



Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud



HOSPITAL
ANTONIO
LORENA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)
OFIC. PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
VERSIÓN: 01
AÑO: 2025

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

HOSPITAL ANTONIO LORENA



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS (MAPRO) DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD CUSCO – PERU 2025





Resolución Directoral

Cusco, 31 DIC 2025

VISTO: el Expediente con registro N° 13767-2025, que contiene el INFORME N° 166-2025-GR CUSCO-GRS-HAL-OPP de fecha 28 de noviembre del 2025, emitido por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, mediante el cual solicita la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad Versión 01 del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los la numerales salud I, II y VI del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, alcanzar el bienestar es condición indispensable del desarrollo humano y media fundamental para tanto es responsabilidad individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público y por responsabilidad del Estado del Estado regularla, vigilarla y promoverla; en consecuencia, es salud a la población, promover condiciones que garanticen una cobertura de prestaciones de en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, de acuerdo a la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, el proceso de modernización de la gestión del Estado, tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, teniendo, entre otros objetivos, alcanzar un Estado que se encuentre al servicio9 de la ciudadanía, que cuente con canales efectivos de participación ciudadana, y que sea transparente en su gestión;

Que, en el numeral 7.1 literal g) del artículo 7° del el Reglamento del Sistema Administrativo de de la Gestión Publica, aprobado por el Decreto Supremo N° 123 2018-PCM, establece que la gestión por procesos tiene como propósito organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de una entidad publica de manera transversal a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el logro de los objetivos institucionales;

Que, por otra parte, mediante Resolución de Secretaria de Gestión Pública N° 002-2025-PCM/SGP, se aprueba la Norma Técnica N° 002-2025-PCM/SGP, "Norma Técnica para la Gestión por Procesos en las entidades de la Administración Pública", que tiene por finalidad generar bienes, servicios y regulaciones de calidad que atiendan las necesidades y expectativas de las personas y contribuyan a la creación de valor público, a través de la gestión por procesos en las entidades públicas;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expida el Ministerio de Salud, siendo de observación obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Secretarial N° 63-2020-MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud"; la cual tiene como objetivo establecer los criterios técnicos para la gestión por procesos que faciliten la determinación, seguimiento, medición, análisis y mejora de los procesos y procedimientos del Ministerio de Salud y de los prestadores de servicios de salud, que permita maximizar el buen uso de los recursos, para brindar productos y servicios óptimos, y de calidad en beneficio de la población;

Que, en el numeral 5.4.3 Importancia de los Proceso en la gestión administrativa del MINSA de la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud", señala "Los procesos se usan como insumos para el desarrollo de otros sistemas, tales como el Sistema de Gestión de Recursos Humanos, de Presupuesto, de Planeamiento Estratégico, de Control Interno y de Modernización, asimismo, de sistemas de gestión orientados a estándares internacionales y documentos de gestión





Resolución Directoral

Cusco, 31 DIC 2025

tales como Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Operaciones, Carga de Trabajo, Texto único de Procedimientos Administrativos – TUPA y Reglamento de Organización y Funciones – ROF, en el nivel que corresponda”;

Que, de acuerdo a lo señalado en el literal d2. y literal e4., del numeral 6.3.1, de la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, el Manual de Procesos y Procedimientos, es la descripción documentada de cómo deben ejecutarse las actividades que conforman un proceso, teniendo en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad;

Que, en ese contexto normativo, mediante INFORME N° 1666-2025-GR CUSCO-GRS-HAL-OPP, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto solicita a la Dirección Ejecutiva, la aprobación del documento técnico: “Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso estratégico “PE04” Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena”, señalando que dicho documento técnico fue elaborado bajo los lineamientos de la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM “Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos en Salud”, aprobada por Resolución Secretarial N° 063-2020-2020-MINSA/OGPPM;

Que, el “Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad Versión 01”, tiene como objetivo normar y estandarizar la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos realizados en la Oficina de Gestión de la Calidad, con el detalle de sus actividades y flujos;

Que, con la finalidad de contar con los documentos de gestión institucional actualizados, que consignent los procesos y procedimientos necesarios para la ejecución de los procesos organizacionales y el cumplimiento de las funciones inherentes, en el marco de los dispositivos legales y administrativos que regulan el funcionamiento de la institución; resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe el Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) de la Oficina de Gestión de la Calidad Versión 01 del Hospital Antonio Lorena;

Con el visto bueno de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Documento Técnico denominado: **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS (MAPRO) DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD “VERSIÓN 01”** del Hospital Antonio Lorena – 2025; conforme a los considerandos expuestos en la presente resolución, el mismo que en anexo adjunto debidamente visados, forma parte de la presente resolución y que consta de cien (100) páginas.

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena, realice la difusión, supervisión, implementación y seguimiento del Manual de Procesos y Procedimientos, aprobado en el Artículo Primero de la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web Institucional del Hospital Antonio Lorena.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS (MAPRO) DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

RUBRO	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORADO POR	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO – AREA DE ORGANIZACION	GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mary Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACION CEP-009804 RNE-01083	27 NOV 2025
REVISADO POR	JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD	GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERESA CUSCO Hospital Antonio Lorena MC Jorge W. Vera Torres JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD	27 NOV 2025
	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarcaya Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
APROBADO POR	DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA	GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP. 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

I. CONTENIDO

II.	INTRODUCCIÓN.....	4
III.	OBJETIVO.....	5
IV.	ALCANCE.....	5
V.	SIGLAS Y DEFINICIONES	5-7
VI.	BASE LEGAL.....	8-9
VII.	DIAGRAMA DE PROCESOS	10-11
VIII.	FICHA TECNICA DE PROCESO NIVEL 1 AL NIVEL n.....	12
IX.	FICHA DE INDICADORES DE DESEMPEÑO.....	13-23
X.	INVENTARIO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.....	24- 25
XI.	FICHAS TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS.....	26
	ELABORACION Y APROBACION DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA.....	27- 31
	AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION.....	32-36
	AUDITORÍA PROGRAMADA.....	37-42
	AUDITORÍA DE CASO CLÍNICO.....	43-48
	AUDITORÍA DE GESTION CLINICA: EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS.....	49-53
	REVISION, APROBACION Y ADHERENCIA DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y GUIAS DE PROCEDIMIENTO.....	54- 58
	REVISION Y APROBACION DE FORMATOS DE HISTORIA CLINICA.....	59-63
	SEGURIDAD DEL PACIENTE: HM, LVSC, VIGILANCIA DE IAAS, EVENTOS ADVERSOS CENTINELAS E INCIDENTES.....	64-69
	RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	70-76
	MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO	77-80
	MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA	81- 84
	ATENCION DE LA SUGERENCIA Y/O RECOMENDACIONES ESCRITAS EN LOS BUSONES ESCRITAS EN LOS BUZONES Y FORMATO DE SUGERENCIAS.....	85-89
	ATENCION DE RECLAMOS REGISTRADOS EN EL LIBRO DE RECLAMACION... ..	90-95
	ATENCION AL USUARIO EN LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO (PAUS).....	96- 100



I. INTRODUCCION

El Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) del Hospital Antonio Lorena es el documento técnico de gestión que permite la sistematización de las acciones que se llevarán a cabo en la ejecución de las actividades para la mejora continua de la calidad y en el trabajo de cada uno de los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad estableciéndolos flujos de información y recursos necesarios para el desarrollo de las actividades de la oficina, contemplando así mismo los procesos y subprocesos organizacionales con los cargos o puestos de trabajo que intervienen durante su aplicación, precisando las responsabilidades y participación de los mismos.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a la normatividad vigente, con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los usuarios internos y externos de nuestro hospital. Para esto se vale de muchos instrumentos, entre los cuales están los documentos de gestión como el presente Manual de Procedimientos que nos ayuda al cumplimiento de los Objetivos funcionales y estratégicos planteados.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO), contiene formatos y flujos de información para su uso y correcta aplicación, haciendo fácil y comprensible la secuencia que se debe seguir al desarrollar los procedimientos que tiene como finalidad establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos de la OGC, a fin de cumplir con los objetivos funcionales y estratégicos de la institución,

Para el desarrollo del presente manual se han identificado los procedimientos más importantes que permiten cumplir con los objetivos funcionales de la oficina, debe ser evaluado anualmente el presente manual para considerar las modificaciones necesarias siguiendo las mismas normas y procedentes que han sido establecidos para su formulación y aprobación, Asimismo, se deberá asesorar y monitorear la implementación de los procedimientos aprobados y el mejoramiento continuo de los mismos,

*Según el Mapa de Procesos del Hospital Antonio Lorena el cual fue aprobado con Resolución Directoral N° 193-2024-HAL/UGRH. Considerándose (05) procesos estratégicos dentro de los cuales figura el Proceso Estratégico "Gestión de la Calidad en Salud". El Manual de Procesos y Procedimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud comprende (02) subprocesos de nivel (1) los cuales son: **PE.04.01** Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora y **PE.04.02** Gestión de la Información para la Calidad, En estos (02) subprocesos están inmersos (10) Procedimientos los cuales están considerados en el presente manual.*

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo (Manual de Procesos y Procedimiento) ha sido reuniones de trabajo, debates y propuesta de elaboración de formatos y transcripción, además se ha realizado en atención a la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud, la cual fue aprobada mediante Resolución Secretarial N°063-2020-MINSA de fecha 28 de mayo del 2020.

