MINISTERIO DE SALUD

INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

REPUBLICA DEL PERU

N° 071-2016-INO-D

Resolución Directoral

Lima, 02 de Mayo del 2016

Vistos, el Informe N° 006-2016/OEPE-UO/INO, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Nota Informativa N° 0054-2016-OGC/INO, de la Oficina de Gestión de Calidad; y,

CONSIDERANDO:

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

Que, conforme lo establece el numeral 4.4 de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 – Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional, aprobada por Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, el Manual de Procesos y Procedimientos, es un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales, en el nivel de sub procesos o actividades, en los que interviene una o más unidades orgánicas;

Que, mediante Informe N° 006-2016/OEPE-UO/INO, de fecha 21 de marzo del 2016, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite a la Dirección General el Proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de Calidad del INO, a fin de que una vez evaluado sea aprobado mediante la resolución directoral correspondiente;

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de Calidad del INO, describe y estandariza de manera sistemática y secuencial, todas las actividades que conforman los principales procesos organizacionales de la Oficina de Gestión de la Calidad, a fin de reducir tiempos y actividades innecesarias; incrementando con ello los niveles de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos;

Que, conforme lo establece el numeral 5.6.6 de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional, el Manual de Procesos y Procedimientos será aprobado por Resolución Ministerial o Directoral o Resolución Jefatural emitida por el titular de la Entidad, según corresponda;

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y con la visación de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica; y de conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA;

L. CONTRERAS

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el **"Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Oftalmología"**, el cual consta de catorce (14) folios; que debidamente visados, forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia, la publicación de la presente resolución, en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología www.ino.org.pe.

Artículo 3°.- ENCARGAR, la notificación de la presente resolución a los interesados y diferentes estamentos del Instituto Nacional de Oftalmología, para su conocimiento y debido cumplimiento.

Regístrese y Comuníquese.

Dra. MALENA TOMIHAMA FERNÁNDEZ
Directora General (e)
Instituto Nacional de Oftalmología
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
C.M.P. 27620 R.N.E. 14992

M.O. P. MINAMI

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº

M.O. P. MINAMI

LIMA 2016

Elaborado por:
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico - OEPE
Oficina de Gestión de la Calidad - OGC

INDICE

Pág.

Capítulo I Introducción.....3

Capítulo II Objetivo del Manual.....3

Capítulo III Base Legal.....4

Capítulo IV Identificación de procesos y procedimientos.....5

Capítulo V Inventario de procedimientos.....6

Capítulo VI Identificación de procesos y procedimientos agrupados por áreas.....7

6.1 Atención de incidentes, no conformidad, quejas o reclamo del paciente. (Cód. OGC-001).....8

6.2 Proceso de Auditoría de Casos. (Cód. OGC-002).....11

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - V° B°

M.O. P. MINAMI

CAPITULO I. INTRODUCCION

El presente manual ha sido desarrollado siguiendo el enfoque de procesos el cual consiste en identificar las actividades más relevantes que intervienen en un determinado proceso e identificándolos para poder agruparlos y ordenarlos de manera sistemática y secuencial de tal forma que se pueda obtener de manera clara las actividades que se efectúan en un determinado proceso. Una vez identificado el proceso se podrá establecer el procedimiento que pertenece a ese determinado proceso.

El presente manual contiene la información detallada de cada procedimiento que se realiza en cada área administrativa de la Oficina de Gestión de la Calidad. Dichos procedimientos se encuentran plasmados con su ficha técnica y flujograma respectivo el cual nos muestra en sus columnas las diferentes áreas de la institución y/o actores externos (proveedores, pacientes, entidades, etc.) que intervienen en un determinado procedimiento.

Cabe resaltar que dichos procedimientos han sido elaborados guardando relación los documentos de gestión institucionales vigentes, así mismo con los diseños y formatos para Manuales de Procesos y Procedimientos establecidos en la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V02, "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos normativos de Gestión Institucional".

CAPITULO II. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir de manera sistemática y secuencial las actividades que conforman los principales procesos organizacionales de la Oficina de Gestión de la Calidad, así como sus interrelaciones con las demás áreas y/o agentes externos.

Estandarizar los procesos de tal forma que se puedan reducir tiempos y actividades innecesarias incrementando los niveles de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos.

Utilizar la información recopilada para aplicar la metodología de la mejora continua en cada uno de sus procesos, todo ello con el enfoque en la calidad de sus procesos.

