anexo 9

| <br>Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 2 de 2   |   |
|---|---|--|---|
| Ficha de Descripción de Procedimiento   |   |  |   |
| Proceso (1): 7-Organización   |   |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):   |   | Elaboración de material educativo  | FECHA (3): Agosto 2007<br>CÓDIGO (4): 7.3.00.06.01-03 |
| PROPÓSITO (5) :   |   | Proporcionar a nuestros pacientes, estilos de vida saludable y medida dietética de carácter preventivo   |   |
| ALCANCE (6) :   |   | Oficina de Gestión de la Calidad, Unidades ejecutoras de Servicio  |   |
| MARCO LEGAL (7) :   |   | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI |   |
| ÍNDICES DE PERFORMANCE (8)  |   |  |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)                     | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)                                      |
| Numero de afiches y trípticos   | Afiches                                   | Oficina de Gestión de la Calidad   | Unidad de Mejora Continua de la Calidad (UMC)         |
| NORMAS (9)  |   |  |   |
| Pacto por la calidad, POI, Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI  |   |  |   |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)  |   |  |   |
| INICIO  |   |  |   |
| 6. Mejoramiento de formato de material educativo. Remisión a OGC, Oficina de Comunicaciones (Profesional de Comunicaciones)<br>7. Remisión de documentación para adquisición de material educativo a Logística, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)<br>8. Proceso de adjudicación, reemisión a Ofic. de comunicaciones, (Jefe de la Oficina de Logística)<br>9. Remisión de ejemplares de material educativo a Comunicaciones, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)<br>10. Remisión de material educativo a Departamento, (Jefe de la Oficina de Comunicaciones)<br>11. Distribución de ejemplares de material educativo a los servicios, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>12. Distribución de ejemplares de material educativo a los usuarios externos, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>13. Utilización, (Usuario externo) |   |  |   |
| ENTRADAS (11)   |   |  |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)                              | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Material Educativo  | OGC (UMC)                                 | Anual  | Mecanizado  |
| SALIDAS (12)  |   |  |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)                             | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| Material educativo Elaborado  | Unidades ejecutoras de servicios de salud | Trimestral   | Manual  |
| DEFINICIONES (13) :   |   |  |   |
| <b>Material Educativo</b> instrumento utilizado en el proceso de enseñanza - aprendizaje dirigido al usuario externo, con temas variados y de calidad cuya función específica es la de cubrir una necesidad educativa de prevención.  |   |  |   |
| REGISTROS (14) :  |   |  |   |
| Plan de proyecto, POI de la OGC   |   |  |   |
| ANEXOS (15) :   |   |  |   |
| Mapa Global de Elaboración de Material Educativo  |   |  |   |



**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**



Anexo A - 6

Código N° 7.3.00.06.01-04

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional) | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional) | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
|--|--|---|--|

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): | Atención de Quejas Verbales Tipo 0 |
|--|------------------------------------|

|                                 |   |  |                     |
|---------------------------------|---|--|---------------------|
| (4) Objetivo del Procedimiento: | Atender las quejas verbales emitidas por los usuarios internos y externos | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | Según requerimiento |
|---------------------------------|---|--|---------------------|

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                       | TAREA   | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|---------------------------------|---|---|
| 1        | Recepción de queja              | Usuario emite queja.  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad   |
| 2        | Proceso de Atención de queja    | Evalúa, coordina con usuarios y jefes de las áreas involucradas.              | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad   |
| 3        | Proceso de atención de la queja | Recolecta información para las investigaciones adicionales.                   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI                           |
| 4        | Proceso de atención de queja    | Elabora propuestas de solución sobre medidas correctivas.                     | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 5        | Fin del Proceso                 | Elaboración del informe dirigido a la Dirección general. Registro de la queja | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Jefe Oficina de Gestión de la Calidad - Dirección General, Director General |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 Según requerimiento | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| X                         |       |       |       |       |       |       |       |       |        |        |        |

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

| Referencia                             | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto  |
|--|----------------------|---|
| RD. N° 0055-D-HONADOMANI-San Bartolome | 21/03/2006           | Norma Técnica que rige el proceso de atención de quejas y sugerencias |

(9) Anotaciones adicionales: POI, según norma técnica 055 ( el proceso de atención de quejas es realizado por la oficina de comunicaciones

Firma de Director o Responsable

[Empty box for signature]

Fecha

[Empty box for date]

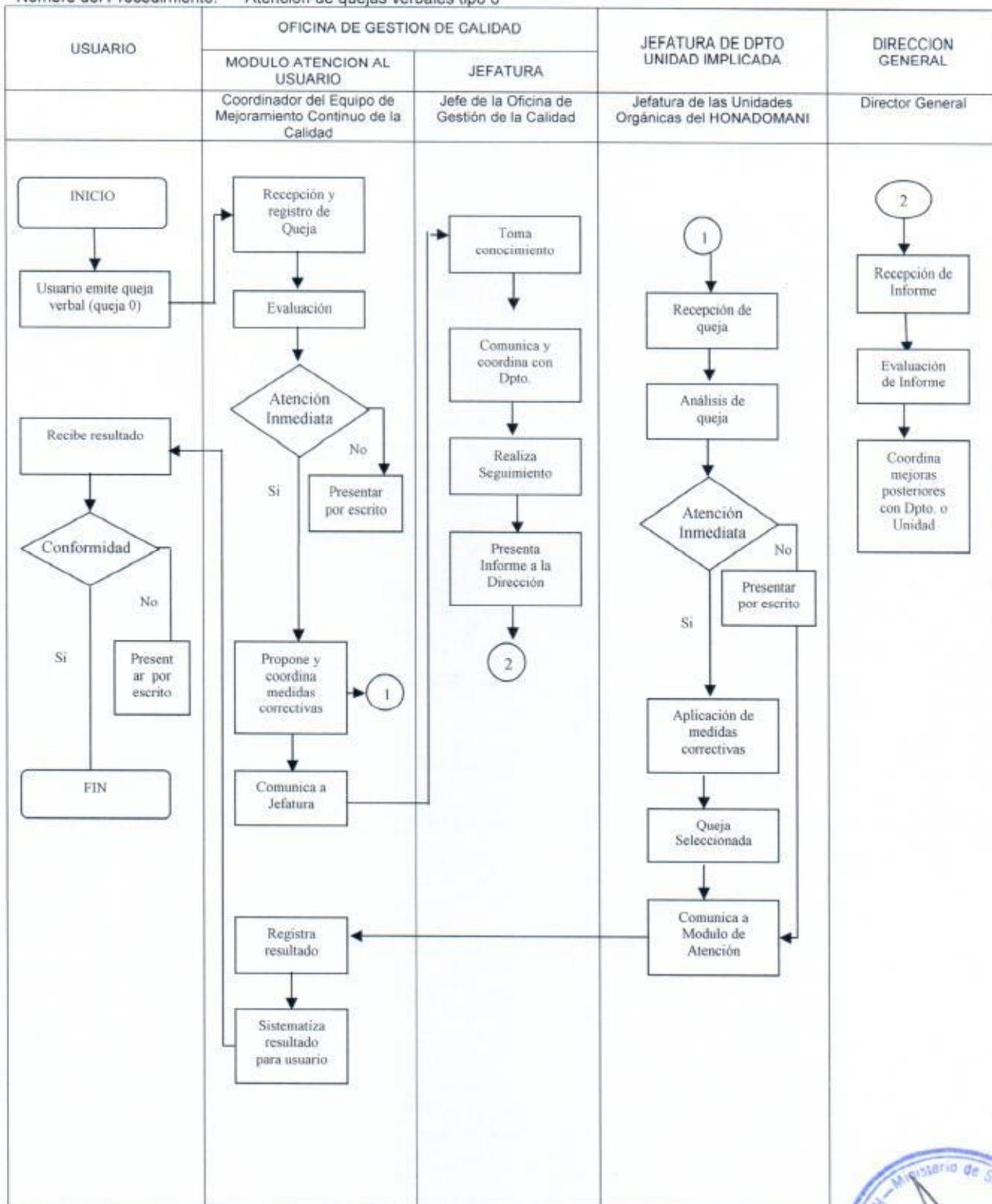


Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas  |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1 |                            |
|---|---|--|----------------------------|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>  |   |  |                            |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>  |   |  |                            |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):   | Atención de quejas verbales tipo 0  | FECHA (3):   | Agosto 2007                |
|   |   | CÓDIGO (4):  | 7.3.00.06.01-04            |
| PROPÓSITO (5):  | Atender las quejas verbales emitidas por los usuarios internos y externos.  |  |                            |
| ALCANCE (6):  | Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección, Departamentos, Servicios, Unidades Ejecutoras.   |  |                            |
| MARCO LEGAL (7):  | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM-Aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. RM. N° 1216-2003-SA/DM. Directiva N° 027-MINSA-V-N01-Normas que regulen el procedimiento de atención y tramites de quejas, sugerencias. Directiva N° 002-2005- DISA. V. L. C. Normas que regulen el procedimiento y trámite de gestión de quejas y sugerencias. Directiva N° 055-2006- HONADOMANI San Bartolomé. "Norma técnica del proceso de atención de quejas y sugerencias". |  |                            |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>   |   |  |                            |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)           |
| Numero de quejas verbales atendidas   | Informe   | Documento de queja/Oficina de Gestión de la Calidad      | Unidad de Mejora Continua. |
| <b>NORMAS (9)</b>   |   |  |                            |
| Resolución Directoral N° 0055 – D – HONADOMANI – San Bartolomé. 21-03-06/ Normas que regulen el procedimiento de atención y tramites de quejas, sugerencias. Directiva N° 002-2005- DISA. V. L. C   |   |  |                            |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>   |   |  |                            |
| <b>INICIO</b>   |   |  |                            |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuario emite queja, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>2. Evalúa, coordina con usuarios y jefes de las áreas involucradas. (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>3. Recolecta información para las investigaciones adicionales. (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>4. Elabora propuestas de solución sobre medidas correctivas, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>5. Elaboración del informe dirigido a la Dirección general. Registro de la queja, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Jefe Oficina de Gestión de la Calidad / Dirección general)</li> </ol> |   |  |                            |
| <b>ENTRADAS (11)</b>  |   |  |                            |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)                 |
| Unidad de mejora continua   | Queja verbal  | Según requerimiento                                      | Manual                     |
| <b>SALIDAS (12)</b>   |   |  |                            |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)                 |
| Informe   | Dirección General   | Según requerimiento                                      | Mecanizada                 |
| DEFINICIONES (13)   | : Tipo de quejas/temática relacionadas al proceso de atención de quejas   |  |                            |
| REGISTRO (14)   | : Libro de registro de quejas verbales (Ofic. de comunicaciones)  |  |                            |
| ANEXOS (15)   | : Mapa Global de Atención de Quejas verbales Tipo 0   |  |                            |

**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Atención de quejas verbales tipo 0



## Anexo A - 6

| Código N° 7.3.00.06.01-05   |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|---|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| (Código del Procedimiento)  |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                                    | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)   | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  |   | Atención de Quejas Escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas)  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Atender las quejas verbales emitidas por los usuarios internos y externos | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)  | 1 Mes   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD   | TAREA   | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1   | Usuario emite queja en buzones  | Aperturar el buzón de quejas y sugerencias  | Modulo de atención, Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad                     |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2   | Proceso de atención de queja  | Identificación, codificación procedencia, involucrado y tipificar según enfoque estratégico.  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3   | Proceso de atención de queja  | Evaluación de la queja o sugerencia.  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4   | Fin del proceso de atención queja 1                                       | Elaboración de informe según formato identificando; personal, personal, área y enfoque estratégico de la queja o sugerencia emitido a la Dirección de General. Dirigido a la Dirección general. | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Jefe Oficina de Gestión de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Cada 15 DIAS  | Mes 2   | Mes 3   | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| X   |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>   | <u>Breve descripción del Asunto</u>   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| RD. N° 0055-D-HONADOMANI-San Bartolome  | 21/03/2006  | Norma Técnica que rige el proceso de atención de quejas y sugerencias   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |   |   | Fecha   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|   |   |   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |

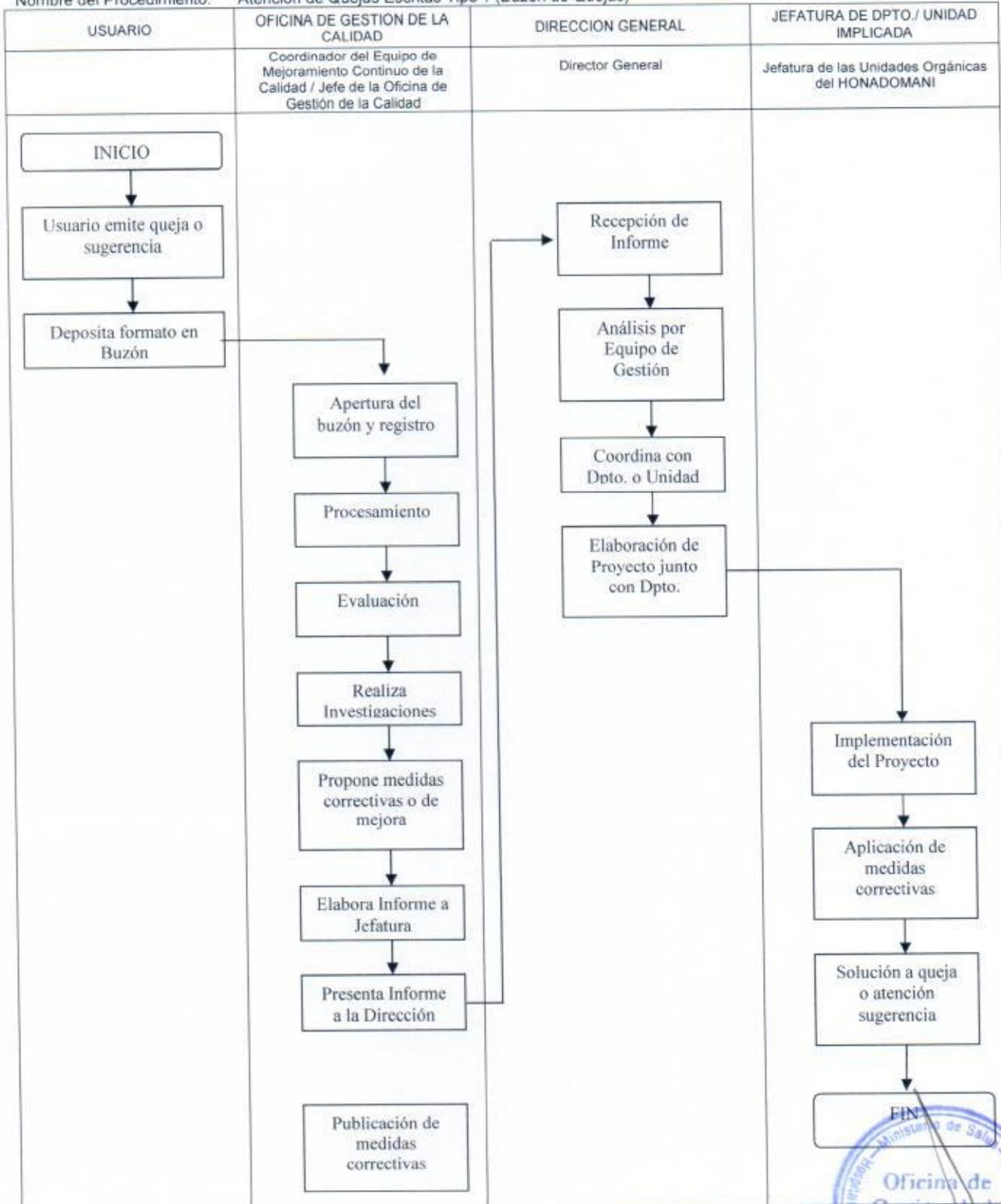
Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas  |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1 |   |
|---|---|--|---|
| Ficha de Descripción de Procedimiento   |   |  |   |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>  |   |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):   | Atención de Quejas Escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas)  | FECHA (3):   | Agosto 2007                                   |
|   |   | CÓDIGO (4):  | 7.3.00.06.01-05                               |
| PROPÓSITO (5):  | Atender las quejas y sugerencias emitidas por los usuarios externos a través de los buzones.  |  |   |
| ALCANCE (6):  | Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección, Departamentos, Servicios, Unidades Ejecutoras.   |  |   |
| MARCO LEGAL (7):  | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Norma técnica de Auditoría N° 474-2005/MINSA. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM-Aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome. RM. N° 1216-2003-SA/DM. Directiva N° 027-MINSA-V-N01-Normas que regulen el procedimiento de atención y tramites de quejas, sugerencias. |  |   |
| INDICES DE PERFORMANCE (8)  |   |  |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)                              |
| Numero de quejas atendidas  | Informe   | Documento de queja/Oficina de Gestión de la Calidad      | Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| NORMAS (9)  |   |  |   |
| Resolución Directoral N° 0055 – D – HONADOMANI – San Bartolome. 21-03-06  |   |  |   |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)  |   |  |   |
| <b>INICIO</b>   |   |  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aperturar el buzón de quejas y sugerencias, Modulo de atención (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>2. Identificación, codificación procedencia, involucrado y tipificar según enfoque estratégico., (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>3. Evaluación de la queja o sugerencia, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)</li> <li>4. Elaboración de informe según formato identificando; personal, área y enfoque estratégico de la queja o sugerencia dirigido a la Dirección general. (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> </ol> |   |  |   |
| ENTRADAS (11)   |   |  |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)                                    |
| Unidad de mejora continua   | Apertura de Buzón   | Cada 15 días   | Manual  |
| SALIDAS (12)  |   |  |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)                                    |
| Informe   | Dirección General   | Cada 15 meses  | Mecanizada                                    |
| DEFINICIONES (13):  | <b>Tipo de quejas.</b>  |  |   |
| REGISTROS (14):   | Formato de quejas y sugerencias   |  |   |
| ANEXOS (15):  | Mapa Global de Atención de Quejas escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas)   |  |   |



**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Atención de Quejas Escritas Tipo 1 (Buzón de Quejas)



Anexo A – 6

Código N° 7.3.00.06.01-06

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad   | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                           | 00.06.01 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Atención de Quejas Escritas Tipo 2  |  |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Atender las quejas escritas emitidas por los usuarios internos y externos a través de formatos establecidos. | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | Según requerimiento                                    |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                               | TAREA   | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|---|---|---|
| 1        | Admisión de queja                       | Recepción de queja  | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad   |
| 2        | Proceso de Atención de queja            | Recibe, registra, evalúa, coordina y propone medidas correctivas y emite informe a involucrados en la queja.  | Modulo de atención al usuario, Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad                      |
| 3        | Conducción de la queja                  | Recepciona informe de queja, comunica, y Coordina con las áreas involucradas y solicita informe de la jefatura correspondiente y/o obtiene información directa de historia clínica y registros. | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI |
| 4        | Planeamiento de la solución de la queja | Propone medidas correctivas y emite informe final   | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI - Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                         |
| 5        | Fin del proceso                         | Emite carta a los usuarios a su domicilio y/o coordina con archivo para adjuntar a la historia clínica del usuario.   | Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad – Dirección General, Director General               |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1<br>Según<br>requerimiento | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| X                               |       |       |       |       |       |       |       |       |        |        |        |

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

| Referencia                             | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto  |
|--|----------------------|---|
| RD. N° 0055-D-HONADOMANI-San Bartolome | 21/03/2006           | Norma Técnica que rige el proceso de atención de quejas y sugerencias |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director  
o Responsable