II. OBJETIVO.

- Normar y estandarizar la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos realizados en la Oficina de Gestión de la Calidad, con el detalle de sus actividades y flujos.

- Guiar el desarrollo de las actividades que realiza el personal de la Oficina, que le permitan cumplir con los objetivos funcionales previamente determinados,

III. FINALIDAD

El presente manual de procesos y procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del hospital "Antonio Lorena", es un documento normativo de gestión que sirve como instrumento para el desempeño funcional de los procedimientos realizados en la Oficina de Gestión de la Calidad, siguiendo una metodología acorde con lo planteado y de esta manera mejorar la calidad de la atención del Usuario.

IV. ALCANCE

El presente manual de procesos y procedimientos es de aplicación a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena en relación de sus actividades y vínculo con las oficinas, Unidades y Servicios de la Institución.

V. SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLAS:

SIGLA O TÉRMINO	DEFINICION
CSP	Comité de Seguridad al Paciente
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud.
DE	Dirección Ejecutiva
EEI	Equipo de Evaluadores Internos
Esp. Adm. III	Especialista Administrativo III
HAL	Hospital Antonio Lorena
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
LVSC	Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
GPC	Guía de Práctica Clínica
MCC	Mejora Continua de la Calidad
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LRS	Libro de Reclamaciones en Salud
MINSA	Ministerio de Salud
UAL	Unidad de Asesoría Legal
OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
PAU	Plataforma de Atención al Usuario
PMC	Proyecto de Mejora Continua
RD	Resolución Directoral
RM	Resolución Ministerial
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UO	Unidad Orgánica
SERVQUAL	Un instrumento de estudio diseñado para evaluar la calidad del servicio a lo largo de cinco dimensiones específicas que consiste en elementos tangibles, fiabilidad, responsabilidad, seguridad y empatía



DEFINICIONES:

- a) **Acreditación.** - La Acreditación de Establecimientos de Salud es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los Servicios de un establecimiento de Salud, está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud, y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.
- b) **Auditoria.** - La auditoría de la calidad de atención en Salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y la adopción de medidas pendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.
- c) **Mejora Continua de la Calidad.** - Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor Competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
- d) **Satisfacción del Usuario Externo.** - se refiere a la percepción subjetiva del paciente sobre la calidad de la atención recibida, abarcando desde la eficacia del tratamiento hasta la comunicación con los profesionales, la accesibilidad a los servicios y la comodidad del entorno. Es un indicador clave de la calidad de la atención sanitaria, ya que influye en la retención de pacientes, los resultados clínicos y la prestación de un servicio centrado en el paciente.

Es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que aquella les ofrece.

Reclamo en salud. - Es una solicitud de pago a una compañía de seguros por servicios médicos o una queja formal sobre la atención recibida. Puedes presentar un reclamo a través del **Libro de Reclamaciones en Salud** (físico o virtual) en el establecimiento de salud o, si el servicio es insatisfactorio, contactando a la entidad reguladora correspondiente (como SUSALUD en Perú).

Tiempo de espera. - Es el periodo que se debe esperar para recibir un servicio o completar un proceso, pudiendo ser el tiempo que un agente de soporte tiene a un cliente en espera, el tiempo desde que se realiza un pedido hasta que se entrega, o incluso las horas que un trabajador está a disposición de la empresa sin trabajar efectivamente.

- e) **Seguridad del Paciente.** - se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud, mediante el uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- f) **Sistema de Gestión de la Calidad.** - es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los Establecimientos de salud del sector y a sus dependencias



públicas y privadas de nivel Nacional, Regional y local en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

- g) **Calidad.-** según la ISO (International Standardization Organización), es la adaptación y conformidad de los requisitos que la propia norma y los clientes establecen. En otras palabras, la calidad es el nivel de perfección de un proceso, servicio o producto entregado por su empresa, de modo que cumpla con las exigencias definidas por la ISO y, por supuesto, por sus clientes.
- h) **Garantía de Calidad.-** La garantía de calidad es una forma de asegurar que los estándares y requisitos de calidad operativos ya establecidos se utilicen en todos los procesos futuros de desarrollo, sea de un producto o servicio.
- i) **Control de Calidad.-** Ese concepto está dirigido al cumplimiento del requisito de calidad y es realizado, principalmente, a través de una inspección. La inspección de calidad es un procedimiento que analiza y avalúa si los atributos de un producto o servicio están de acuerdo con los requisitos especificados para definir si existe alguna no conformidad.
- j) **Gestión de la Calidad.-** La Gestión de la Calidad es la coordinación de las actividades de los procesos de producción y servicios para que se desempeñen con calidad. Esta gestión tiene el objetivo de obtener excelencia en la ejecución de todas las tareas y procedimientos, teniendo en mente que las dimensiones de la calidad pueden comprenderse como desempeño, confiabilidad, percepción, durabilidad, características, conformidad y atención.
- k) **Enfoque en el cliente.-** El cliente es la parte interesada de su negocio y desarrollar productos y servicios pensados para ellos es una estrategia vital para el crecimiento de cualquier Institución Pública (Hospital Antonio Lorena. Una buena práctica para este principio de calidad es bastante simple: acuerde en la negociación las necesidades de los clientes, trate como requisitos fundamentales que necesitan ser cumplidos y realice inspecciones de calidad con la ayuda de Fichas Técnicas (estándares establecidos en la negociación).
- l) **Liderazgo.-** El liderazgo es la capacidad de conducir un equipo de forma táctica y dirigida para que el equipo realice sus **tareas con calidad**. Un buen liderazgo permite el compromiso y el involucramiento de los colaboradores, asegura que todo el equipo esté alineado con los propósitos de la Institución Hospital Antonio Lorena.
- m) **Compromiso de las Personas.-** La participación y el **compromiso de todos**, inclusive de los miembros de la alta gestión, contribuye para un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz. Los colaboradores capacitados comprenden la importancia de la calidad en sus actividades, de esa forma, están habilitados y preparados para alcanzar las metas establecidas. Por eso, la cultura de la calidad necesita hacer parte de la rutina de las empresas.
- n) **Abordaje por Procesos.-** Este principio está directamente relacionado con el conocimiento, la forma como una empresa administra sus procesos y cómo alcanza sus resultados previamente planificados. Este método es fundamental para el buen curso y excelencia de un SGQ, pues el nivel de perfección de un producto o servicio dependerá de la **calidad de la gestión de los procesos**.
- o) **Gestión de Relacionamiento.-** Establecer una buena relación con las partes interesadas como, por ejemplo, los proveedores, es muy importante para



identificar las necesidades y evitar riesgos que impacten las estrategias de negocio. Construir una relación con las partes interesadas favorece el sentido de responsabilidad en lo que respecta al crecimiento organizativo.

- p) **Toma de decisiones basada en hechos.-** La toma de decisión basada en informaciones permite la **seguridad y la eficiencia de las acciones tomadas**, pues con el auxilio de **indicadores de desempeño** es posible analizar cuáles factores están contribuyendo con los buenos resultados y lo que necesita una mayor atención y puntos de mejora.

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión Del Estado y su modificatoria aprobada con el Decreto Legislativo N° 1446.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, que aprueba la Política Nacional para la Calidad
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM - Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, Decreto supremo que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el "Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora.
- Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".
- RSGP N° 001-2015-PCM-SGP - Lineamientos para el proceso de implementación progresiva del Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las entidades de la Administración Pública.
- Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM - Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las entidades de la Administración Pública.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 001-2016-PCM-SGP - Modifica Lineamientos para el proceso de implementación progresiva del Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía.
- Resolución Ministerial N° 066-2019-PCM - Establece facultativo y con carácter orientador en todas las entidades de la Administración Pública y su modificatoria
- Ley N° 30224 Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.

