



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 386 - DG-INSN-2011

Lima,18..... dejulio..... del 2011

Visto el Memorando, N° 777-OCG-INSN-2011, mediante el cual la Dirección de la Oficina de Gestión de la Calidad, propone la aprobación de un (01) procedimiento que corresponde al Proceso de Gestión de la Calidad.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA se aprobó la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02-“Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional”, siendo uno de dichos documentos de gestión el Manual de Procesos y Procedimientos.

Que, la Dirección de la Oficina de Gestión de la Calidad con el Memorandum N° 777-OCG-INSN-2011, solicita y remite la propuesta de aprobación de un (01) procedimiento, que corresponden al Proceso de Gestión de la Calidad, para lo cual acompaña la ficha de descripción del procedimiento, flujograma y formato.

Con la opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la visación de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar un (01) procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad correspondiente al Proceso de Gestión de la Calidad, denominado:

- Elaboración y Evaluación del Plan Anual de Auditoría

Artículo 2°.- La Dirección de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene la responsabilidad de hacer cumplir la ejecución del mencionado procedimiento.

Regístrese y comuníquese;

RSA/JSL/CTS

C.c. Dirección General
Oficina de Secretaría
Oficina de Gestión de la Calidad
Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño

Dr. ROBERTO LUIS SHIMABUKU AZATO
Director General de INSN
C.M.P. 8803

www.ins.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
insn@ins.gob.pe

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS VERSIÓN 1.0			
FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO			
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO	Auditorías de Calidad		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Elaboración y Evaluación del Plan Anual de Auditoría	FECHA: 18.07.2011	CODIGO: GC-OGC-07
PROPÓSITO	Elaborar el Plan Anual de Auditorías del INSN y asegurar su cumplimiento.		
ALCANCE	Aplica a todos los Departamentos y/o Servicios del INSN.		
MARCO LEGAL	- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su reglamento D.S N° 013-2002-SA - Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Porcentaje del cumplimiento del plan	Auditorías realizadas	Informes de Auditorías Libro de Actas	Oficina de Gestión de la Calidad
Porcentaje de levantamiento de observaciones	Hallazgos implementados		
NORMAS			
- Norma UNE-EN-ISO 9001 - Norma Técnica N° 0027 – MINSA/DGSP – V.01 "Norma técnica para la elaboración de las Guías de Práctica Clínicas" R.M. N° 422-2005/MINSA. - Norma Técnica N° 022 -MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica", R.M. N°597-2006/MINSA. - Norma Técnica N° 029-MINSA-2005/ DGSP V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud". R.M. N° 474-2005/MINSA. - Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, R.M. N° 083-2010/MINSA. - Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad RD. N° 041-DG-INSN-2011. - Plan Anual de actividades de auditoría del Comité de Auditoría en salud 2011. OGC. RDN° 110-INSN-DG-2011			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
INICIO - El Director de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC), coordina con el Auditor de la OGC y con los Comités de Auditorías la elaboración del Plan de Auditoría anual del siguiente año en el mes de Diciembre. - El Auditor de la OGC y los Comités de Auditorías elaboran el Plan de Auditoría el cual emiten a Dirección de Calidad para su validación. - El Director de la OGC revisa, valida y remite el Plan de Auditoría a la Dirección General la tercera semana de Diciembre. - La Dirección General opina y aprueba el Plan con Resolución Directoral. - La OGC socializa el Plan de Auditoría a las Direcciones de Línea, los Departamentos y/o Servicios y a través de la página web. - El Comité de Auditoría y/o Auditor de la OGC: - Elabora el folder conteniendo los documentos a ser utilizados en las auditorías programadas. - Realiza las auditorías programadas según los procedimientos establecidos. - El Comité de Auditoría elabora y entrega los hallazgos a la OGC. - El Auditor de la OGC remite en el formato de Asistencia Técnica los hallazgos de la auditoría a la			