Hacer un seguimiento y monitoreo para asegurar el cumplimento de lo establecido en el manual y determinar puntos de control en las diferentes etapas a medir.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº

M.O. P. MINAMI

CAPITULO III. BASE LEGAL

Ley N° 26842
Ley General de Salud

Ley N° 27658
Ley Marco de Modernización de Gestión del Estado

Ley N° 27444
Ley del Procedimiento Administrativo General

Ley N° 28716
Ley de Control Interno de las Entidades del Estado

Decreto Supremo N° 004-2013-PCM
Aprueba la Política Nacional de la Gestión Pública

Resolución Jefatural N° 238-2014/IGSS
Aprueba los Mapas de Procesos de Institutos, Hospitales y Direcciones de Redes de Salud, Órganos Desconcentrados del Instituto de Gestión de Servicios de Salud

R.M. N° 447-2009/MINSA
Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología
Modificado por R.M. N° 660-2010/MINSA

R.D. N° 070-2012-INO-D
Aprueba el Manual de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología
Modificado por R.D. N° 366-2013-INO-D

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº
M.O. P. MINAMI

CAPÍTULO IV. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

OFICINA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

N°	PROCESO NIVEL 0	PROCESO NIVEL I	PROCEDIMIENTO
01	Gestión de la calidad institucional	Gestión de la calidad de los servicios asistenciales	Atención de incidentes, no conformidad, quejas o reclamo del paciente.
02		Control de la gestión institucional	Proceso de Auditoría de Casos.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO -
V°B°
M.O. P. MINAMI

CAPÍTULO V. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

OFICINA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

N°	COD.	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO	RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO	Pág.
01	OGC-001	Documento de Reclamo y/o Queja	Atención de incidentes, no conformidad, quejas o reclamo del paciente.	Carta con descargo para usuario	08
02	OGC-002	Documento de Reclamo y/o Queja	Proceso de Auditoría de Casos.	Informe Final de acciones correctivas y preventivas	11

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO -
Vº Bº
M.O. P. MINAMI

CAPÍTULO VI. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS AGRUPADOS POR ÁREAS

OFICINA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÁREA	PROCESO NIVEL I	PROCEDIMIENTO	Pág.
Oficina de Gestión de la Calidad	Gestión de la calidad de los servicios asistenciales	Atención de incidentes, no conformidad, quejas o reclamo del paciente.	08
	Control de la gestión institucional	Proceso de Auditoría de Casos.	11

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº

M.O. P. MINAMI

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Proceso: Gestión de la calidad de los servicios asistenciales

Nombre del Procedimiento	Atención de incidentes, no conformidad, quejas o reclamo del paciente	**Fecha**	
		Código	OGC-001

Propósito: Sistematizar e incorporar en un solo documento la información adecuada sobre el procedimiento de atención de quejas de pacientes.

Alcance: El presente procedimiento es de cumplimiento obligatorio para la Oficina de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Oftalmología.

Marco Legal:

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
2. Ley Nº 27658, Ley Marco de modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley Nº 28874, Ley que regula la publicidad estatal.
4. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.

Índices de Performance

Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Porcentaje de quejas resueltas	Quejas resuelta	Informe de la Oficina de Gestión de Calidad	Jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad

Normas Específicas

1. Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INO. Modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

Descripción de actividades del procedimiento

Usuario	Presenta reclamo a Oficina de Gestión de Calidad.
Oficina de Gestión de Calidad	- Recibe queja, pregunta al paciente el porqué de su inconformidad. - Evalúa no conformidad, queja o reclamo del paciente. - Registra no conformidad del paciente en el BD Aplicativo de Quejas y Reclamos. - ¿Anota queja en el Libro de Reclamaciones? **No:** Coordina con el Servicio involucrado la queja para darle solución, se comunica al paciente. **(1)** **Si: (2)**
Dirección, Departamento, Servicio u Oficina	**(1)** ¿El Servicio, oficina o departamento soluciona el reclamo?. **No: (2)** **Si:** Se informa y apoya al usuario en la solución de su queja (FIN)
Oficina de Gestión de Calidad	**(2)** Registra en Libro de reclamaciones y en el BD Aplicativo de Quejas y Reclamos. - Elabora Nota Informativa y remite a Dirección General.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº

Dirección General	- Recibe Nota Informativa, revisa, elabora Hoja de Envío y remite a la Dirección Ejecutiva, Departamento, Servicio u Oficina involucrado en la queja.
Dirección, Departamento, Servicio u Oficina	- Recibe Hoja de Envío y Nota Informativa. - Registra recepción en el BD Aplicativo de Quejas y Reclamos.
Dirección, Departamento, Servicio u Oficina	- Realiza investigación y emite respuesta sumaria. (Plazo de Respuesta: 15 días). - Emite Nota Informativa adjuntando informe y Registra respuesta en Aplicativo.
Dirección General	- Recibe Nota Informativa, analiza el Informe de Descargo y remite a Oficina de Gestión de Calidad.
Oficina de Gestión de Calidad	**(4)** Recibe, Analiza Informe, coordina y asesora al servicio, oficina o departamento y remite respuesta a Dirección General. - Elabora Carta que se le enviará al usuario y registra en BD Aplicativo de Quejas y Reclamos.
Dirección General	- Analiza respuesta y firma de corresponder. - ¿El proyecto de carta tiene observaciones? **No: (3)** **Si: (4)**
Mesa de Partes	**(3)** Deriva y Envía al usuario/paciente.
Paciente	- Recibe carta con respuesta a su reclamo.
FIN	

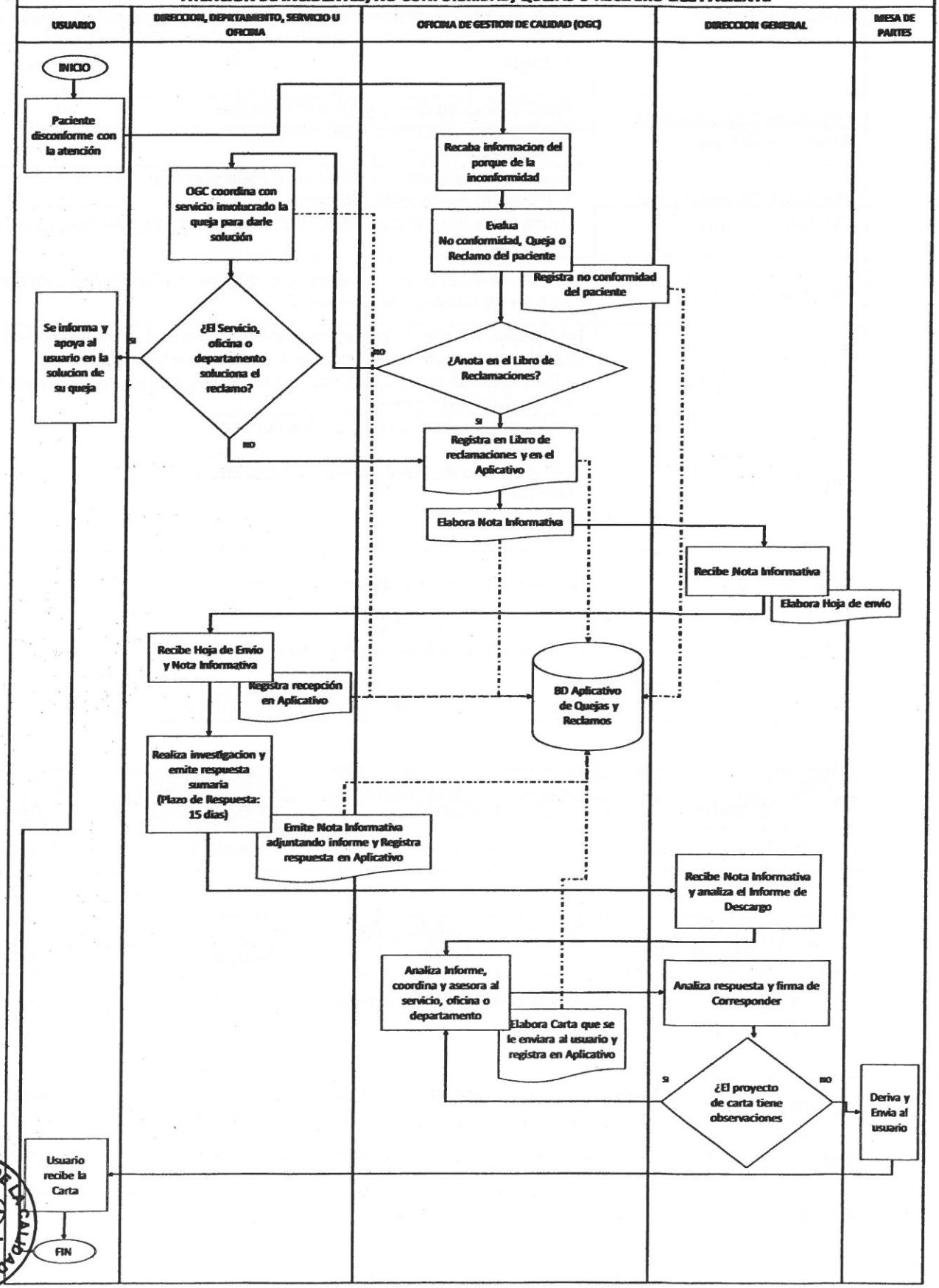
ENTRADAS			
NOMBRE	**FUENTE**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Solicitud de queja	Paciente	Variable	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	**FUENTE**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Carta con respuesta	Oficina de Gestión de Calidad	Variable	Manual