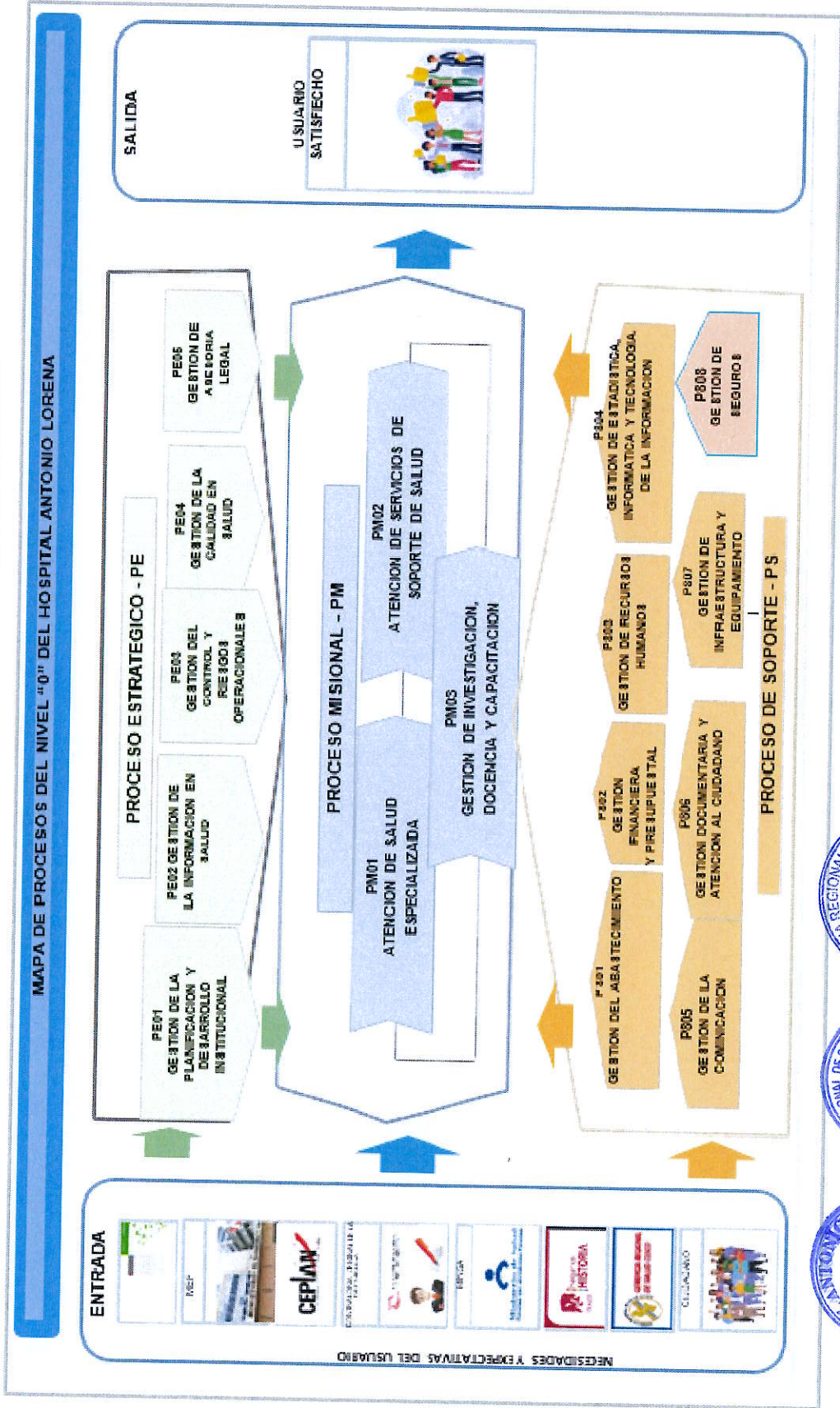


- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA/DIGEPRES – V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, que crea en la "Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 945-2017/MINSA, que modifica el artículo 1 de la R.M. N°896- 2017/MINSA, estableciendo que la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución de Contraloría N° 367-2015-CG, que aprueba la Directiva N° 018-2015- CG/PROCAL "Verificación del cumplimiento de la obligación de las entidades de contar con un Libro de Reclamaciones".
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.1: "Análisis de los Eventos Centinelas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y en las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS".
- Resolución de Superintendencia N° 133-2019-SUSALUD/S, que modifica la Metodología de Cálculo de Sanciones aplicables a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), y su Anexo.
- Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/S, que aprueba la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS".
- Resolución de Superintendencia N° 096-2020-SUSALUD/S, que modifica la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la Resolución de Superintendencia N° 30- 2020-SUSALUD/S, que aprueba la Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2021-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 002-2021-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.
- Resolución de Superintendencia N° 006-2021-SUSALUD/S, que aprueba el Reglamento para la Implementación de los establecido en la Primera Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA.

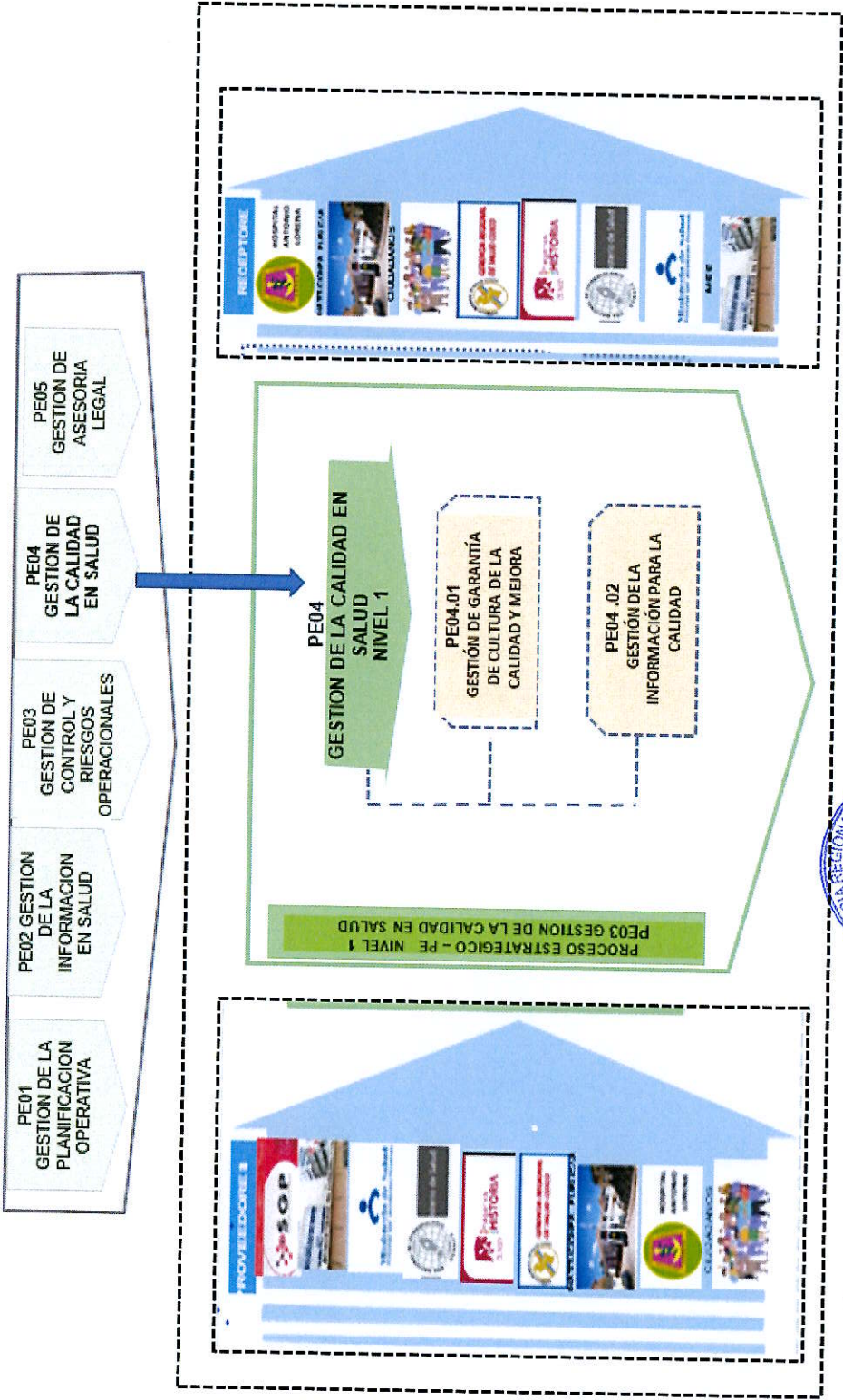


VII. DIAGRAMA DE PROCESO

Gráfico N 01 MAPA DE PROCESOS DEL NIVEL "0" DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA



PROCESOS ESTRATEGICO P03 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
 NIVEL 0 Y 1



VIII. FICHA TECNICA DE PROCESO NIVEL 1 AL NIVEL n				
FICHA TÉCNICA DE PROCESO NIVEL 0				
PE04: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD				
Código del proceso:	PE 04	Clasificación:	Proceso Estratégico	Versión: 01
Dueño del proceso:	Jefe de Oficina de la Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena			
Objetivo del proceso:	Gestionar, Implementar, monitorear y evaluar mecanismos e instrumentos de calidad tanto asistenciales como administrativos a fin de fortalecer la garantía y mejora continua y el Control de la calidad para el cuidado integral de salud de la persona, familia, Del Hospital Antonio Lorena.			
Descripción del Proceso				
Proveedores	Entradas	Código	Procesos de nivel 01	Productos
- Unidades de Organización del Hospital Antonio Lorena - Ciudadano	- Política Nacional de Calidad en Salud - Normas y guías técnicas de calidad en salud - Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo - Directivas administrativas para la gestión de reclamos y denuncias - Plan Operativo del HAL. - Lineamientos del sistema de gestión de la calidad en salud.	PE.04.01	Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora	- Diagnóstico de calidad de atención en base a indicadores. - Elaboración de Proyecto de Mejora o acciones de mejora de la calidad de atención. - Plan de autoevaluación institucional para la acreditación - Plan de Seguridad del paciente - Plan de mejora de Procesos - Plan de Auditoría - Guías de Prácticas Clínicas - Guías de Procedimientos Técnicos Asistenciales - Acción correctiva del Plan de Acción de la Ronda de Seguridad, implementada. - Eventos Centinelas reportados
- Unidades de Organización del Hospital Antonio Lorena - Ciudadano	- Política Nacional de Calidad en Salud - Plan de Desarrollo Institucional - Estándares y Protocolos de Calidad- MINSA - Normas y guías técnicas de calidad en salud. - Normas y guías técnicas de calidad en salud. - Plan de Desarrollo Institucional - Lineamiento del sistemade gestión de la calidad (PCM)	PE04.02	Gestión de la Información para la Calidad	- Informe del Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad. - Informe de la calidad de atención en base a indicadores de desempeño y compromisos de mejora de Convenios de Gestión. - Informe de los resultados de la Autoevaluación para la Acreditación con porcentaje obtenido. - Informes de Auditoría de caso, calidad de atención, registros y adherencias a guías de práctica clínica. - Informe de Auditoría Médica - Informe de resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo en el HAL - Informe de resultados de la Medición del Tiempo de Espera en los procesos de atención y otros - Informe de Reporte de Reclamos - Informe de las rondas de seguridad del paciente - Informe de implementación de la Lista de verificación en Cirugía Segura. - Informe de adherencia de higiene de manos
			Clientes	- Unidades de Organización del Hospital Antonio Lorena. - GERESA Cusco - GORE Cusco - SUSALUD - Instituto Nacional de Calidad-INACAL - Ministerio de Salud MINSA
			Clientes	- Unidades de Organización del Hospital Antonio Lorena. - GERESA Cusco - GORE Cusco - SUSALUD - Instituto Nacional de Calidad-INACAL - Ministerio de Salud MINSA

IX. FICHA INDICADOR DE DESEMPEÑO

PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01- FID.01
Proceso	Elaboración de Proyectos de Mejora
Objetivo	Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de Técnicas y herramientas para la gestión de la calidad.
Indicador	Proceso
Finalidad del indicador	Mejora Continua de la Calidad (MCC)
Tipo de Indicador	Eficacia
Formula	$\frac{\text{Nº de proyectos de MCC alcanzados en un periodo} \times 100}{\text{Nº de proyectos de MCC programados en el mismo periodo}}$
Unidad de medida	Documento Técnico
Frecuencia	A solicitud del Departamento, servicio y/o Oficina
Oportunidad de Medida	Durante el Año fiscal
Línea Base	30%
Meta	40%
Fuente de Datos	Informes: post autoevaluación, post auditorías, post RSP, post estudio de satisfacción del usuario interno y externo, post reclamos, post sugerencias, post estudio de tiempos de espera.
Responsable	Área de MCC y Acreditación - OGC del Hospital Antonio Lorena

Código indicador	PE4.01-FID.02
Proceso	Autoevaluación para la Acreditación
Objetivo	Establecer los procedimientos para la implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación en el Hospital Antonio Lorena.
Indicador	Cobertura
Finalidad del indicador	La Autoevaluación permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares para el proceso de Acreditación, identificando fortalezas y áreas susceptibles de mejora.
Tipo de Indicador	Cobertura
Formula	$\frac{\text{Nº de Macro procesos cumplidos}}{\text{Nº total de Macro procesos establecidos}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Anual
Oportunidad de Medida	Una vez al año entre los meses de agosto y setiembre del año fiscal
Línea Base	85%
Meta	100%
Fuente de Datos	Aplicativo de Autoevaluación. Lista de Estándares de Acreditación para EESS, según corresponda.
Responsable	Área de MCC y Acreditación - OGC del Hospital Antonio Lorena



Código indicador	PE4.01-FID.03
Proceso	Auditoría Programada
Objetivo	Promover la mejora continua de los procesos y procedimientos de la Atención en Salud en los Servicios del Hospital Antonio Lorena, según la demanda, mediante las Auditorías Programadas.
Indicador	Porcentaje de Auditorías Programadas realizadas con recomendaciones implementadas
Finalidad del indicador	Evaluar el cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud por los profesionales de la salud en los Servicios del Hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Calidad
Fórmula	$\frac{N.^{\circ} \text{ Auditorías Programadas realizadas con recomendaciones implementadas}}{N.^{\circ} \text{ total de Auditorías Programadas realizadas con recomendaciones}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Trimestral
Oportunidad de Medida	Décimo quinto día hábil siguiente al trimestre evaluado
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	Historias Clínicas, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CADA PATOLOGÍA.
Responsable	Gestión de la calidad, Auditoría y Mejora Continua de la Calidad