Fecha

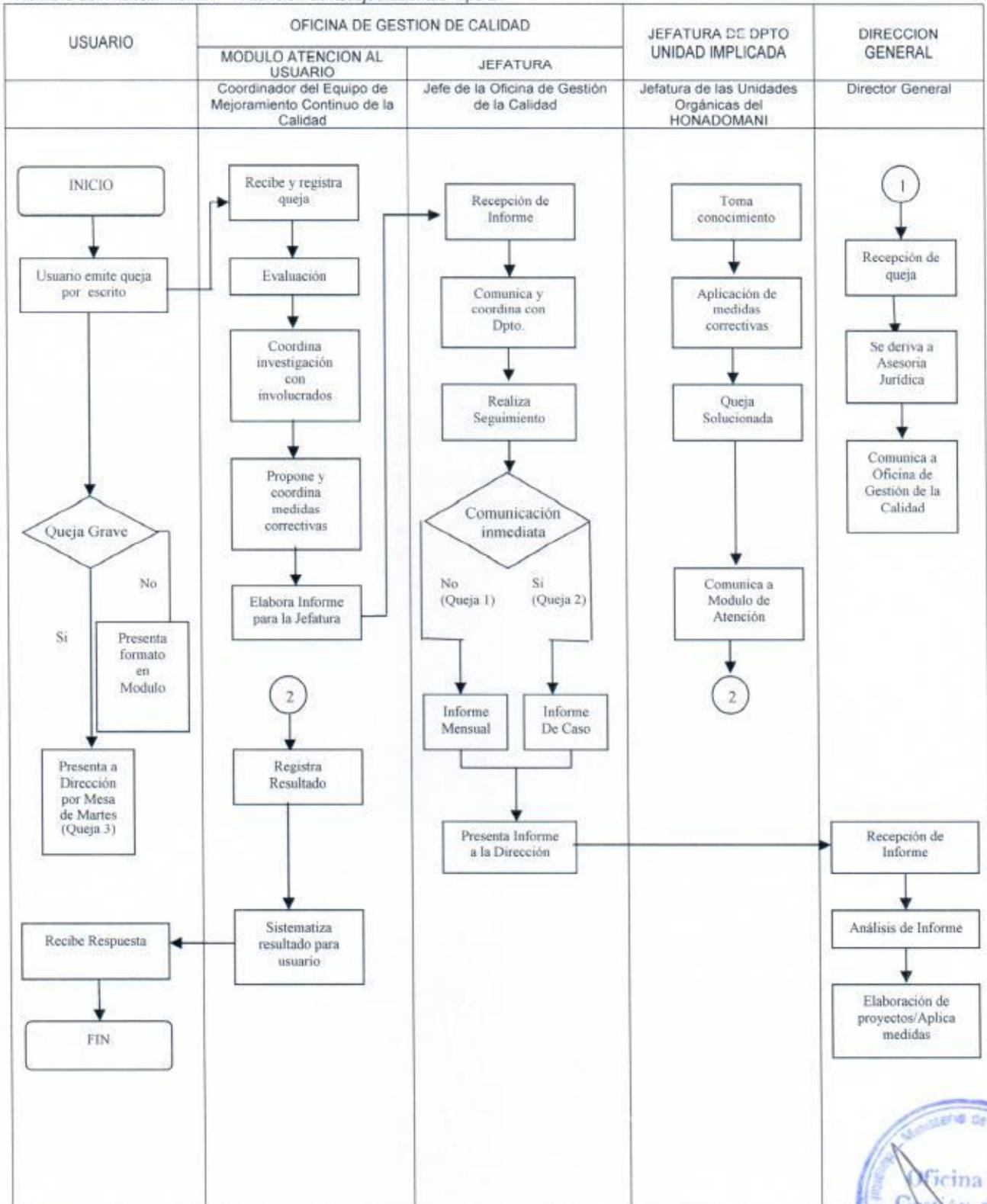


Anexo 9

| <br>Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas  |                       | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1  |                            |
|--|-----------------------|---|----------------------------|
| Ficha de Descripción de Procedimiento  |                       |   |                            |
| Proceso (1): 7-Organización  |                       |   |                            |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  |                       | Atención de Quejas Escritas Tipo N° 2   |                            |
|  |                       | FECHA (3):  | Agosto 2007                |
|  |                       | CÓDIGO (4):   | 7.3.00.06.01-06            |
| PROPÓSITO (5):   |                       | Atender las quejas escritas emitidas por los usuarios externos a través de los formatos establecidos.   |                            |
| ALCANCE (6):   |                       | Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección, Departamentos, Servicios, Unidades Ejecutoras.   |                            |
| MARCO LEGAL (7):   |                       | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Norma técnica de Auditoría N° 474-2005/MINSA. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM-Aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome. RM. N° 1216-2003-SA/DM. Directiva N° 027-MINSA-V-N01-Normas que regulen el procedimiento de atención y tramites de quejas, sugerencias. |                            |
| INDICES DE PERFORMANCE (8)   |                       |   |                            |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b) | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)           |
| Numero de quejas escritas atendidas  | Informe               | Documento de queja/Oficina de Gestión de la Calidad   | Unidad de Mejora Continua. |
| NORMAS (9)   |                       |   |                            |
| Resolución Directoral N° 0055 – D – HONADOMANI – San Bartolome. 21-03-06   |                       |   |                            |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)   |                       |   |                            |
| INICIO   |                       |   |                            |
| 1. Recepción de queja, (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)<br>2. Recibe, registra, evalúa, coordina y propone medidas correctivas y emite informe a involucrados en la queja, Modulo de atención al usuario (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad)<br>3. Recepciona informe de queja, comunica, y Coordina con las áreas involucradas y solicita informe de la jefatura correspondiente y/o obtiene información directa de historia clínica y registros. (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>4. Propone medidas correctivas y emite informe final, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI - Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)<br>5. Emite carta a los usuarios a su domicilio y/o coordina con archivo para adjuntar a la historia clínica del usuario. (Coordinador del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad / Dirección General) |                       |   |                            |
| ENTRADAS (11)  |                       |   |                            |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)          | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)                 |
| Unidad de mejora continua  | Ficha de queja tipo 2 | Según requerimiento   | Manual                     |
| SALIDAS (12)   |                       |   |                            |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)         | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)                 |
| Informe  | Dirección General     | Según requerimiento   | Mecanizada                 |
| DEFINICIONES (13):   |                       | Tipo de quejas.   |                            |
| REGISTROS (14):  |                       | Formato de quejas escrita tipo N° 2   |                            |
| ANEXOS (15):   |                       | Mapa Global de Atención de Quejas escritas Tipo 2 (Con Identificación)  |                            |

**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Atención de Quejas Escritas Tipo 2



# EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Anexo A – 3

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°   
(dejar en blanco)

|  |   |
|--|---|
| PROCESO/SUBPROCESO                                 | 8-Información para la salud / 8.2-Producción de Información de Salud<br>7-Organización / 7.3-Implementación y Mejoramiento Continuo |
| 1) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(2° Nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad  |
| (2) OFICINA/DIRECCIÓN<br>(3° nivel organizacional) | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad   |

| N° Orden (3)       | Código del Procedimiento (4)                                      | Procedimiento y/o Documento de Origen (5)                                | Denominación Procedimiento (6)                                   | Resultado/ Producto (7)   | Usuario (8)                                       | Base Legal (9)   |
|--------------------|---|--|--|---|---|--|
| Número correlativo | 2 dígitos-proceso<br>2 dígitos-órgano<br>3 dígitos-No correlativo | Indicar nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento | Indicar el nombre o título del procedimiento identificado        | Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento. | Persona natural o jurídica que recibe el producto | Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento                                   |
| 01                 | (8.2.00.06.02-01)   | Cumplimiento POI   | Informe FONI   | FONI Informado  | Dirección General                                 | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, etc.               |
| 02                 | (7.3.00.06.02-02)   | Cumplimiento POI   | Visita Inopinada   | Visita Inopinada Ejecutada  | Dirección General                                 | LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC  |
| 03                 | (8.2.00.06.02-03)   | Cumplimiento POI   | Elaboración de Normas Técnicas                                   | Normas Técnicas elaboradas  | Dirección General                                 | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, etc.               |
| 04                 | (8.2.00.06.02-04)   | Cumplimiento POI   | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica | Asistencia Técnica Ejecutada en la Elaboración de Guías de Práctica Clínica               | Dirección General                                 | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, RM N° 143-06-MINSA |
| 05                 | (7.3.00.06.01-05)   | Plan Nacional  | Vigilancia de Eventos Adversos                                   | Informe de Vigilancia de Eventos Adversos   | Dirección General                                 | Ley General de Salud N° 26842, LEY MINSA N° 27657, ROF, MOF de OGC, etc.               |

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

FECHA.....Agosto.....2007.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR



Anexo A - 6

Código N° 8.2.00.06.02-01

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad   | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                            | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Informe de las Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas (FONI)              |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Cumplir con los requerimientos necesarios para la atención de la madre y el niño en establecimientos de alta complejidad | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 1 Mes                                     |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD  | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA   |
|----------|--|--|--|
| 1        | Inicio: Minsa solicita información FONI del hospital             | Remisión de requerimiento a la Oficina de Gestión de la Calidad                      | Dirección General, Director General  |
| 2        | Recepción de requerimiento FONI                                  | Elaboración de solicitud de requerimiento FONI, entrega de formatos en blanco a      | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad                                 |
| 3        | Recepción de solicitud y formato en blanco de requerimiento FONI | Remisión de formatos a Unidades productoras de servicios involucrados en la atención | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad                                 |
| 4        | Recepción y llenado de formatos FONI                             | Remisión de formatos FONI, por unidades productoras de servicio a DG.                | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI involucrados en la atención    |
| 5        | Recepción de formato FONI llenos                                 | Remisión de formatos FONI, llenos a OGC  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI                                |
| 6        | Recepción de formatos FONI                                       | Procesamiento de datos consignados en formatos FONI                                  | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad                                 |
| 7        | Elaboración del informe FONI                                     | Remisión del informe FONI a DG   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad - Coordinador del Equipo de Garantía de la |
| 8        | Evaluación de requerimiento del cumplimiento del FONI en UPS.    | Remisión de información FONI a DG  | Dirección General, Director General  |
| 9        | Remisión y evaluación de informe FONI                            |  | Minsa, Director de Salud de la Persona   |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
|       |       | 1     |       |       | 1     |       |       | 1     |        |        | 1      |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto   |
|---|----------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1997  | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                   | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización Minsa(OPDyOD)   |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06                                  | 2003                 | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos - HONADOMANI SAN BARTOLOME   |
| RM 143- 2006 - Minsa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente" | Agosto 2006          | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable  Fecha



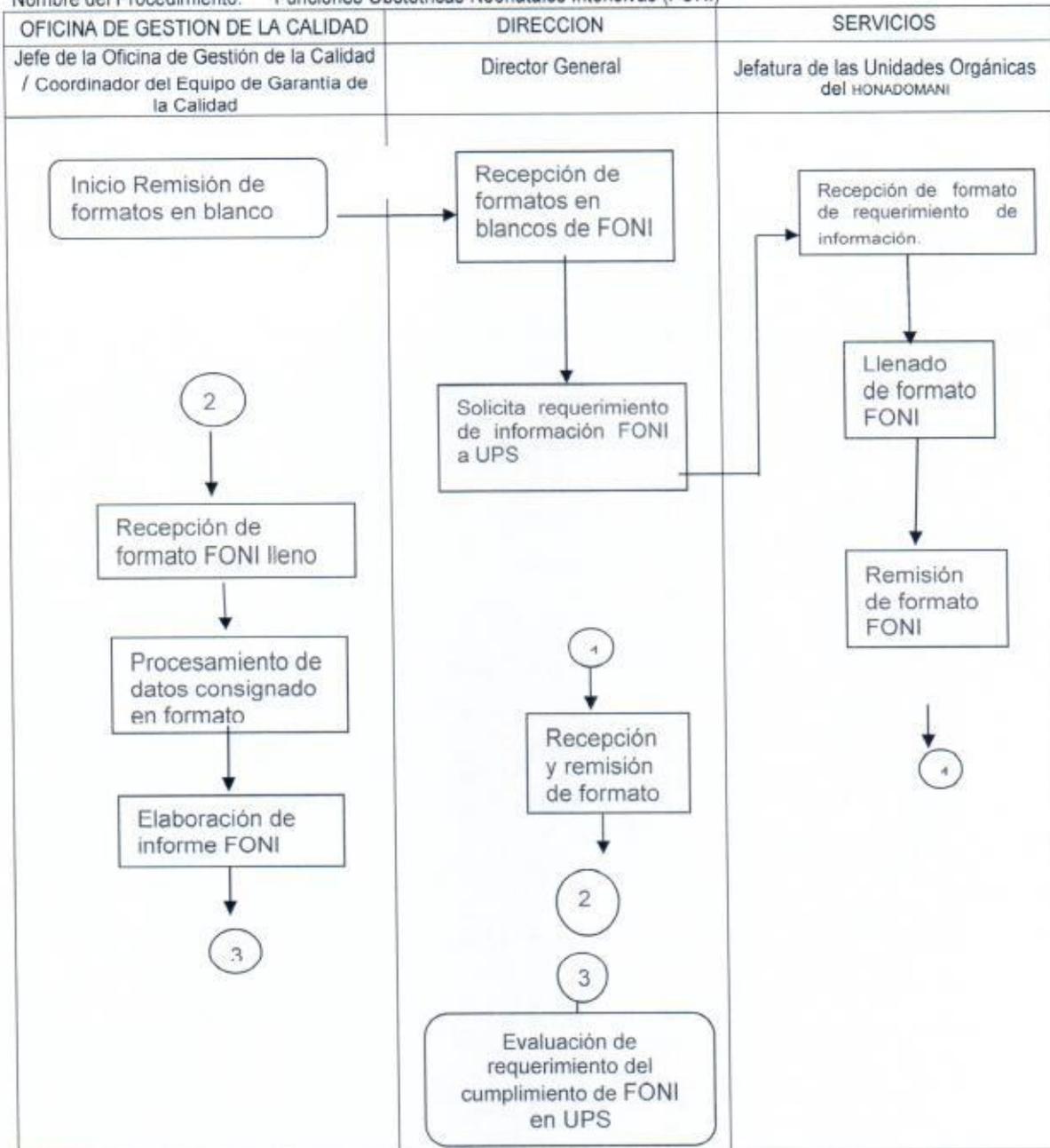
Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1                |   |
|--|---|---|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>   |   |   |   |
| <b>Proceso (1): 8- Información para la salud</b>   |   |   |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  | Informe de las Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas (FONI)   | FECHA (3):  | Agosto 2007   |
|  |   | CÓDIGO (4):   | 8.2.00.06.02-01   |
| PROPÓSITO (5):   | Cumplir con los requerimientos necesarios para la atención de la madre y el niño en establecimientos de alta complejidad  |   |   |
| ALCANCE (6):   | Dirección General - Oficina de Gestión de la Calidad - DG   |   |   |
| MARCO LEGAL (7):   | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, RM 143- 2006 – MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente". |   |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>  |   |   |   |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)  |
| Función Obstétrica neonatal Intensiva (FONI) Notificado  | Informe   | Formato de Registros de Departamentos. Oficina de Gestión de la Calidad | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Servicios |
| <b>NORMAS (9)</b>  |   |   |   |
| Normas en proceso de aprobación.   |   |   |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>  |   |   |   |
| <b>INICIO</b>  |   |   |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Remisión de requerimiento a la Oficina de Gestión de la Calidad. Dirección General (Director General)</li> <li>Elaboración de solicitud de requerimiento FONI, entrega de formatos en blanco a DG. (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Remisión de formatos a Unidades productoras de servicios involucrados en la atención. (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Remisión de formatos FONI, por unidades productoras de servicio a DG. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI involucrados en la atención FONI)</li> <li>Remisión de formatos FONI, llenos a OGC Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI</li> <li>Procesamiento de datos consignados en formatos FONI. (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Remisión del informe FONI a DG. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad / Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Remisión de información FONI a DG. Dirección General (Director General)</li> <li>MINSa, (Director de Salud de la Persona)</li> </ol> |   |   |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>   |   |   |   |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)  |
| Cumplimiento POI   | Formato de recolección de datos FONI ADE Unidades Operativas  | Caso/Trimestral   | Informatizado - Mecanizado                                  |
| <b>SALIDAS (12)</b>  |   |   |   |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)  |
| FONI Informado   | MINSa   | Caso/Trimestral   | Informatizado - Mecanizado                                  |
| DEFINICIONES (13) :  | FONI: Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas<br>OGC: Oficina de Gestión de la Calidad  |   |   |
| REGISTROS (14) :   | Software de registros de formatos FONI del MINSa  |   |   |
| ANEXOS (15) :  | Mapa Global de Informe FONI   |   |   |