DEFINICIONES	Atender queja o reclamo: Es un procedimiento que uniformiza y da solución a las solicitudes por quejas o reclamos de los pacientes de la Institución.
REGISTROS	Las acciones necesarias para sistematizar la información serán realizadas por los responsables del procedimiento.
ANEXOS	Diagrama de flujo

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - Vº Bº

ATENCION DE INCIDENTES, NO CONFORMIDAD, QUEJAS O RECLAMO DEL PACIENTE



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - V° B°

M.O. P. MINAMI*Elaboración del aplicativo de quejas en proceso

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Proceso: Control de la gestión institucional

Nombre del Procedimiento	Proceso de Auditoría de Casos.	**Fecha**	
		Código	OGC-002

Propósito: Sistematizar e incorporar en un solo documento la información adecuada sobre el procedimiento de auditoría para caso interno.

Alcance: El presente procedimiento es de cumplimiento obligatorio para la Oficina de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Oftalmología.

Marco Legal:

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
2. Ley Nº 27658, Ley Marco de modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley Nº 28874, Ley que regula la publicidad estatal.

Índices de Performance

Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Responsable
Porcentaje de auditorías de caso interno realizadas	Auditoría de caso interno realizada	Informe de la Oficina de Gestión de la Calidad	Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad

Normas Específicas

1. Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INO. Modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

Descripción de actividades del procedimiento

Dirección General	- Recibe Documento de Reclamo y/o Queja por presunta responsabilidad del servicio prestador de la atención. - Elabora documento solicitando evaluar el caso y remite a la Oficina de Gestión de la Calidad.
Oficina de Gestión de Calidad	- -Recibe documento y evalúa si procede o no el caso. - ¿Procede? **NO:** Elabora informe sustentando decisión y remite a la Dirección General. **(1)** **SI:** Solicita inmovilización y remisión de HCL en cuestión fedateada **(2)**
Dirección General	**(1)** Recibe Informe y deriva a mesa de partes para entrega a solicitante **(Fin)**

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - V° B°

M.O. P. MINAMI

Oficina de Gestión de Calidad / El Comité de Auditoría	**(2)**El Comité de Auditoría designa a integrantes y auditor encargado del Equipo Auditor para el caso.
Equipo Auditor	- Planifica la Auditoría del Caso (elaboración de instrumento, cronograma, reuniones con actores involucrados, fechas). - Recopilación de Fuentes auditables y documentos normativos (MOF, Normas, GPC, protocolos).
Área Auditada	- El equipo Auditor realiza la presentación del caso con el área auditada.
Equipo Auditor	- Realización de Auditoria Per Se. - ¿Se requiere entrevista a actor clave? **SI: (3)** **NO: (4)**.
Área Auditada	**(3)** Se entrevista a actores claves en las áreas. Se realiza reunión de cierre de investigación con el área auditada **(4)**
Equipo Auditor	**(4)**Consolidación de Información recabada, elaboración del Informe Final de Auditoria y la elevación del informe al Coordinador del Comité de Auditoría.
Oficina de Gestión de Calidad / Comité de Auditoría Médica	- Coordinador del Comité de Auditoría recibe informe final y Elabora solicitud de acciones correctivas y propuesta de acciones. - Eleva Informe Final, Solicitud de acciones de correctivas, Plan de acciones preventivas, y/o solicitud de atención por supuesta responsabilidad penal a OGC.
Oficina de Gestión de Calidad / Jefatura	- El jefe de la OGC emite Informe Final, solicitud de acciones correctivas y preventivas, y/o solicitud de atención responsabilidad penal a Dirección General y Área auditada **(5) y (6)**
Dirección General	**(5)**Recibe Informe y deriva a mesa de partes para entrega a solicitante **(Fin)**
Área Auditada	**(6)**Responsable del área recepciona el Informe final. - Establece cronograma de correcciones y programa reuniones de trabajo con acciones preventivas.
Oficina de Gestión de Calidad	- Elaboración propuesta de planes de mejora continua de la calidad. - Coordina y concerta la implementación de acciones preventivas y correctivas con Área auditada.
	FIN

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO - V° B°

M.O. P. MINAMI

ENTRADAS			
NOMBRE	**FUENTE**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Solicitud de queja	Usuario	Variable	Manual