Código indicador	PE4.01-FID.04
Proceso	Auditoría de Caso
Objetivo	Promover la mejora continua de los procesos y procedimientos de la Atención en Salud en los Servicios del Hospital Antonio Lorena, según corresponda, mediante las Auditorías de Caso.
Indicador	Porcentaje de Auditorías de Caso realizadas con recomendaciones implementadas
Finalidad del indicador	Evaluar el cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud por los profesionales de la salud en el Hospital Antonio Lorena, en casos de reclamos, denuncias o cualquier hecho que vulnere los derechos de los usuarios externos
Tipo de Indicador	Eficacia
Fórmula	$\frac{N.^{\circ} \text{ Auditorías de Caso realizadas con recomendaciones implementadas}}{N.^{\circ} \text{ total de Auditorías de Caso realizadas con recomendaciones}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Trimestral
Oportunidad de Medida	Décimo quinto día hábil siguiente al trimestre evaluado
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	Historias Clínicas, Informes de descargo de los implicados, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CADA PATOLOGÍA.
Responsable	Gestión de la calidad, Auditoría y Mejora Continua de la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01-FID.05
Proceso	Auditoría de Gestión Clínica: Evaluación de la Calidad de Registro de Historias Clínicas
Objetivo	Promover la mejora continua de los procesos y procedimientos de la Atención en Salud en los Servicios del Hospital Antonio Lorena, según corresponda, mediante la Auditoría de Gestión Clínica: Evaluación de la Calidad de Registro de Historias Clínicas.
Indicador	Porcentaje de Evaluaciones de Calidad de Registro de H.C. Realizadas respecto al total de Evaluaciones de Calidad de Registro de H.C. Programadas en el año en el Hospital Antonio Lorena
Finalidad del indicador	Evaluar el cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de registro de las atenciones por los profesionales de la salud en el Hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Eficacia
Formula	$\frac{\text{N.º de Evaluaciones de Calidad de Registro de H.C. realizadas}}{\text{N.º total de Evaluaciones de Calidad de Registro de H.C. programadas}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Semestral
Oportunidad de Medida	Décimo quinto día hábil siguiente al semestre evaluado
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	Historias Clínicas, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
Responsable	Gestión de la calidad, Auditoría y Mejora Continua de la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01-FID.06
Proceso	Revisión, Aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica
Objetivo	Establecer los responsables de la revisión y aprobación tanto de las Guías de Práctica Clínica, así como de las Fichas de Adherencia a las Guías por Patología
Indicador	Porcentaje de Guías que cumplen con la Norma Nacional aprobadas con RD Porcentaje de Fichas de Adherencia a Guías que cumplen con los estándares aprobadas con RD. En el Hospital Antonio Lorena
Finalidad del indicador	Evaluar los estándares y requisitos de las Guías de Práctica Clínica presentadas por los Servicios y solicitar su aprobación con R.D. en el Hospital Antonio Lorena. Evaluar los estándares y requisitos para elaboración de las fichas de Adherencia a las Guías por Patología y solicitar su aprobación con R.D. en el Hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Eficacia
Formula	$\frac{N.^{\circ} \text{ Guías que cumplen con la Norma Nacional aprobadas con RD}}{N.^{\circ} \text{ total de Guías presentadas para revisión}} \times 100$ $\frac{N.^{\circ} \text{ Fichas de Adherencia por patología aprobadas con RD}}{N.^{\circ} \text{ total de Fichas presentadas para revisión}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Trimestral
Oportunidad de Medida	Informe presentado hasta el Décimo Quinto día calendario siguiente al trimestre evaluado
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ELABORACIÓN Y USO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MINISTERIO DE SALUD y R.M. N°414-2015/MINSA QUE APRUEBA EL DOCUMENTO TÉCNICO: METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Fichas de Adherencia con formato de GERESA 2020.
Responsable	Gestión de la calidad, Auditoría y Mejora Continua de la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01-FID.07
Proceso	Revisión y Aprobación de Formatos de Historia Clínica
Objetivo	Revisar las propuestas, hacer observaciones y Solicitar la Aprobación con R.D. de la versión final de los Formatos nuevos de Historia Clínica presentados a la Oficina por los diferentes Servicios.
Indicador	Porcentaje de formatos presentados aprobados con R.D.
Finalidad del indicador	Evaluar el cumplimiento de los estándares y requisitos de los formatos presentados por los Servicios y solicitar su aprobación con R.D. en el Hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Eficacia
Formula	$\frac{N.^{\circ} \text{ Formatos presentados aprobados con R.D.}}{N.^{\circ} \text{ total de Formatos presentados}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Frecuencia	Semestral
Oportunidad de Medida	Informe presentado hasta el Décimo Quinto día calendario siguiente al semestre evaluado
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	Formatos elaborados por los Servicios o el Comité Institucional De Historia Clínica, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
Responsable	Gestión de la calidad, Auditoría y Mejora Continua de la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01- FID.08
Proceso	Seguridad del Paciente: HM, LVSC, Vigilancia de IAAS, Eventos Adversos, Centinelas e incidentes.
Objetivo	Contribuir a brindar una atención segura y que esta se desarrolle en un entorno seguro al paciente, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas a través de mecanismos y herramientas de calidad en el HAL.
Indicador	Porcentaje de cumplimiento de los ejes de Seguridad del Paciente
Finalidad del indicador	Evaluar y fortalecer la ejecución de las buenas prácticas de atención en salud, minimizando los riesgos, previniendo la ocurrencia de eventos adversos, fomentando una cultura de seguridad, contribuyendo en la organización y fortalecimiento de los servicios.
Tipo de Indicador	Proceso
Formula	$\frac{N^{\circ} \text{ de servicios hospitalarios que cumplen con la técnica y adherencia a la HM} * 100}{N^{\circ} \text{ Total de servicios hospitalarios}}$ $\frac{N^{\circ} \text{ de la LVSC llenadas adecuadamente} * 100}{\text{Total de LVSC realizadas}}$ $\frac{N^{\circ} \text{ de incidentes / eventos adversos reportados} * 100}{N^{\circ} \text{ Total de servicios hospitalarios}}$ $\frac{N^{\circ} \text{ de casos de IAAS reportados} * 100}{N^{\circ} \text{ Total de servicios hospitalarios vigilados}}$
Unidad de medida	Informe
Frecuencia	Mensual
Oportunidad de Medida	Entre las dos primeras semanas posterior al I y II semestre del año fiscal
Línea Base	80%
Meta	90%
Fuente de Datos	Reporte del monitoreo de la metodología y la adherencia a la higiene de manos Reporte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía Reporte y notificación de eventos adversos e incidentes Reporte de las infecciones asociadas a la atención en salud
Responsable	Gestión de la calidad, Seguridad del Paciente y Mejora continua



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.01 - Gestión de Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora

Código indicador	PE4.01- FID.09
Proceso	<i>Seguridad del Paciente: Rondas de Seguridad del Paciente</i>
Objetivo	<i>Optimizar la calidad de atención de salud en el HAL mediante la aplicación de las Rondas de seguridad del paciente.</i>
Indicador	<i>Porcentaje de Rondas de seguridad del paciente aplicadas en el HAL</i>
Finalidad del indicador	<i>Medir el cumplimiento de las buenas prácticas de atención en salud a través de la aplicación de las Rondas de seguridad del paciente aplicadas en el HAL.</i>
Tipo de Indicador	<i>Proceso</i>
Formula	$\frac{\text{N° de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas}}{\text{N° de Rondas de seguridad del paciente programadas}} * 10$
Unidad de medida	<i>Informe.</i>
Frecuencia	<i>Mensual</i>
Oportunidad de Medida	<i>Entre las dos primeras semanas posterior al I y II semestre del año fiscal</i>
Línea Base	<i>70%</i>
Meta	<i>90%</i>
Fuente de Datos	<i>Cronograma de Rondas de seguridad del paciente/Hoja de Resultados de Evaluación del aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas/RM N° 163-2020-MINSA</i>
Responsable	<i>Gestión de la calidad, Seguridad del paciente y Mejora continua</i>



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.02 - Gestión de la Información para la Calidad

Código indicador	PE4.02- FID.01
Proceso	<u>ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO</u>
Objetivo	Evaluar la implementación de acciones de mejora según los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo con los servicios brindados en Consulta Externa/Hospitalización/Emergencia del Hospital Antonio Lorena. Identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización del hospital Antonio Lorena, basados en la satisfacción del usuario externo.
Indicador	Informe
Finalidad del indicador	Implementación de acciones de mejora según los resultados de insatisfacción de la evaluación del estudio de satisfacción del usuario externo en Consulta Externa / Hospitalización / Emergencia, del Hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Calidad
Formula	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implementación según los Resultados De la Evaluación del usuario externo de los servicios brindados En Consulta Externa / Hospitalización / Emergencia}}{\text{Nº Total de acciones Recomendadas en los servicios brindados Según los resultados de la evaluación del usuario externo En Consulta Externa / Hospitalización / Emergencia}} \times 100$ Para el análisis de los resultados deberá considerar como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), que serán obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia P – E Satisfacción=valores positivos: E-P, Insatisfacción=valores negativos: P-E
Unidad de medida	Porcentaje de implementación de acciones de mejora según los resultados de la Evaluación del usuario externo en Consulta Externa/ Hospitalización / Emergencia del Hospital Antonio Lorena. Resultados de insatisfacción de los usuarios externos de los servicios de consulta externa/Emergencia/hospitalización del HAL. > 60% : Por Mejorar (Rojo) 40 – 60 % : En Proceso (Amarillo) < 40% : Aceptable (Verde) Los resultados pueden presentarse en niveles globales de satisfacción o insatisfacción, por criterios o dimensiones y por cada pregunta.
Frecuencia	Una vez al año
Oportunidad de Medida	En los meses de julio, agosto y setiembre
Línea Base	Insatisfacción < a 40%
Meta	Satisfacción > a 60%
Fuente de Datos	- Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo" RM N° 527 2011/MINSA - Encuestas de satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL modificado
Responsable	Gestión de Área de Información para la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.02 - Gestión de la Información para la Calidad