**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas (FONI)



Anexo A – 6

| Código N°   |   | 7.3.00.06.02-02  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|---|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| (Código del Procedimiento)  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad  | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad         |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  |   | Visita Inopinada   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Verificar el buen desempeño de las unidades productoras de servicios<br>Identificar posibles nudos Críticos | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)  | 1 Mes   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA              |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1   | Evaluación de oportunidad de mejora   | Identificación de oportunidad de mejora de procesos en Unidad Productora de Servicio   | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2   | Elaboración de plan de trabajo de visita inopinada (VI)   | Formulación del Plan de Trabajo  | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3   | Validación del plan de trabajo  | Aprobación y autorización del Plan   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad             |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4   | Preparación de instrumentos para la Visita Inopinada  | Diseño y elaboración material para realizar VI   | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 5   | Recolección de datos de los registros del área con oportunidad  | Verificación de hechos in situ   | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 6   | Culminación de VI   | Procesamiento y análisis de datos integrados y propuesta de mejora.  | Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 7   | Elaboración de informe de vista inopinada   | Emisión de informe final de visita inopinada a Dirección General   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad             |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 8   | Recepción de informe de visita inopinada  | Evaluación de informe referente a oportunidades de mejora de procesos  | Dirección General, Director General               |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 9   | Toma de decisión de mejora de proceso   | Remisión de indicación a Departamento Médico para implementación de Proyectos de mejora.   | Dirección General, Director General               |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 10  | Ejecución de implementación de Mejora de procesos   | Control de Mejora de Procesos  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 11  | Incrementa su satisfacción por el servicio de salud   | Procesos de atención mejorados   | usuario   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2   | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 1   | 1   | 1  | 1   | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1      | 1      | 1      |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Referencia  | Fecha de Publicación  | Breve descripción del Asunto   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997  | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros v otros. |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002   | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDyOD)   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA   | 22 de noviembre del 2002  | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSa hasta 3 niveles de atención.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |   | Fecha  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |



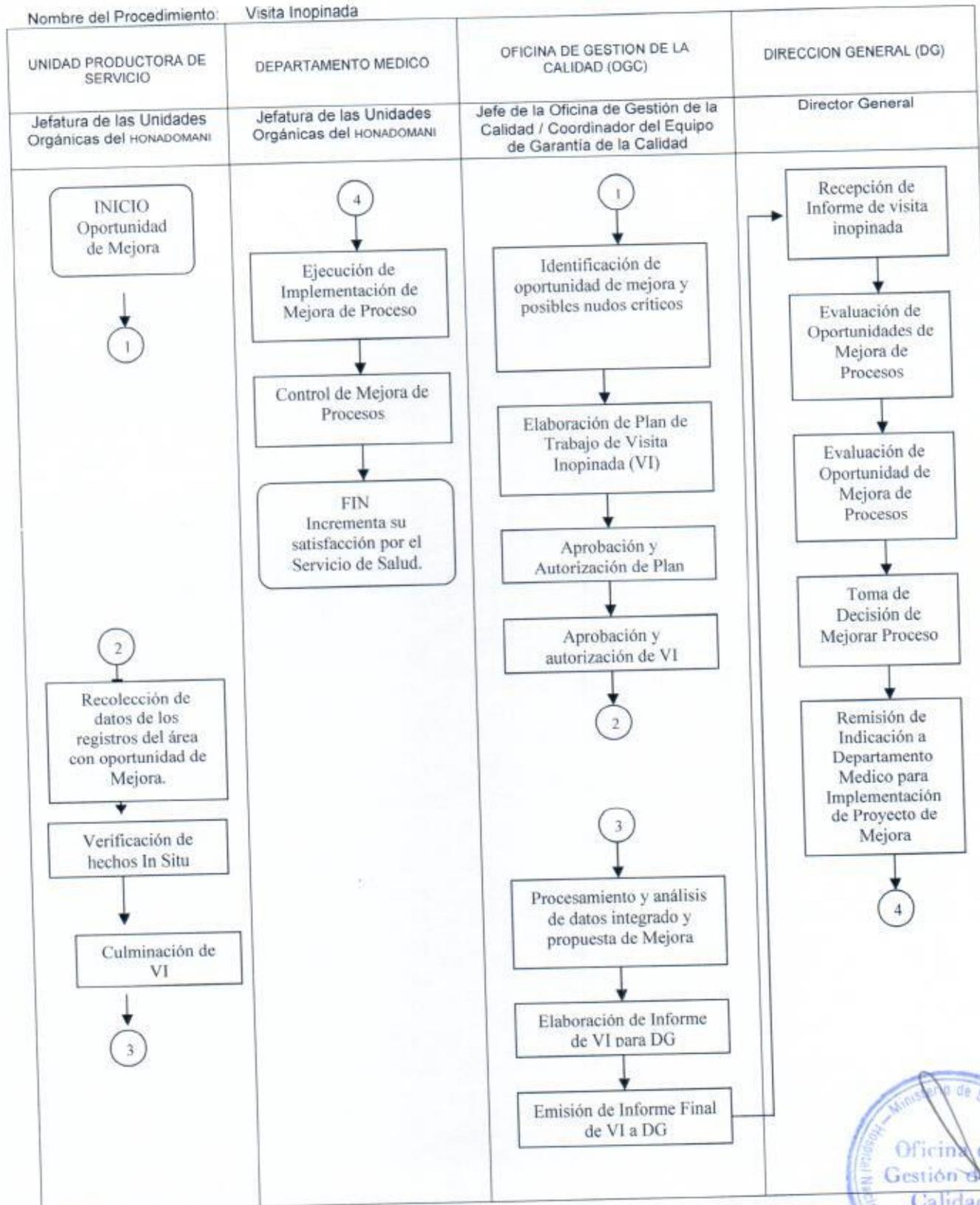
Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 1 |   |
|--|---|--|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>           |   |  |   |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>                     |   |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):                          |   | Visita inopinada   | FECHA (3): Agosto 2007                              |
|  |   |  | CÓDIGO (4): 7.3.00.06.02-02                         |
| PROPÓSITO (5) :  | Verificar el buen desempeño de las unidades productoras de servicios<br>Identificar posibles nudos Críticos   |  |   |
| ALCANCE (6) :  | Oficina de Gestión de la Calidad, Unidades ejecutoras de Servicios, Empresas de Servicios Mercerizados.   |  |   |
| MARCO LEGAL (7) :                                      | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI  |  |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>                      |   |  |   |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)                                    |
| Numero de visitas inopinadas                           | Informe   | Oficina de Gestión de la Calidad                         | Unidad de Mejora Continua de la Calidad (UMC) - OGC |
| <b>NORMAS (9)</b>                                      |   |  |   |
| R.D. 0055 – D-HONADOMANI – SB – 06, RM. 1216 -2003     |   |  |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>              |   |  |   |
| INICIO   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación de oportunidad de mejora de procesos en Unidad Productora de Servicio, (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Formulación del Plan de Trabajo, (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Aprobación y autorización del Plan, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>Diseño y elaboración material para realizar VI, (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Verificación de hechos in situ, (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Procesamiento y análisis de datos integrados y propuesta de mejora. (Coordinador del Equipo de Garantía de la Calidad)</li> <li>Emisión de informe final de visita inopinada a Dirección General. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>Evaluación de informe referente a oportunidades de mejora de procesos. Dirección General (Director General)</li> <li>Remisión de indicación a Departamento Medico para implementación de Proyectos de mejora. (Dirección General)</li> <li>Control de Mejora de Procesos. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>Procesos de atención mejorados, ( I usuario )</li> </ol> |  |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>                                   |   |  |   |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Visita Inopinada según POI                             | OGC (UMC)   | Mensual  | Manual  |
| <b>SALIDAS (12)</b>                                    |   |  |   |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| Informe  | Dirección General   | Mensual  | Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13) :                                    | Visita inopinada. Visita periódica realizadas con el objeto de identificar nudos críticos de atención al usuario externo.<br>Nudo Critico.  |  |   |
| REGISTROS (14) :                                       | Informe de Plan de trabajos de visitas inopinadas   |  |   |
| ANEXOS (15) :  | Mapa Global de Visita Inopinada   |  |   |



**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**

Nombre del Procedimiento: Visita Inopinada



Anexo A - 6

|   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|--|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Código N° 8.2.00.06.02-03<br>(Código del Procedimiento)   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad   |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)   | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): Elaboración de norma técnica.  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento: Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad.                                   | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) 3 meses |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD  | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1   | Requerimiento de Elaboración de Norma  | Elaboración de Solicitud de requerimiento de norma   | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2   |  | Remisión de Solicitud de requerimiento   | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3   | Elaborar Plan de Trabajo   | Recepción de Solicitud de requerimiento  | Oficina de Gestión de la Calidad, Secretaria        |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4   |  | Elaboración de Plan de Trabajo   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 5   |  | Búsqueda de material bibliográfico   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 6   |  | Presentación de Plan de Trabajo a OGC  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 7   | Implementación de Plan   | Recepción de Plan  | Oficina de Gestión de la Calidad, Secretaria        |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 8   |  | Aprobación de Plan   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad               |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 9   |  | Ejecución de Plan  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2  | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 0   | 0  | 0  | 0   | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      | 1      |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>  | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997   | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA   | 22 de noviembre del 2002   | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.   |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |  |  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |  | Fecha  |   |       |       |       |       |       |        |        |        |