- Dirección de la OGC.
9. El Director de la OGC:
- 9.1 Tipifica los hallazgos remitidos por el Auditor de la OGC y deriva la auditoria de calidad y/o Caso a la Dirección General y a la Subdirección General.
- 9.2 Remite los hallazgos en el formato de Asistencia Técnica a los Jefes de Departamento y Jefes de Servicios correspondientes..
10. Los Jefes de Departamentos y/o Servicios analizan la causa raíz y comunican la acción que van a tomar sobre las medidas correctivas y/o preventivas a implementar, sea a corto (cinco días), mediano (veinte días) y largo plazo (seis meses) de recibida la retroalimentación.
11. El Auditor de la OGC registra medidas a implementar en el libro de actas.
12. La Dirección de la OGC:
- 12.1 Realiza el seguimiento del cumplimiento de las medidas implementadas y registra avances en el Libro de Actas.
- 12.2 Elabora y remite el informe trimestral de los avances a la Dirección General.
- 12.3 Si la medida implementada corrige la no conformidad, levanta y cierra la acción correctiva e informa a la Dirección General para su estandarización e institucionalización.
- 12.4 Si la medida implementada no corrige la inconformidad, brinda asesoría técnica a los Jefes de Departamentos y/o Servicios responsables del proceso, para que autoevalúen el proceso crítico e implementen la mejora según matriz de priorización, pasa al punto 12.3.

FIN

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Requerimiento de elaboración del Plan de auditoria	Director de la Oficina de Gestión de la Calidad	Anual	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe Trimestral de avances	Dirección General	Trimestral	Manual

DEFINICIONES:

Auditoria de Calidad: Análogo de Auditoría Interna, se realiza como Auto diagnóstico del Sistema de Calidad y comprobación de la efectividad de dicho sistema para conseguir que el producto o servicio cumpla los requisitos exigibles.

REGISTROS:

- Formato de Asistencia Técnica

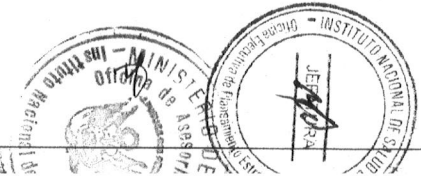
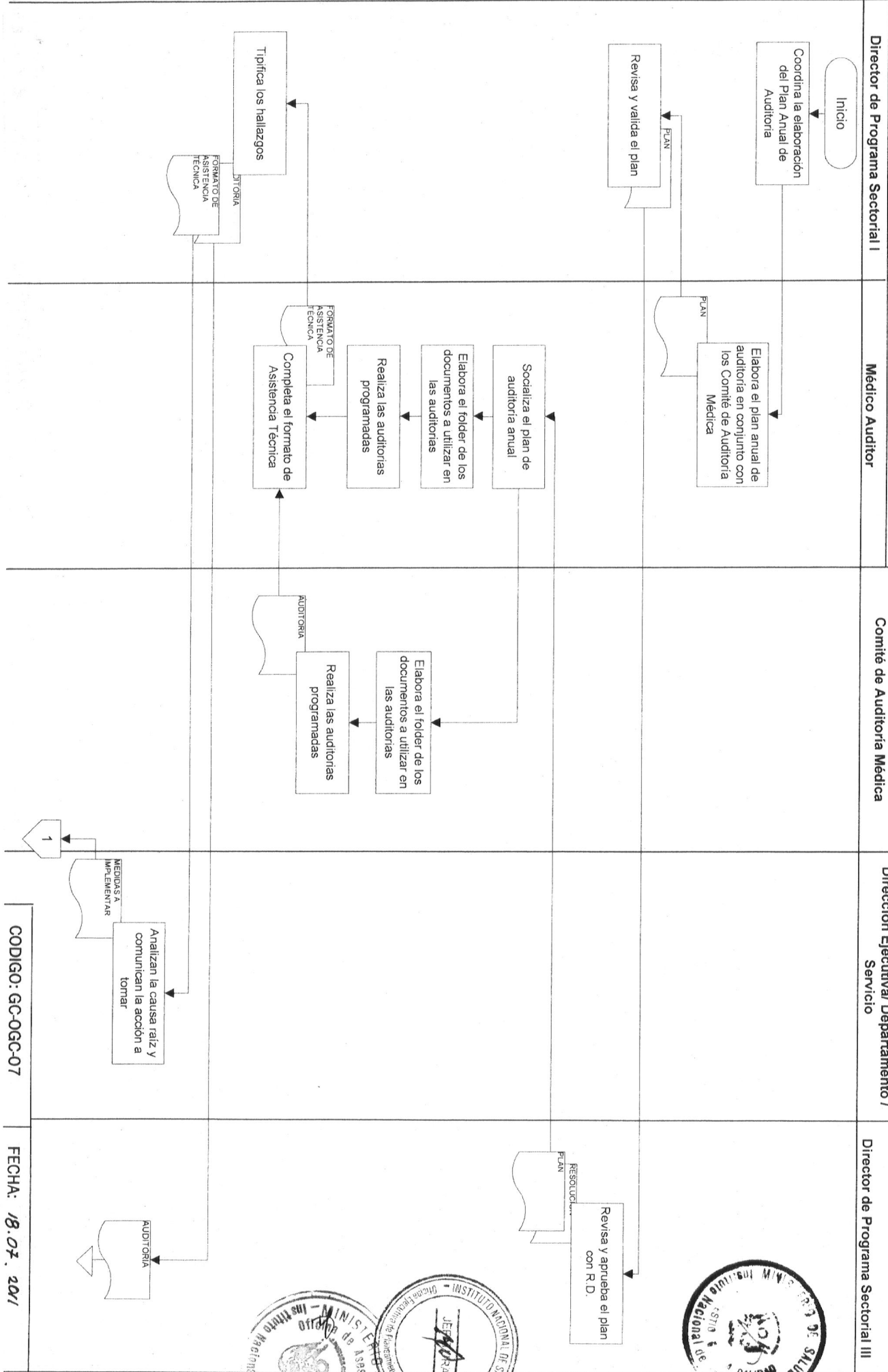
ANEXOS:

- Flujograma del Procedimiento
- Formato de Asistencia Técnica

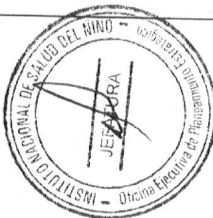


Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño

Oficina de Gestión de la Calidad



PROCESO		GESTIÓN DE LA CALIDAD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
SUB PROCESO		AUDITORIA MÉDICA		VERSION 1.0	
PROCEDIMIENTO		Elaboración y Evaluación del Plan Anual de Auditoria			
Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño					
Oficina de Gestión de la Calidad		Director de Programa Sectorial I		Director de Programa Sectorial III	
Médico Auditor		Dirección Ejecutiva/ Departamento / Servicio			
1 Registra medidas en el libro de actas		Realiza el seguimiento del cumplimiento de las medidas y registra avances en el libro de actas INFORME Elabora el informe trimestral de avances ¿Medida implementada corrige no conformidad? SI Levanta y cierra acción correctiva FORMATO DE ASISTENCIA TÉCNICA		INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora Estandariza e institucionaliza Fin	
				INFORME Brinda asesoría técnica a los Jefes de Departamento y Servicios	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa mejora	
				INFORME Autoevalúan el proceso e implementa	





Anexo B

FORMATO DE ASISTENCIA TECNICA
RECLAMOS, QUEJAS Y SUGERENCIAS – SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN
PREVENTIVO Y CORRECTIVO

I. REPORTE (Este sector lo llena quien reporta observación, no conformidad o recomendación y entregar a la Dirección de Calidad)

DATOS DE QUIEN REPORTA:
Nombres y Apellidos: _____ /Dependencia: _____
Semestre: _____ Telefono: _____
E-mail: _____

☐ Paciente ☐ Personal Administrativo ☐ Auditoría Interna
☐ Personal médico ☐ Encuesta de Satisfacción ☐ Auditoría Externa
☐ Personal de Enfermería ☐ Buzón de Sugerencias ☐ Otros

DESCRIPCIÓN:

FIRMA _____ FECHA _____

(Este sector lo llena La Dirección de Calidad)		
N°	ÁREA RESPONSABLE	IT al que afecta
		TIPIFICACIÓN ☐ No conformidad Mayor ☐ No conformidad Menor ☐ Corrección requerida ☐ Oportunidad de mejora

II. RESPUESTA Y SEGUIMIENTO (Este sector lo llena el Responsable de Área a quién se dirige el reporte)

ÁREA RESPONSABLE _____

ACCIÓN INMEDIATA				
CAUSA RAÍZ				
PLAN DE ACCION PREVENTIVA ☐	ACCION A EJECUTAR	Fecha de Inicio	Fecha de Cierre	
	1.			
	2.			
CORRECTIVA ☐				

RESPONSABLE DEL ÁREA

Nombres y Apellidos

Firma

FECHA _____





III. REPORTE DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (Para uso de la Dirección de Calidad)

1. EVIDENCIAS:

2. CONCLUSIÓN(ES):

Responsable del Seguimiento
y Medición

Nombres y Apellidos

Firma

Fecha: _____