Código indicador	PE4.02- FID.02
Proceso	<i>Medición del Tiempo de Espera</i>
Objetivo	<i>Identificar el tiempo que transcurre desde que un paciente solicita o requiere un servicio de salud hasta que lo recibe, o entre diferentes etapas del proceso de atención, como un indicador clave de la calidad del servicio. Conocer el tiempo promedio que esperan los pacientes en Consulta Externa y Emergencia, lo cual permitirá dar un servicio oportuno y con calidad a los usuarios.</i>
Indicador	<i>Informe</i>
Finalidad del indicador	<i>Disminuir los tiempos excesivos de espera y estandarizar los tiempos promedio/permisibles para brindar una atención en salud y/o procedimiento oportuno y con calidad en los servicios/Áreas (Admisión, consulta externa, patología clínica, diagnóstico por imágenes, farmacia) que interactúan en la atención del usuario con la Implementación de acciones de mejora según los resultados de evaluación del tiempo de espera en Consulta Externa y Emergencia del Hospital Antonio Lorena.</i>
Tipo de Indicador	<i>Atención oportuna, eficiente y de Calidad</i>
Formula	<i>Tiempo en colas 1440</i>
Unidad de medida	<i>Porcentaje de implementación de acciones de mejora según los resultados de la toma del Tiempo de espera en Consulta Externa / Emergencia del Hospital Antonio Lorena. Tiempo total transcurrido desde la llegada del paciente, hasta la culminación de su atención. Promedio de minutos que los pacientes esperan para ser atendidos en los servicios que interactúan con su atención requerida. (Admisión, consulta externa, patología clínica, diagnóstico por imágenes, farmacia)</i>
Frecuencia	<i>Semestral</i>
Oportunidad de Medida	<i>De acuerdo al incremento de colas</i>
Línea Base	<i>80% - 50%</i>
Meta	<i>90%</i>
Fuente de Datos	<i>Toma del Tiempo de Espera en Consulta Externa, Reporte del registro de Emergencia y Admisión proporcionada por la Oficina de Estadística y tecnología de la información, Registro Excel de datos registrados (días, horas, minutos, segundos) por cada proceso de atención de usuarios observados (Postas, Puntos de registro), con seguimiento y entrevistados.</i>
Responsable	<i>Gestión Área de la Información para la Calidad</i>



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.03 - Gestión de la Información para la Calidad

Código indicador	PE4.02- FID.03
Proceso	Atención de Reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud
Objetivo	Establecer los lineamientos que permitan dar una oportuna atención a los reclamos y quejas presentados por los usuarios en el Libro de Reclamaciones. Establecer los procesos y procedimientos para la atención de reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados ante la insatisfacción respecto a los servicios brindados
Indicador	Informe
Finalidad del indicador	Implementación de acciones de mejora Contribuir a la protección y promoción de los derechos y deberes de los usuarios de salud mediante la gestión oportuna de reclamos que presentan los usuarios del hospital Antonio Lorena.
Tipo de Indicador	Calidad Valorar los reclamos como oportunidades de mejora
Formula	$\frac{\text{N° de reclamos atendidos en un plazo de 30 días hábiles} \times 100}{\text{Total de reclamos (LRS + reclamos derivados)}}$ $\frac{\text{N° de reclamos culminados en trato directo} \times 100}{\text{Total de reclamos}}$ $\frac{\text{N° de denuncias con respuesta dentro del plazo de 10 días hábiles} \times 100}{\text{Total de denuncias remitidas recibidas}}$
Unidad de medida	Porcentaje de implementación de acciones de mejora del HAL. Porcentaje de reclamos concluidos oportunamente
Frecuencia	Trimestral
Oportunidad de Medida	Mensual
Línea Base	70%
Meta	100%
Fuente de Datos	Reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud
Responsable	Gestión del Área de Información para la Calidad



PE04 - Gestión de la Calidad en Salud

PE04.04 - Gestión de la Información para la Calidad

Código indicador	PE4.02- FID.04
Proceso	Atención de Sugerencias
Objetivo	Establecer los lineamientos para realizar el registro de las sugerencias de los pacientes y/o familiares de pacientes, garantizando el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital. Establecer los procesos para la atención de sugerencias formuladas por los usuarios o terceros legitimados.
Indicador	Informe
Finalidad del indicador	Implementación de acciones de mejora Contribuir a la protección y promoción de los derechos y deberes de los usuarios de salud mediante la gestión oportuna de las sugerencias que presentan los usuarios del HAL.
Tipo de Indicador	Valorar las sugerencias como oportunidades de mejora
Formula	-
Unidad de medida	Documento Técnico
Frecuencia	Trimestral
Oportunidad de Medida	Mensual
Línea Base	70%
Meta	90%
Fuente de Datos	Sugerencias dejadas en el Buzón de sugerencias Sugerencias registradas en los formatos de sugerencias
Responsable	Gestión de la Información para la Calidad del Hospital Antonio Lorena



X. **INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PROCESO NIVEL 0 “PE04 GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD”**

PROCESO					PRODUCTO DEL PROCEDIMIENTO	DUEÑO DEL PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO RELACIONADO
NIVEL 2			NOMBRE				
NIVEL 0	NIVEL 1	CODIGO					
ESTRATEGICO	PE 04	Gestión de la Calidad		Gestión de Garantía de cultura de la calidad y mejora continua	CODIGO	NOMBRE	
		CODIGO	NOMBRE				
		CODIGO	NOMBRE				
	PE 04.01-MAPRO	PE 04.01-MAPRO.01	Elaboración de Proyecto de Mejora		Proyecto de Mejora	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Proyecto de Mejora Implementado
		PE 04.01-MAPRO.02	Autoevaluación para la Acreditación		Informe Final con porcentaje obtenido		Informe de Resultados de la Autoevaluación
		PE 04.01-MAPRO.03	Auditoria Programada		Informes Trimestrales		Plan Anual de Auditoria de la calidad de atención en salud aprobado
		PE 04.01-MAPRO.04	Auditoria de Caso		Informes Trimestrales		Informe de Auditoria de caso
		PE 04.01-MAPRO.05	Auditoria de Gestión Clínica: Evaluación de la Calidad de Registro de Historias Clínicas		Informes Semestrales		Informe de Evaluación de calidad de Registro de H. Cl.
		PE 04.01-MAPRO.06	Revisión, Aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica		Informes Técnicos		Guías de Procedimientos (Técnicos Asistenciales) aprobadas.
		PE 04.01-MAPRO.07	Revisión y Aprobación de Formatos de Historia Clínica		Informes Semestrales		
		PE 04.01-MAPRO.08	Seguridad del paciente: HM, LVSC, Vigilancia de IAAS, Eventos Adversos, Centinelas e incidentes.		Informes Técnicos semestrales		Informe de seguridad del paciente.
		PE 04.01-MAPRO.09	Rondas de Seguridad del Paciente		Informes Técnicos semestrales		Informe de seguridad del paciente.





ESTRATEGICO		PROCESO				PRODUCTO DEL PROCEDIMIENTO	DUEÑO DEL PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO RELACIONADO
TIPO DE PROCESO		NIVEL 1		NIVEL 2				
PE 04	CODIGO	NOMBRE	CODIGO	NOMBRE	Medición de Satisfacción del Usuario Externo	Informe Técnico Final con el porcentaje obtenido	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Medición de la Satisfacción al Usuario Externo e interno
	NOMBRE	CODIGO						
	Gestión de la Calidad		PE 04.02	Gestión de la Información para la Calidad		Informe Técnico Trimestral		
			PE 04.01-MAPRO.03	Atención de la Sugerencia y/o Recomendaciones Escritas en los Buzones y formato de sugerencias.		Apertura de Buzón de sugerencias		
			PE 04.01-MAPRO.04	Atención de Reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud		Informe Técnico Mensual		
		PE 04.01-MAPRO.05	Atención al Usuario en la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	Informe Técnico Mensual			Atención del Reclamo escrito en el Libro de Reclamaciones	





Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud



HOSPITAL
ANTONIO
LORENA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (MAPRO)
OFIC. PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
VERSIÓN: 01
AÑO: 2025

XI. FICHAS TECNICAS DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Elaboración y aprobación de Proyectos de Mejora Continua	CÓDIGO	PE04.01.1
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Determinar puntos críticos que produzcan insatisfacción en los usuarios y establecer alternativas de mejora sobre los procesos y procedimientos; con el propósito de mejora en la atención y percepción de los usuarios internos y externos del Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • D.S. N° 013-2006-2021/MINSA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. • Resolución Ministerial N°692-2012/MINSA, que declara la cuarta semana del mes de setiembre de cada año como la "Semana de la Calidad en Salud", en el marco de la cual se llevarán a cabo el Encuentro Nacional de Experiencias en mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud, así como la Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud. • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • R.M.N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud". • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • R.M.N° 519-2006-MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud" • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la DRSC y sus órganos desconcentrados- HAL". • Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema I de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024".