Anexo A - 6

| Código N° 8.2.00.06.02-03<br><small>(Código del Procedimiento)</small>  |   |  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
|---|---|--|---|---|----------------------|--|---|---|--|---|---|--|---|---|----|-----------------------|---|----|------------------------------------|---|----|-----------------------------------|---|---|
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">00.06 Oficina de Gestión de la Calidad</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad</td> </tr> </table>  | (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)                                  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad   | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)   | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad  | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">(3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):</td> <td style="padding: 5px;">Elaboración de norma técnica.</td> </tr> </table>   | (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):                            | Elaboración de norma técnica.  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  | Elaboración de norma técnica.   |  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(4) Objetivo del Procedimiento:</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad.</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">(5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">3 meses</td> </tr> </table>  | (4) Objetivo del Procedimiento:   | Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad.  | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)                           | 3 meses                                   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad. | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)  | 3 meses   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <p>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">N° Orden</th> <th style="width: 20%;">ACTIVIDAD</th> <th style="width: 40%;">TAREA</th> <th style="width: 30%;">UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Elaborar Norma</td> <td>Búsqueda de marco legal y recolección de datos correspondientes</td> <td>Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td>Reunión de trabajo con Unidad Operativa para mejorar y sugerencias</td> <td>Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td>Revisión de Propuesta de norma por Unidades Prestadoras de Servicios (UPS).</td> <td>Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td>Validación de las UPS</td> <td>Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td>Culminación de documento Propuesto</td> <td>Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td>Remisión de Propuesta a Dirección</td> <td>Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión</td> </tr> </tbody> </table> | N° Orden  | ACTIVIDAD  | TAREA   | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA      | 10                   | Elaborar Norma   | Búsqueda de marco legal y recolección de datos correspondientes | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión | 11   | Reunión de trabajo con Unidad Operativa para mejorar y sugerencias  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI | 12   | Revisión de Propuesta de norma por Unidades Prestadoras de Servicios (UPS). | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI | 13 | Validación de las UPS | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI | 14 | Culminación de documento Propuesto | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión | 15 | Remisión de Propuesta a Dirección | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |   |
| N° Orden  | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 10  | Elaborar Norma  | Búsqueda de marco legal y recolección de datos correspondientes  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 11  |   | Reunión de trabajo con Unidad Operativa para mejorar y sugerencias   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 12  |   | Revisión de Propuesta de norma por Unidades Prestadoras de Servicios (UPS).  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 13  |   | Validación de las UPS  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 14  |   | Culminación de documento Propuesto   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 15  |   | Remisión de Propuesta a Dirección  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <p>(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>Mes 1</th><th>Mes 2</th><th>Mes 3</th><th>Mes 4</th><th>Mes 5</th><th>Mes 6</th><th>Mes 7</th><th>Mes 8</th><th>Mes 9</th><th>Mes 10</th><th>Mes 11</th><th>Mes 12</th> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> </tr> </table>   | Mes 1   | Mes 2  | Mes 3   | Mes 4                                     | Mes 5                | Mes 6  | Mes 7   | Mes 8   | Mes 9  | Mes 10  | Mes 11  | Mes 12   | 0   | 0   | 0  | 0                     | 0   | 0  | 0                                  | 0   | 0  | 0                                 | 0   | 1 |
| Mes 1   | Mes 2   | Mes 3  | Mes 4   | Mes 5                                     | Mes 6                | Mes 7  | Mes 8   | Mes 9   | Mes 10   | Mes 11  | Mes 12  |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| 0   | 0   | 0  | 0   | 0   | 0                    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0   | 1   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <p>(8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Referencia</th> <th style="width: 20%;">Fecha de Publicación</th> <th style="width: 50%;">Breve descripción del Asunto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ley General de Salud 26842</td> <td>15 de julio de 1,997</td> <td>Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros.</td> </tr> <tr> <td>Ley del Ministerio de Salud 27657</td> <td>29 de enero de 2002</td> <td>La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)</td> </tr> <tr> <td>Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-</td> <td>22 de noviembre del 2002</td> <td>Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.</td> </tr> </tbody> </table>   | Referencia  | Fecha de Publicación   | Breve descripción del Asunto  | Ley General de Salud 26842                | 15 de julio de 1,997 | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. | Ley del Ministerio de Salud 27657                               | 29 de enero de 2002                                 | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD) | Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002- | 22 de noviembre del 2002  | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención. |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| Referencia  | Fecha de Publicación  | Breve descripción del Asunto   |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997  | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002   | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-   | 22 de noviembre del 2002  | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.   |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| <p>(9) Anotaciones adicionales: POI</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Firma de Director o Responsable</td> <td style="width: 40%;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td> </tr> </table>   | Firma de Director o Responsable   | Fecha  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
| Firma de Director o Responsable   | Fecha   |  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |
|   |   |  |   |   |                      |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |                       |   |    |                                    |   |    |                                   |   |   |



Anexo A - 6

Código N° 8.2.00.06.02-03  
(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad  | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                           | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |   | Elaboración de norma técnica.   |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad. | (5)Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 3 meses                                   |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                  | TAREA                            | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                |
|----------|----------------------------|----------------------------------|---|
| 16       | Aprobación de norma        | Recepción de Propuesta de norma  | Dirección General, Secretaria                       |
| 17       |                            | Evaluación de Norma              | Dirección General, Director General                 |
| 18       |                            | Emisión de Resolución Directoral | Dirección General, Director General                 |
| 19       | Implementación de la norma | Difusión de la norma             | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |
| 20       |                            | Aplicación de la norma           | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 21       |                            | Control de la norma              | Dirección Médica, Sub Director - Medico de Gestión  |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      | 1      |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación     | Breve descripción del Asunto   |
|---|--------------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997     | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                   | 29 de enero de 2002      | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDyOD)   |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002- | 22 de noviembre del 2002 | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSa hasta 3 nivel de atención.   |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |  | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 3  |   |
|--|--|---|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>   |  |   |   |
| <b>Proceso (1): 8-Información para la salud</b>  |  |   |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  | Elaboración de norma técnica.  | FECHA (3):  | Agosto 2007   |
|  |  | CÓDIGO (4):   | 8.2.00.06.02-03   |
| PROPÓSITO (5):   | Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad.  |   |   |
| ALCANCE (6):   | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades  |   |   |
| MARCO LEGAL (7):   | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI |   |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>  |  |   |   |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)  | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)  |
| Norma Técnica Aprobada   | Norma Técnica  | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de la Norma y estudios técnicos realizados. | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| <b>NORMAS (9)</b>  |  |   |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSa N° 27657, MOF de la OGC, POI  |  |   |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>  |  |   |   |
| <b>INICIO</b>  |  |   |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de Solicitud de requerimiento de norma. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>2. Remisión de Solicitud de requerimiento. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>3. Recepción de Solicitud de requerimiento. Oficina de Gestión de la Calidad (Secretaría)</li> <li>4. Elaboración de Plan de Trabajo, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>5. Búsqueda de material bibliográfico, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>6. Presentación de Plan de Trabajo a OGC, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>7. Recepción de Plan, Oficina de Gestión de la Calidad (Secretaría)</li> <li>8. Aprobación de Plan , (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>9. Ejecución de Plan. (Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión)</li> </ol> |  |   |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>   |  |   |   |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)   | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Norma Técnica   | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud  | Según POI   | Informatizado/Mecanizado  |
| <b>SALIDAS (12)</b>  |  |   |   |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)  | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)  |
| Norma Técnica Elaborada  | Unidades Orgánicas   | Según Requerimiento   | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):   | Norma Técnica: Establece la metodología, procedimientos de un proceso determinado.   |   |   |
| REGISTROS (14):  | Instrumentos de operacionalización de la norma.  |   |   |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Elaboración de Normas Técnicas  |   |   |

Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas                |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 2 de 3  |   |
|---|---|---|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>                          |   |   |   |
| <b>Proceso (1): 8-Información para la salud</b>                       |   |   |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):   | Elaboración de norma técnica.   | FECHA (3):  | Agosto 2007   |
|   |   | CÓDIGO (4):   | 8.2.00.06.02-03   |
| PROPÓSITO (5)   | Normar los Procesos y Sub – Procesos institucionales relacionados con la Calidad.   |   |   |
| ALCANCE (6)   | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades   |   |   |
| MARCO LEGAL (7)   | Ley General de Salud 26842, Ley del Ministerio de Salud 27657, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI  |   |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>                                     |   |   |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)  |
| Norma Técnica Aprobada  | Norma Técnica   | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de la Norma y estudios técnicos realizados. | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| <b>NORMAS (9)</b>   |   |   |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI |   |   |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>                             |   |   |   |
| INICIO  | 10. Búsqueda de marco legal y recolección de datos correspondientes, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)<br>11. Reunión de trabajo con Unidad Operativa para mejorar y sugerencias, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión / Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>12. Revisión de Propuesta de norma por Unidades Prestadoras de Servicios (UPS). (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>13. Validación de las UPS. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>14. Culminación de documento Propuesto, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)<br>15. Remisión de Propuesta a Dirección, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión) |   |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>  |   |   |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Norma Técnica  | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud   | Según POI   | Informatizado/Mecanizado  |
| <b>SALIDAS (12)</b>   |   |   |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)  |
| Norma Técnica Elaborada   | Unidades Orgánicas  | Según Requerimiento   | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):  | Norma Técnica: Establece la metodología, procedimientos de un proceso determinado.  |   |   |
| REGISTROS (14):   | Instrumentos de operacionalización de la norma.   |   |   |
| ANEXOS (15):  | Mapa Global de Elaboración de Normas Técnicas   |   |   |

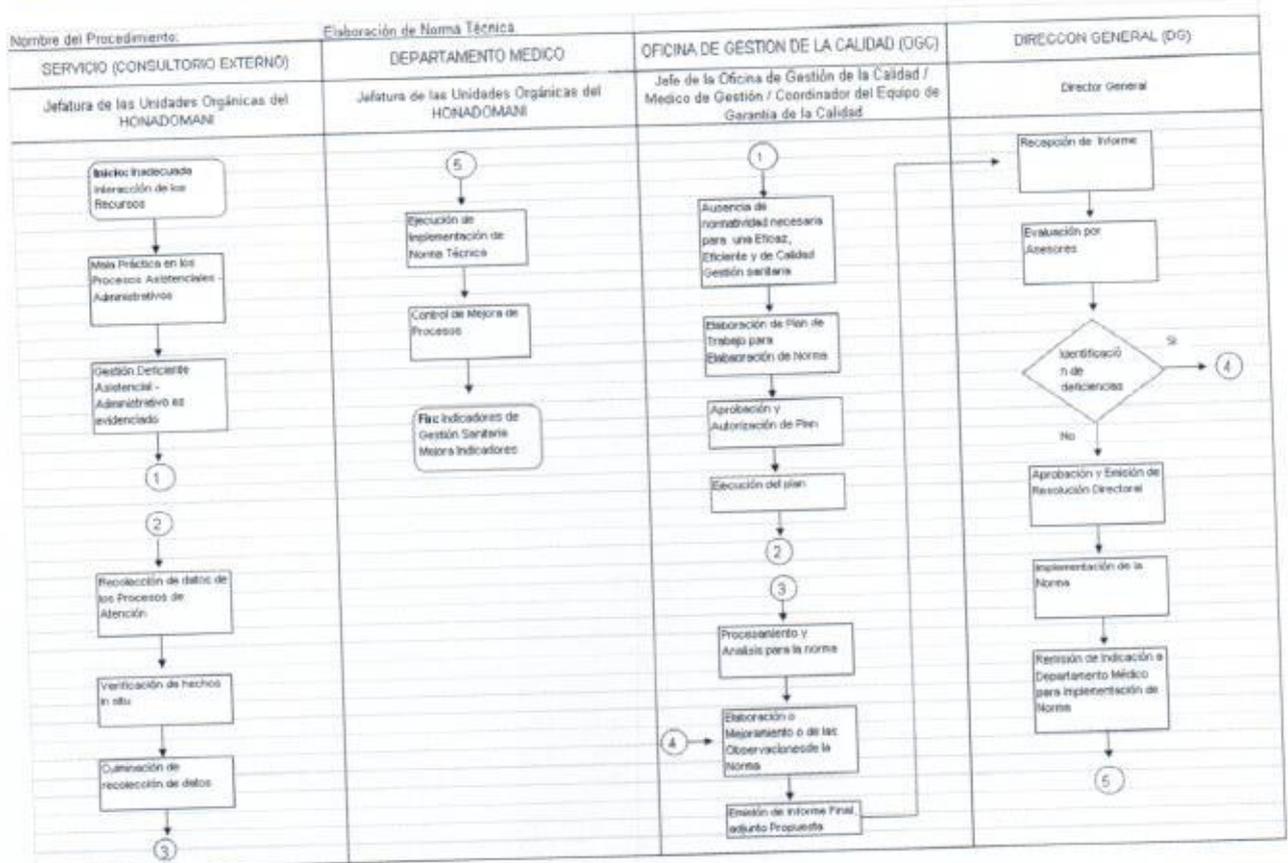
Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas                          |  | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 3 de 3  |   |
|---|--|---|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>                                    |  |   |   |
| <b>Proceso (1): 8-Información para la salud</b>                                 |  |   |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2) :  | Elaboración de norma técnica.  | FECHA (3):  | Agosto 2007   |
|   |  | CÓDIGO (4):   | 8.2.00.06.02-03   |
| PROPÓSITO (5) :   | Normar los Procesos y Sub - Procesos institucionales relacionados con la Calidad.  |   |   |
| ALCANCE (6) :   | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades  |   |   |
| MARCO LEGAL (7) :   | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI |   |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>   |  |   |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)  | FUENTE (8c)   | RESPONSABLE (8d)  |
| Norma Técnica Aprobada  | Norma Técnica  | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de la Norma y estudios técnicos realizados. | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| <b>NORMAS (9)</b>   |  |   |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI           |  |   |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>                                       |  |   |   |
| <b>INICIO</b>   |  |   |   |
| 16. Recepción de Propuesta de norma, Dirección General (Secretaria)             |  |   |   |
| 17. Evaluación de Norma, Dirección General (Director General)                   |  |   |   |
| 18. Emisión de Resolución Directoral, Dirección General (Director General)      |  |   |   |
| 19. Difusión de la norma, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)  |  |   |   |
| 20. Aplicación de la norma, (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI) |  |   |   |
| 21. Control de la norma, (Dirección Médica, Sub Director / Medico de Gestión)   |  |   |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>  |  |   |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)   | FRECUENCIA (11c)  | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Norma Técnica  | Reglamentos y normas relacionados al Sector Salud  | Según POI   | Informatizado/Mecanizado  |
| <b>SALIDAS (12)</b>   |  |   |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)  | FRECUENCIA (12c)  | TIPO (12d)  |
| Norma Técnica Elaborada   | Unidades Orgánicas   | Según Requerimiento   | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):  | Norma Técnica: Establece la metodología, procedimientos de un proceso determinado.   |   |   |
| REGISTROS (14):   | Instrumentos de operacionalización de la norma.  |   |   |
| ANEXOS (15):  | Mapa Global de Elaboración de Normas Técnicas  |   |   |