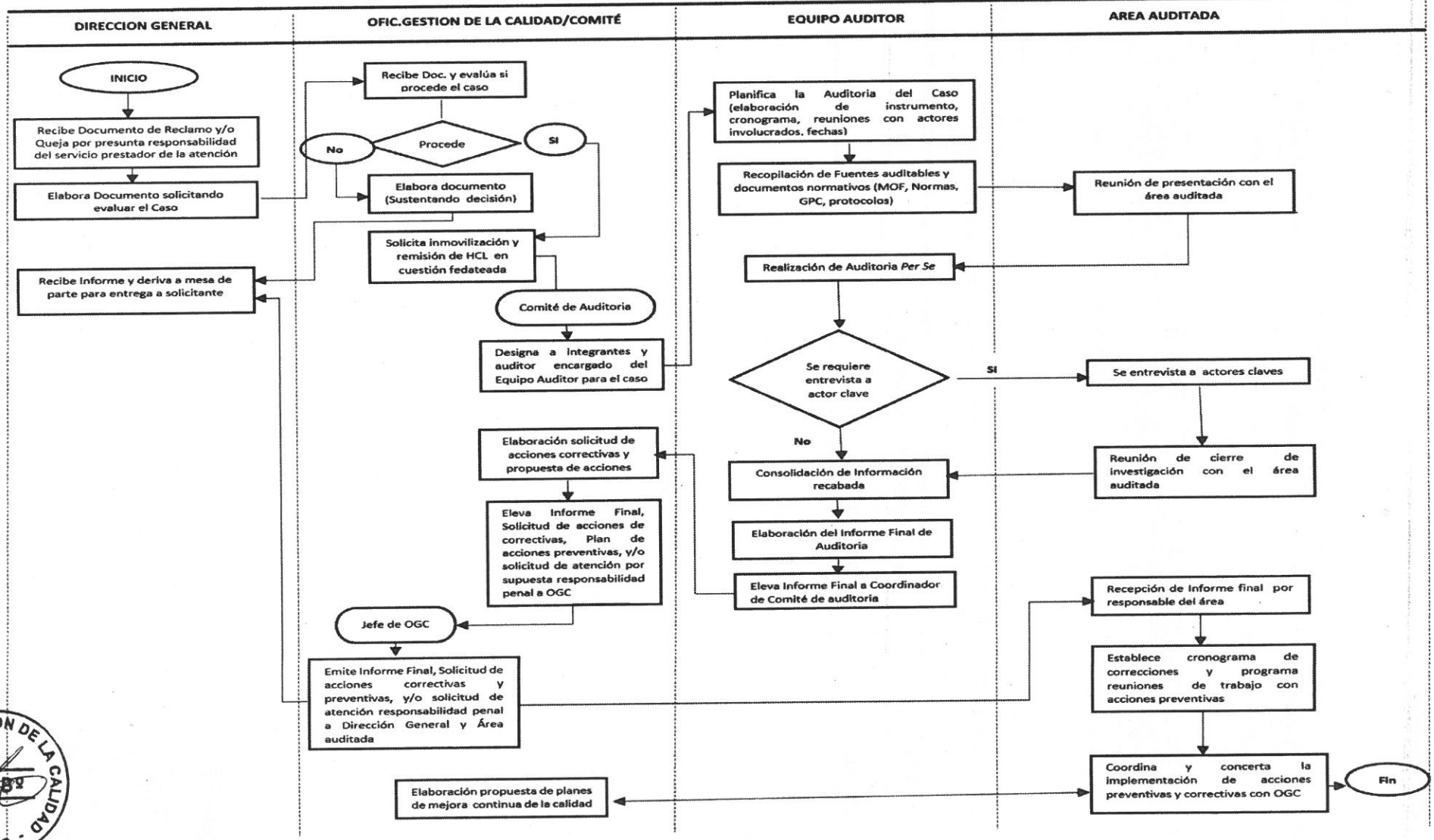
SALIDAS			
NOMBRE	**FUENTE**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Informe final	Comité de Auditoría Médica	Variable	Manual

DEFINICIONES	Auditoría médica: Es un procedimiento que uniformiza las solicitudes y resuelve las quejas de los pacientes que usan los servicios del INO.
REGISTROS	Las acciones necesarias para sistematizar la información serán realizadas por los responsables del procedimiento.
ANEXOS	Diagrama de flujo

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO -
Vº Bº

M.O. P. MINAMI

Flujograma del Proceso de Auditoria de Casos



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - INO -

M.O. P. MINAMI