Definiciones	• Resolución Directoral N°142-2024-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoria de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2024". Acciones de Mejora: Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos. Actividad: Conjunto articulado de tareas permanentes, continuas, interrelacionadas y secuenciales que utilizan los insumos necesarios (recursos humanos, tecnológicos y financieros) para la generación de productos. Acciones Correctivas: Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos. Calidad de la Atención: Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario. Mejora de la Calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. Proyecto de Mejora de la Calidad: Consiste en un problema u oportunidad de mejora que se define y para cuya resolución se establece una propuesta de intervención, debe contar con recursos y plazos de trabajo. Satisfacción del Usuario: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que ésta ofrece Proyecto: Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logra resultados en un tiempo determinado.
---------------------	---

Siglas	RSTD: Registro de Solicitud de Trámite Documentario UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud. SGD: Sistema de Gestión Documental. EMC: Equipo de Mejora Continua, UAJ: Unidad de Asesoría Jurídica, OGC: Oficina de Gestión de la Calidad, PMC: Proyecto de Mejora Continua, UO : Unidades Orgánicas,
---------------	--

Requisitos para iniciar el procedimiento

N°	Descripción del requisito	Fuente
01	Proyectos de Mejora enviado para su revisión a través del SGD	Departamentos, servicios y/o Oficinas

Secuencia de Actividades

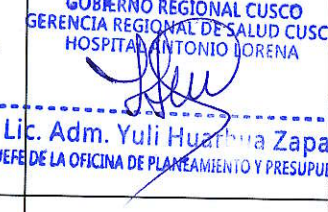
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Analizar una problemática e informar a la Oficina de Gestión de Calidad en Salud.	Informe	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
2	Proponer conformar un Equipo de Mejora con Acto Resolutivo. Elabora Informe Técnico	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad de Salud	Especialista en gestión de Salud
3	Conformar Equipo de Mejora y validarlo con Resolución Directoral.	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del HAL	Director(a) Ejecutivo

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Realizar reuniones de análisis de una problemática e informar a la Oficina de Gestión de la Calidad.	Informe	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
2	Proponer conformar un equipo de Mejora Continua con Resolución Directoral	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
3	Conformar el EMC y validarlo con Resolución Directoral	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva	Director Ejecutivo
4	Realizar reuniones de análisis del PMC con la asistencia técnica de la OGC	Acciones	Equipo de Mejora Continua	Jefe Unidades Orgánicas
5	Elaborar y presentar Proyecto de Mejora de Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Proyecto de Mejora	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
6	Revisar que el Proyecto de Mejora de Calidad esté elaborado de acuerdo a la normativa; Solicitar opinión Técnica Presupuestal.	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
7	Revisar el Proyecto de Mejora de Calidad y emitir Opinión Técnica Presupuestal del Proyecto de Mejora y deriva a Oficina de Calidad en Salud	Informe Técnico	Oficina de Planeamiento, Presupuesto	Especialista Administrativo
8	Revisar que el Proyecto de Mejora tenga opinión favorable y emite informe técnico para aprobación del Proyecto de Mejora.	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
9	La Dirección Ejecutiva del Hospital Antonio Lorena revisa y aprueba el Proyecto de Mejora Continua con Resolución Directoral	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del HAL	Director(a) Ejecutivo
10	Implementar el Proyecto de Mejora (ejecución de actividades)	Acciones	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
11	Emitir informe de avance de actividades del Plan de Mejora a la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.	Informe Técnico	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
12	Institucionalizar el Plan de Mejora continua de la Calidad.	Acciones	Unidades Orgánicas del HAL	Jefe/a de Unidades Orgánicas del HAL
13	Monitorear, supervisar y enviar reporte de los Planes de Mejora a la GERESA Cusco	Acciones	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud

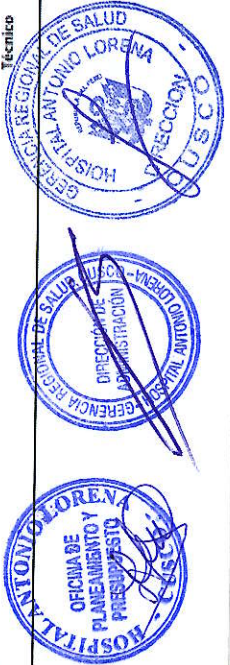
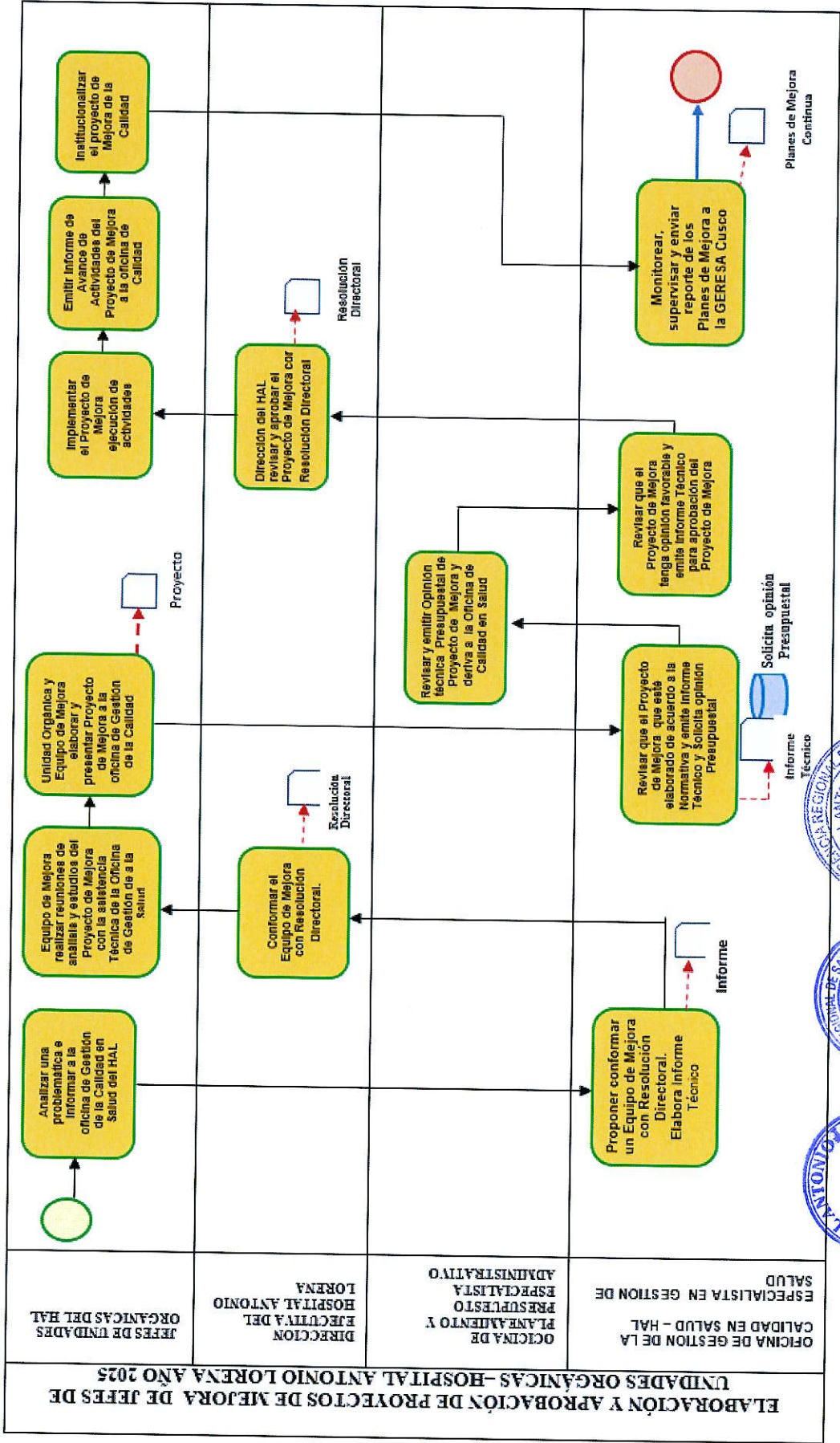


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.1 :Elaboración y Aprobación de Proyectos de Mejora Continua
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. Jorge Washington Vera Torres	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Coordinador del Área de Mejora Continua, Autoevaluación	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERESA CUSCO Hospital Antonio Lorena MC Jorge W. Vera Torres JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CME 29650 RNE 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo del Procedimiento: PE04.01.1 Elaboración y Aprobación de Proyecto de Mejora Continua
Hospital Antonio Lorena Año 2025



ANEXO 08
FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Autoevaluación para la Acreditación	CÓDIGO	PE04.01.2
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a la categoría III-1 para fortalecer la calidad de atención al usuario a través de la optimización de procedimientos -procesos y determinar el nivel de cumplimiento, identificando fortalezas y las áreas susceptibles de mejora.
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • Ley N° 27657, Ley de Seguro Integral de Salud. • Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • R:M: N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Resolución Ministerial N°468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional – V.02". • Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V.03 – Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del Sector Salud". • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema I de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Resolución Directoral N°155-2024-HAL/UGRH, que aprueba del "Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena 2024".
Definiciones	Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.