Manual de Procesos y Procedimientos

MAPA GLOBAL DEL PROCESO



Anexo A - 6

Código N° 8.2.00.06.02-04

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                 | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                            | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica.              |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 12 meses                                  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                           | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                |
|----------|-------------------------------------|--|---|
| 1        | Requerimiento de Elaboración de GPC | Elaboración de Solicitud de requerimiento de GPC                         | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 2        |                                     | Evidencia de Múltiples Prácticas inadecuadas en los Procesos de Atención | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 3        | Elaborar Plan de Trabajo            | Recepción de Solicitud de requerimiento                                  | Oficina de Gestión de la Calidad, Secretaria        |
| 4        |                                     | Elaboración de Plan de Trabajo   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |
| 5        |                                     | Presentación de Plan de Trabajo a OGC                                    | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |
| 6        | Implementación de Plan              | Recepción de Plan  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad               |
| 7        |                                     | Aprobación de Plan   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad               |
| 8        |                                     | Ejecución de Plan  | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |
| 9        |                                     | Conformación de Equipos de Trabajo para la elaboración de GPC            | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 1      | 0      | 0      |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación     | Breve descripción del Asunto   |
|---|--------------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997     | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                     | 29 de enero de 2002      | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA | 22 de noviembre del 2002 | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.   |
| RM N° 422-2005/MINSA  | 01 de junio del 2006     | Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.  |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo A - 6

Código N° 8.2.00.06.02-04

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                 | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                            | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica.              |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 12 meses                                  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                          | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|------------------------------------|--|---|
| 10       | Elaborar Guías de Práctica Clínica | Recolección, y Procesamiento de datos para la elaboración de GPC | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 11       |                                    | Elaboración de GPC consensuado, sujeto a Norma Técnica           | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 12       |                                    | Revisión y levantamiento de alguna observación                   | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión - Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI |
| 13       |                                    | Elaboración Informe magnético de GPC                             | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad   |
| 14       |                                    | Remisión de Informe a OGC  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad   |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 1      | 0      | 0      |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación     | Breve descripción del Asunto   |
|---|--------------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997     | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                     | 29 de enero de 2002      | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA | 22 de noviembre del 2002 | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.   |
| RM N° 422-2005/MINSA  | 01 de junio del 2006     | Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.  |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo A - 6

Código N° 8.2.00.06.02-04

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad                 | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                            | 00.06.02 Equipo de Garantía de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica.              |   |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 12 meses                                  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD                | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA  |
|----------|--------------------------|--|---|
| 15       | Aprobación de GPC        | Recepción de Informe de GPC                            | Dirección General, Director General   |
| 16       |                          | Revisión de GPC acuerdo a Norma                        | Dirección General, Director General   |
| 17       |                          | Coordinación para mejoramiento de deficiencias menores | Dirección General, Director General - Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión |
| 18       |                          | Elaboración de Informe Final, adjunto GPC adecuadas    | Oficina de Gestión de la Calidad, Medico de Gestión                                       |
| 19       | Implementación de la GPC | Aprobación de GPC y Emisión de Resolución Directoral   | Dirección General, Director General   |
| 20       |                          | Difusión de la GPC                                     | Dirección General, Sub Director   |
| 21       |                          | Aplicación de la GPC                                   | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI   |
| 22       |                          | Control de la Aplicación de las GPC                    | Dirección Médica, Sub Director  |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 1      | 0      | 0      |

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

| Referencia  | Fecha de Publicación     | Breve descripción del Asunto   |
|---|--------------------------|--|
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997     | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                     | 29 de enero de 2002      | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |
| Reglamento de la Ley Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA | 22 de noviembre del 2002 | Establece la estructuración de subprocesos organizacionales y de las Unidades Orgánicas del MINSA hasta 3 nivel de atención.   |
| RM N° 422-2005/MINS   | 01 de junio del 2006     | Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.  |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas  |  | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 3   |   |
|---|--|--|---|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>  |  |  |   |
| <b>Proceso (1): 8- Información para la salud</b>  |  |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2) :  | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)   | FECHA (3):   | Agosto 2007   |
|   |  | CÓDIGO (4):  | 8.2.00.06.02-04   |
| PROPÓSITO (5) :   | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención.  |  |   |
| ALCANCE (6) :   | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades  |  |   |
| MARCO LEGAL (7) :   | Ley General de Salud 26842 , Ley del Ministerio de Salud 27657 , Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI, Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA |  |   |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>   |  |  |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)  | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)  |
| Guías de Práctica Clínica aprobada  | Guías de Práctica Clínica  | Base de Datos de GPC, Referencias Bibliográficas, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de las GPC e Informes | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| <b>NORMAS (9)</b>   |  |  |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI, RM N° 422-2005/MINSA   |  |  |   |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>   |  |  |   |
| <b>INICIO</b>   |  |  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de Solicitud de requerimiento de GPC. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>2. Evidencia de Múltiples Prácticas inadecuadas en los Procesos de Atención de Salud. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>3. Recepción de Solicitud de requerimiento, Oficina de Gestión de la Calidad (Secretaria)</li> <li>4. Elaboración de Plan de Trabajo, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>5. Presentación de Plan de Trabajo a OGC, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>6. Recepción de Plan. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>7. Aprobación de Plan. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>8. Ejecución de Plan, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)</li> <li>9. Conformación de Equipos de Trabajo para la elaboración de GPC. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> </ol> |  |  |   |
| <b>ENTRADAS (11)</b>  |  |  |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)   | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Adecuación de GPC  | Unidades Prestadoras de Servicios  | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| <b>SALIDAS (12)</b>   |  |  |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)  | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| GPC Elaborados  | Unidades Orgánicas   | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):  | Guía de Práctica Clínica: Recomendaciones sistematizadas de resolución en relación a un problema clínico.  |  |   |
| REGISTROS (14) :  | Instrumentos utilizados en la Atención del paciente, Material de Ayuda en la Elaboración de GPC y Normatividad.  |  |   |
| ANEXOS (15) :   | Mapa Global de Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica  |  |   |

Anexo 9

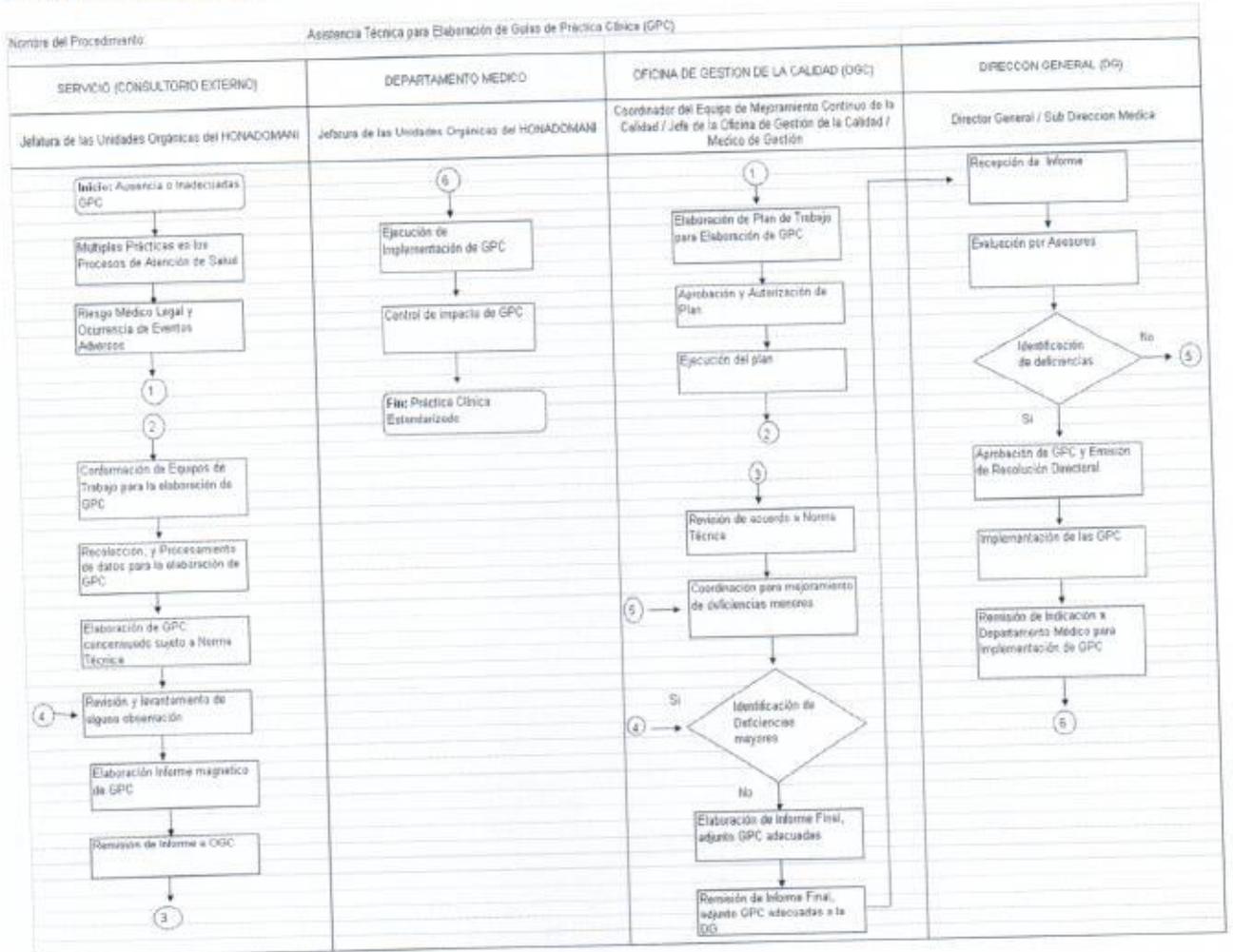
| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas                                      |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 2 de 3   |   |
|---|---|--|---|
| Ficha de Descripción de Procedimiento   |   |  |   |
| Proceso (1): 8-Información para la salud  |   |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):   | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)  | FECHA (3):   | Agosto 2007   |
|   |   | CÓDIGO (4):  | 8.2.00.06.02-04   |
| PROPÓSITO (5):  | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención.   |  |   |
| ALCANCE (6):  | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades   |  |   |
| MARCO LEGAL (7):  | Ley General de Salud 26842, Ley del Ministerio de Salud 27657, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI, Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA  |  |   |
| INDICES DE PERFORMANCE (8)  |   |  |   |
| INDICADOR (8a)  | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)  |
| Guías de Práctica Clínica aprobada  | Guías de Práctica Clínica   | Base de Datos de GPC, Referencias Bibliográficas, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de las GPC e Informes | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| NORMAS (9)  |   |  |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI, RM N° 422-2005/MINSA |   |  |   |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)  |   |  |   |
| INICIO  | 10. Recolección, y Procesamiento de datos para la elaboración de GPC. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>11. Elaboración de GPC consensuado, sujeto a Norma Técnica. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>12. Revisión y levantamiento de alguna observación, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión) – (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>13. Elaboración Informe magnético de GPC. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)<br>14. Remisión de Informe a OGC. (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad) |  |   |
| ENTRADAS (11)   |   |  |   |
| NOMBRE (11a)  | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Adecuación de GPC  | Unidades Prestadoras de Servicios   | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| SALIDAS (12)  |   |  |   |
| NOMBRE (12a)  | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| GPC Elaborados  | Unidades Orgánicas  | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):  | Guía de Práctica Clínica: Recomendaciones sistematizadas de resolución en relación a un problema clínico.   |  |   |
| REGISTROS (14):   | Instrumentos utilizados en la Atención del paciente, Material de Ayuda en la Elaboración de GPC y Normatividad.   |  |   |
| ANEXOS (15):  | Mapa Global de Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica   |  |   |

Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas   |  | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 3 de 3   |   |
|--|--|--|---|
| Ficha de Descripción de Procedimiento  |  |  |   |
| Proceso (1): 8-Información para la salud   |  |  |   |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):  | Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC)   | FECHA (3):   | Agosto 2007   |
|  |  | CÓDIGO (4):  | 8.2.00.06.02-04   |
| PROPÓSITO (5):   | Estandarizar los Procesos y Sub - Procesos de Atención.  |  |   |
| ALCANCE (6):   | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos, Oficinas, servicios y unidades  |  |   |
| MARCO LEGAL (7):   | Ley General de Salud 26842, Ley del Ministerio de Salud 27657, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud aprobado con DS 013- 2002-SA, MOF de la OGC, POI, Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA |  |   |
| INDICES DE PERFORMANCE (8)   |  |  |   |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)  | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)  |
| Guías de Práctica Clínica aprobada   | Guías de Práctica Clínica  | Base de Datos de GPC, Referencias Bibliográficas, Actas de reuniones con el usuario durante la elaboración de las GPC e Informes | Oficina de Gestión de la Calidad (Unidad de Garantía de la Calidad UGC) |
| NORMAS (9)   |  |  |   |
| Ley General de Salud N° 26842, Ley MINSA N° 27657, MOF de la OGC, POI, RM N° 422-2005/MINSA  |  |  |   |
| DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)   |  |  |   |
| <b>INICIO</b><br>15. Recepción de Informe de GPC, Dirección General (Director General)<br>16. Revisión de GPC acuerdo a Norma, Dirección General (Director General)<br>17. Coordinación para mejoramiento de deficiencias menores, Dirección General (Director General) - Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)<br>18. Elaboración de Informe Final, adjunto GPC adecuadas, Oficina de Gestión de la Calidad (Medico de Gestión)<br>19. Aprobación de GPC y Emisión de Resolución Directoral, Dirección General (Director General)<br>20. Difusión de la GPC, Dirección General (Sub-Director)<br>21. Aplicación de la GPC. (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)<br>22. Control de la Aplicación de las GPC, Dirección Médica (Sub-Director) |  |  |   |
| ENTRADAS (11)  |  |  |   |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)   | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)  |
| Requerimiento de Adecuación de GPC   | Unidades Prestadoras de Servicios  | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| SALIDAS (12)   |  |  |   |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)  | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)  |
| GPC Elaborados   | Unidades Orgánicas   | Según POI  | Informatizado/Mecanizado  |
| DEFINICIONES (13):   | Guía de Práctica Clínica: Recomendaciones sistematizadas de resolución en relación a un problema clínico.  |  |   |
| REGISTROS (14):  | Instrumentos utilizados en la Atención del paciente, Material de Ayuda en la Elaboración de GPC y Normatividad.  |  |   |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Asistencia Técnica para Elaboración de Guías de Práctica Clínica  |  |   |



**MAPA GLOBAL DEL PROCESO**



Anexo A - 6

|   |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|---|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Código N° 7.3.00.06.02-05<br>(Código del Procedimiento)   |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)   | 00.06.02 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):<br>Vigilancia de Evento Adverso  |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:<br>Reducir la ocurrencia de Eventos Adversos.   | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)<br>1 Día/1 Mes |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD   | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA               |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 1   | Notificación de eventos adversos  | Distribución de Instrumentos de Notificación (ficha de notificación, check list, libro de registro)  | Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 2   |   | Identificación de EVA  | Unidad Proveedora de Servicios, Profesional Medico |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 3   |   | Llenado de ficha de notificación   | Unidad Proveedora de Servicios, Profesional Medico |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 4   |   | Remisión a Departamento  | Unidad Proveedora de Servicios, Jefe de Guardia    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 5   | Codificación de EVA   | Llenado de Código EVA  | Jefatura de Departamento Medico                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 6   |   | Llenado de Registro  | Jefatura de Departamento Medico                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 7   | Determinación de EVA/C  | Catalogación de EVA/C  | Jefatura de Departamento Medico                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 8   |   | Remisión de Expediente de EVA/C  | Jefatura de Departamento Medico                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2   | Mes 3  | Mes 4  | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 0   | 0   | 0  | 0  | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>   | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997  | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002   | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06  | 2003  | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos – HONADOMANI SAN BARTOLOME   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| RM 143- 2006 – MINSA "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente"   | Agosto 2006   | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |   |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   | <input style="width: 100%;" type="text"/>   | Fecha  | <input style="width: 100%;" type="text"/>          |       |       |       |       |       |        |        |        |



Anexo A - 6

Código N° 7.3.00.06.02-05

(Código del Procedimiento)

FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)       | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad     | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)                            | 00.06.02 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario): |  | Vigilancia de Evento Adverso   |  |
| (4) Objetivo del Procedimiento:                        | Reducir la ocurrencia de Eventos Adversos. | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses) | 1 Día/1 Mes  |

(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO

| N° Orden | ACTIVIDAD               | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA |
|----------|-------------------------|--|--------------------------------------|
| 9        | Procesamiento de Datos  | Recolección de fichas                          | Jefatura de Oficina de Estadística   |
| 10       |                         | Digitación de datos de Ficha EVA               | Jefatura de Oficina de Estadística   |
| 11       |                         | Elaboración y remisión de Indicadores          | Jefatura de Oficina de Estadística   |
| 12       | Análisis Epidemiológico | Conocimiento de Caso EVA-C, cuando sea el caso | Jefatura de Oficina de Epidemiología |
| 13       |                         | Recepción de datos Procesados                  | Jefatura de Oficina de Epidemiología |
| 14       |                         | Análisis de los Indicadores                    | Jefatura de Oficina de Epidemiología |
| 15       |                         | Elaboración de reporte Mensual                 | Jefatura de Oficina de Epidemiología |
| 16       |                         | Remisión de Reporte con enfoque epidemiológico | Jefatura de Oficina de Epidemiología |

(7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional):

| Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      |

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

| Referencia   | Fecha de Publicación | Breve descripción del Asunto   |
|--|----------------------|--|
| Ley General de Salud 26842   | 15 de julio de 1,997 | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |
| Ley del Ministerio de Salud 27657                                    | 29 de enero de 2002  | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSA(OPDyOD)   |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06                                   | 2003                 | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos - HONADOMANI SAN BARTOLOME   |
| RM 143- 2006 - MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente". | Agosto 2006          | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |

(9) Anotaciones adicionales: POI

Firma de Director o Responsable

Fecha



Anexo A - 6

| Código N° 7.3.00.06.02-05<br>(Código del Procedimiento)   |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
|---|--|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| <b>FICHA DE INFORMACIÓN PRELIMINAR DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (1) Oficina /Dirección (2° nivel organizacional)  | 00.06 Oficina de Gestión de la Calidad     | (2) Oficina /Dirección (de 3° nivel organizacional)  | 00.06.02 Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (3) Denominación del Procedimiento (Según inventario):  |  | Vigilancia de Evento Adverso   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (4) Objetivo del Procedimiento:   | Reducir la ocurrencia de Eventos Adversos. | (5) Tiempo estimado efectivo de duración del procedimiento (horas, días meses)   | 1 Día/1 Mes  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <b>(6) SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO</b>  |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| N° Orden  | ACTIVIDAD                                  | TAREA  | UNIDAD ORGÁNICA QUE EJECUTA LA TAREA                   |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 17  | Evaluación de Caso EVA por OGC             | Pone en Conocimiento de Caso EVA-C a la Dirección y Epidemiología  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 18  |  | Recepción de Reporte Mensual de Indicadores EVAç   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 19  |  | Evaluación de Reporte Mensual  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 20  |  | Evalúa y Distribuye Caso de EVA-C a comité   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 21  |  | Recepción de informe Preliminar  | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 22  |  | Elaboración de Informe Final   | Jefe Oficina de Gestión de la Calidad                  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 23  | Estudio de Caso de EVA-C por Comité        | Recepción de Información   | Comité Hospitalario                                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 24  |  | Estudio de Caso  | Comité Hospitalario                                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 25  |  | Elaboración de Informe Preliminar y Emisión de Informe Preliminar  | Comité Hospitalario                                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 26  | Toma Conocimiento de Informe Final         | Conocimiento de Caso EVA-C, cuando sea el  | Dirección General, Director General                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 27  |  | Recepción de Informe Final   | Dirección General, Director General                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 28  |  | Evaluación para la Mejora  | Dirección General, Director General                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 29  |  | Conocimiento de Caso EVA-C   | Dirección General, Director General                    |       |       |       |       |       |        |        |        |
| 30  |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (7) Estadísticas del número de veces que se ha ejecutado el procedimiento en cada mes, durante los últimos 12 meses (Se utiliza en forma opcional): |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Mes 1   | Mes 2                                      | Mes 3  | Mes 4  | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
| 0   | 0  | 0  | 0  | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      | 0      |
| (8) Indicar las Normas legales que regulan el procedimiento y adjuntar copias   |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| <u>Referencia</u>   | <u>Fecha de Publicación</u>                | <u>Breve descripción del Asunto</u>  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley General de Salud 26842  | 15 de julio de 1,997                       | Derechos, deberes y responsabilidad concernientes a la salud individual, deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de los terceros y otros. |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Ley del Ministerio de Salud 27657   | 29 de enero de 2002                        | La Ley comprende el ámbito competencia, finalidad y organización MINSa(OPDvOD)   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| NT N° 01-OGC-HONADOMANI-SB-V.01/06  | 2003                                       | Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos - HONADOMANI SAN BARTOLOME   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| RM 143- 2006 - MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".  | Agosto 2006                                | Indica Acciones de Implementación de Vigilancia de EVA   |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| (9) Anotaciones adicionales: POI  |  |  |  |       |       |       |       |       |        |        |        |
| Firma de Director o Responsable   |  |  | Fecha  |       |       |       |       |       |        |        |        |



F-ORG-06-1

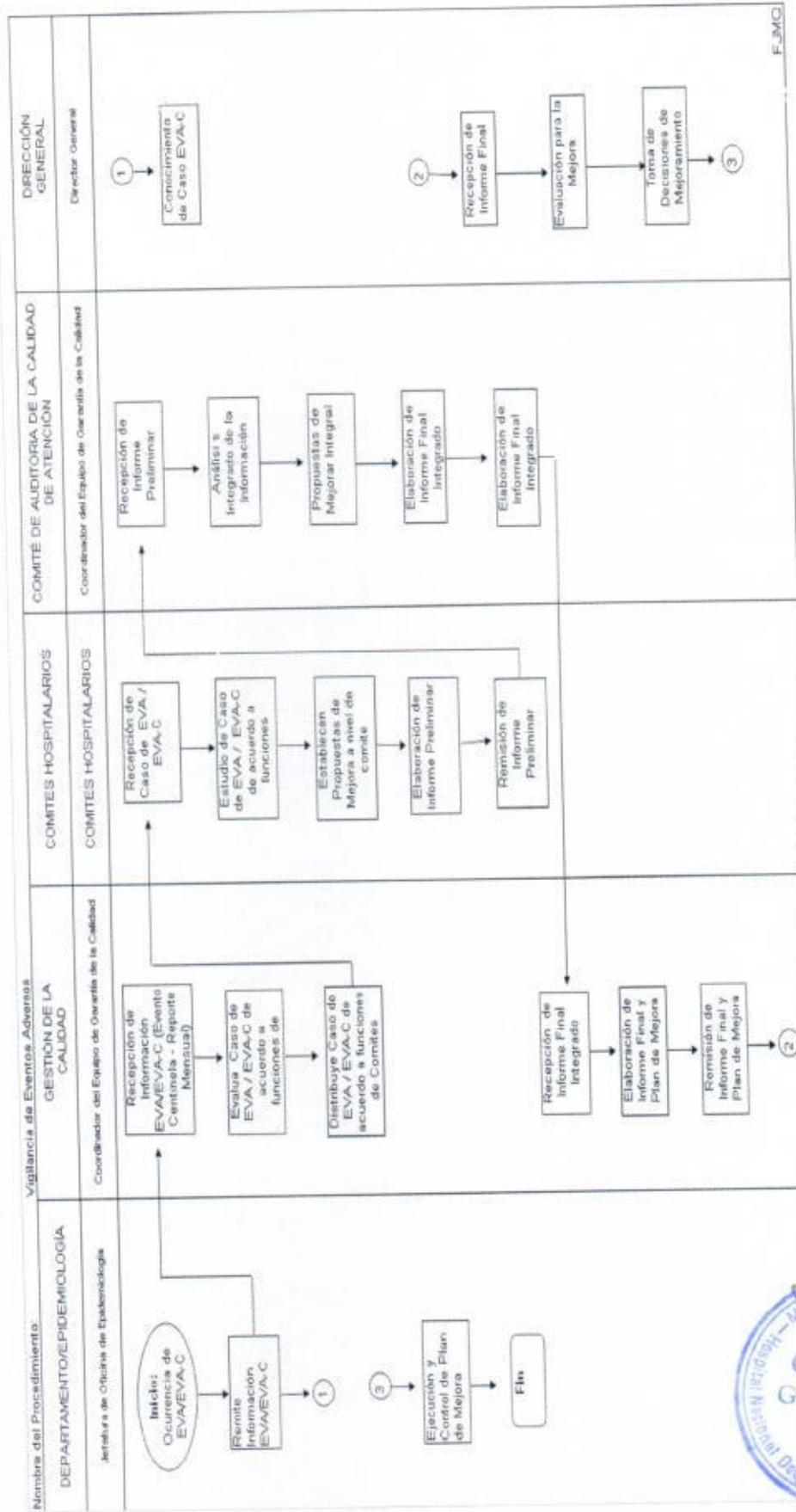
Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 1 de 2                                       |  |
|--|---|--|--|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>           |   |  |  |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>                     |   |  |  |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):                          | Vigilancia de Eventos Adversos  | FECHA (3):   | Agosto 2007  |
|  |   | CÓDIGO (4):  | 7.3.00.06.02-05  |
| PROPÓSITO (5):   | Reducir la ocurrencia de Eventos Adversos.  |  |  |
| ALCANCE (6):   | Oficina de Gestión de la Calidad, Epidemiología, Estadística, Unidades Ejecutoras   |  |  |
| MARCO LEGAL (7):                                       | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, RM 143- 2006 – MINSA "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".   |  |  |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>                      |   |  |  |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)   |
| Evento adverso Notificado/Total de atenciones          | Informe   | Hoja de Notificación, Registros de Departamentos y Servicios, Oficina de Gestión de la Calidad | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos y Servicios Comités Hospitalarios. |
| <b>NORMAS (9)</b>                                      |   |  |  |
| Normas en proceso de aprobación.                       |   |  |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>              |   |  |  |
| INICIO   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distribución de Instrumentos de Notificación (ficha de notificación, check list, libro de registro) , (Jefatura de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI)</li> <li>2. Identificación de EVA, Unidad Proveedora de Servicios (Profesional Medico)</li> <li>3. Llenado de ficha de notificación, Unidad Proveedora de Servicios (Profesional Medico)</li> <li>4. Remisión a Departamento, Unidad Proveedora de Servicios (Jefe de Guardia)</li> <li>5. Llenado de Código EVA (Jefatura de Departamento Medico)</li> <li>6. Llenado de Registro, (Jefatura de Departamento Medico)</li> <li>7. Catalogación de EVA/C. (Jefatura de Departamento Medico)</li> <li>8. Remisión de Expediente de EVA/C, (Jefatura de Departamento Medico)</li> <li>9. Recolección de fichas, (Jefatura de Oficina de Estadística)</li> <li>10. Digitación de datos de Ficha EVA, (Jefatura de Oficina de Estadística)</li> <li>11. Elaboración y remisión de Indicadores, (Jefatura de Oficina de Estadística)</li> <li>12. Conocimiento de Caso EVA-C, cuando sea el caso, (Jefatura de Oficina de Epidemiología)</li> <li>13. Recepción de datos Procesados, (Jefatura de Oficina de Epidemiología)</li> <li>14. Análisis de los Indicadores, (Jefatura de Oficina de Epidemiología)</li> <li>15. Elaboración de reporte Mensual, (Jefatura de Oficina de Epidemiología)</li> <li>16. Remisión de Reporte con enfoque epidemiológico, (Jefatura de Oficina de Epidemiología)</li> </ol> |  |  |
| <b>ENTRADAS (11)</b>                                   |   |  |  |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)   |
| Notificación de Evento Adverso                         | Unidades Operativas   | Caso/Mensual   | Informatizado-Mecanizado   |
| <b>SALIDAS (12)</b>                                    |   |  |  |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)   |
| Informe de evento adverso                              | Dirección General   | Caso/Mensual   | Mecanizada   |
| DEFINICIONES (13):                                     | <p><b>Evento Adverso:</b> Es un acto imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad de base o condición de salud del paciente.</p> <p><b>Evento Centinela:</b> Es todo incidente serio y fácilmente reconocible que puede ser evitado tal como una muerte prevenible, una complicación clínica o una epidemia por alguna enfermedad transmisible entre otras que pueden afectar la calidad de la atención en la organización de salud.</p>   |  |  |
| REGISTROS (14):  | Libro de Registro de Eventos Adversos, Hoja de notificación de eventos adversos, Informes.  |  |  |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Vigilancia de Eventos Adversos   |  |  |

Anexo 9

| Ministerio de Salud<br>Personas que atendemos personas |   | Manual de Procedimientos<br>Versión : 1.0<br>Pág. 2 de 2                                       |  |
|--|---|--|--|
| <b>Ficha de Descripción de Procedimiento</b>           |   |  |  |
| <b>Proceso (1): 7-Organización</b>                     |   |  |  |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):                          | Vigilancia de Eventos Adversos  | FECHA (3):   | Agosto 2007  |
|  |   | CÓDIGO (4):  | 7.3.00.06.02-05  |
| PROPÓSITO (5):   | Reducir la ocurrencia de Eventos Adversos.  |  |  |
| ALCANCE (6):   | Oficina de Gestión de la Calidad, Epidemiología, Estadística, Unidades Ejecutoras   |  |  |
| MARCO LEGAL (7):                                       | Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, RM 143- 2006 – MINSa "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".   |  |  |
| <b>INDICES DE PERFORMANCE (8)</b>                      |   |  |  |
| INDICADOR (8a)   | UNIDAD DE MEDIDA (8b)   | FUENTE (8c)  | RESPONSABLE (8d)   |
| Evento adverso Notificado/Total de atenciones          | Informe   | Hoja de Notificación, Registros de Departamentos y Servicios, Oficina de Gestión de la Calidad | Oficina de Gestión de la Calidad, Departamentos y Servicios Comités Hospitalarios. |
| <b>NORMAS (9)</b>                                      |   |  |  |
| Normas en proceso de aprobación.                       |   |  |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)</b>              |   |  |  |
| INICIO   | <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Pone en Conocimiento de Caso EVA-C a la Dirección y Epidemiología, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>18. Recepción de Reporte Mensual de Indicadores EVAç, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>19. Evaluación de Reporte Mensual, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>20. Evalúa y Distribuye Caso de EVA-C a comité, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>21. Recepción de informe Preliminar, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>22. Elaboración de Informe Final, (Jefe Oficina de Gestión de la Calidad)</li> <li>23. Recepción de Información, (Comité Hospitalario)</li> <li>24. Estudio de Caso, (Comité Hospitalario)</li> <li>25. Elaboración de Informe Preliminar y Propuesta, (Comité Hospitalario)</li> <li>26. Emisión de Informe Preliminar, (Comité Hospitalario)</li> <li>27. Conocimiento de Caso EVA-C, cuando sea el caso, Dirección General (Director General)</li> <li>28. Recepción de Informe Final, Dirección General (Director General)</li> <li>29. Evaluación para la Mejora, Dirección General (Director General)</li> <li>30. Conocimiento de Caso EVA-C, Dirección General (Director General)</li> </ol> |  |  |
| <b>ENTRADAS (11)</b>                                   |   |  |  |
| NOMBRE (11a)   | FUENTE (11b)  | FRECUENCIA (11c)   | TIPO (11d)   |
| Notificación de Evento Adverso                         | Unidades Operativas   | Caso/Mensual   | Informatizado-Mecanizado   |
| <b>SALIDAS (12)</b>                                    |   |  |  |
| NOMBRE (12a)   | DESTINO (12b)   | FRECUENCIA (12c)   | TIPO (12d)   |
| Informe de evento adverso                              | Dirección General   | Caso/Mensual   | Mecanizada   |
| DEFINICIONES (13):                                     | <p><b>Evento Adverso:</b> Es un acto imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad de base o condición de salud del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evento Centinela:</b> Es todo incidente serio y fácilmente reconocible que puede ser evitado tal como una muerte prevenible, una complicación clínica o una epidemia por alguna enfermedad transmisible entre otras que pueden afectar la calidad de la atención en la organización de salud.</li> </ul>  |  |  |
| REGISTROS (14):  | Libro de Registro de Eventos Adversos, Hoja de notificación de eventos adversos, Informes.  |  |  |
| ANEXOS (15):   | Mapa Global de Vigilancia de Eventos Adversos   |  |  |

MAPA GLOBAL DEL PROCESO



EVA: Evento Adverso  
EVA-C: Evento Adverso Centinela  
CACAS: Comité de Auditoría de Calidad de Salud