Evaluador Interno: Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Evaluación Externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Análisis: Evaluación de hechos y datos llevada a cabo por una entidad o por sus órganos o unidades orgánicas, para proveer una sólida base para la toma efectiva de decisiones. El análisis de toda la entidad, permite orientar la gestión de sistema y procesos de trabajo hacia el logro de los resultados y hacia el alcance de los objetivos estratégicos.

Siglas

DE: Dirección Ejecutiva.

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.

EEl: Equipo de Evaluadores Internos.

OGC: Oficina de Gestión de la Calidad en Salud

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	- Sistema de Gestión de la Calidad - Estándares y documentos Normativos MINSA - Documentos Normativos Institucionales - Plan de la Oficina de Calidad en Salud	SGD Sistema de Gestión Documental

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Conformar el equipo de Acreditación	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del HAL	Director(a) Ejecutivo
2	Conformar el Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del HAL	Director(a) Ejecutivo
3	Difundir los Estándares de Calidad	Circular	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista de gestión de la Calidad
4.	Capacitar a Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos	Capacitación	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
5.	Elaborar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación con el equipo de evaluadores internos y remite a la Oficina de Planeamiento para revisión y aprobación	Plan Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud / equipo de evaluadores internos	Especialista en Gestión de Salud
6.	Revisar y emitir Opinión Técnica para la Aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación.	Informe Técnico	Oficina de Planeamiento, Presupuesto	Jefe de la Oficina de Planificación y Presupuesto
7.	Aprobar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del HAL	Director(a) Ejecutiva
8.	Designar a responsables de la Autoevaluación de las oficinas, departamentos y servicios.	Nota informativa	Oficinas/Departamento s/servicios	Jefes de Unidades Orgánicas
9.	Comunicar a las Unidades orgánicas, equipo de Evaluadores y MINSA, el inicio de la Autoevaluación	Circular	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
10.	Ejecutar la Autoevaluación	Acciones	Equipo Evaluadores Internos	Evaluadores
11.	Recopilar e ingresar los resultados de evaluaciones al Aplicativo de Acreditación	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
12.	Elaborar el Informe técnico final de Autoevaluación y envía a la GERESA Cusco	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
13.	Socializar los resultados de la autoevaluación con las recomendaciones a las Oficinas, Departamentos y servicios.	Circular	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
14.	Implementar acciones de mejora e informar a la Oficina de Calidad en Salud	Acciones	Oficinas/Departamento /servicios	Jefes
15.	Monitorear las acciones o proyectos de mejora (Matriz de Seguimiento y Monitoreo de Acciones de Mejora) y elabora informe técnico.	Circular	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud
16.	Elaborar informe técnico de acciones de mejora post Autoevaluación y envía a Dirección HAL	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Especialista en Gestión de Salud

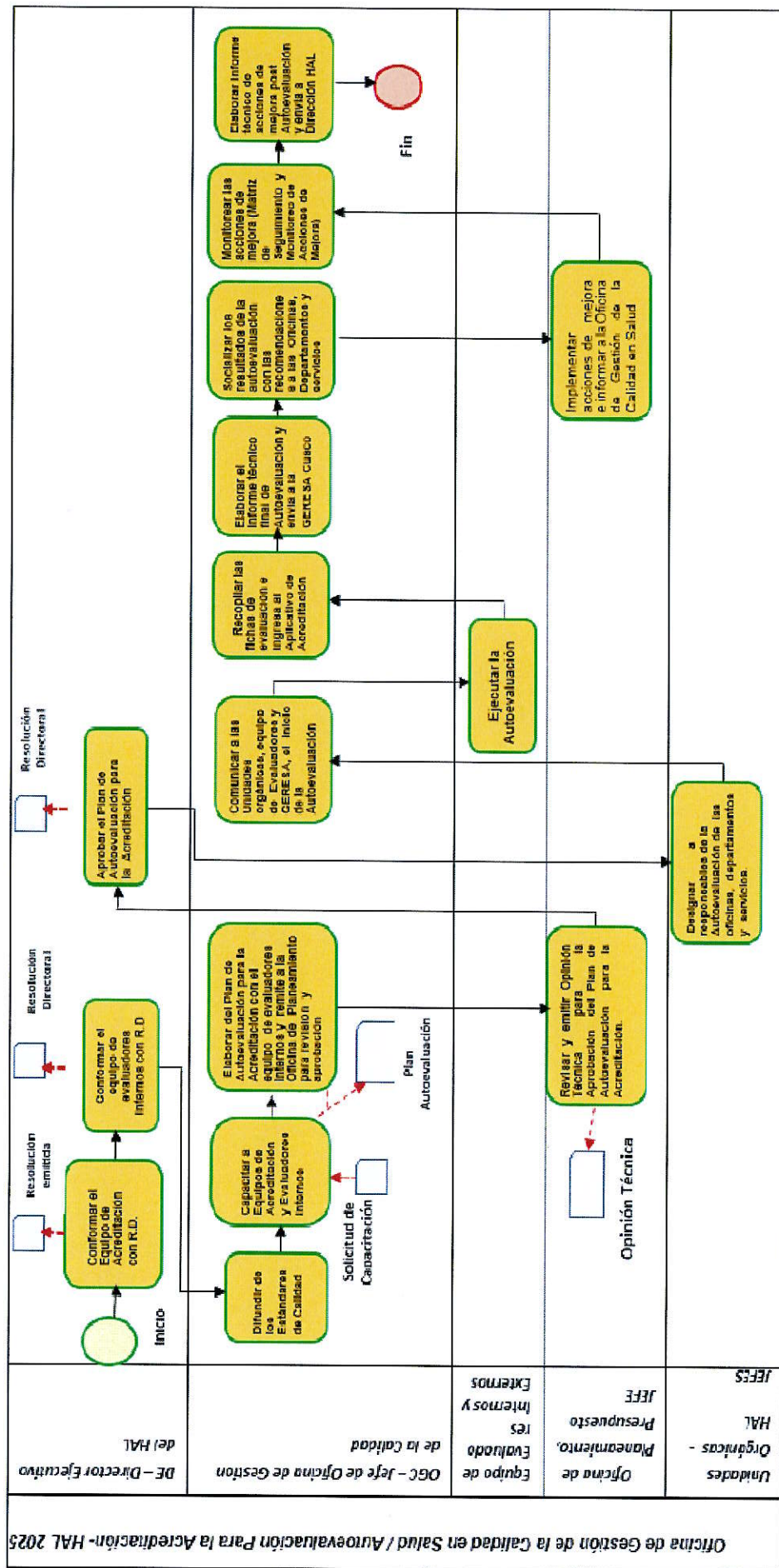


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.2 : Autoevaluación para la Acreditación
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. Jorge Washington Vera Torres	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Coordinador del Área de Mejora Continua, Autoevaluación	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERESA CUSCO Hospital Antonio Lorena MC Jorge W. Vera Torres JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP. 27650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas de Flujo del Procedimiento: PE04.01.2 Autoevaluación para la Acreditación” Hospital Antonio Lorena Año 2025



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoría Programada Hospital Antonio Lorena	CÓDIGO	PE04.01.03
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer el procedimiento para mejorar la calidad de atención de los usuarios, incidiendo en el desempeño de los profesionales de salud en las prestaciones de atención del Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N°26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N°103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M: N°727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" • R.M. N°456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M. N°519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N°063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N°082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud". • Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°044-2025-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoría de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°020-2025-HAL/UGRH, que Conformar los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena
Definiciones	Auditoría de Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de autoevaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Auditoría en Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. Auditoría Médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la





Siglas

atención médica.

Auditoría Programada: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que está incluida en el Plan Anual. Se realiza, entre otros ante Estancias prolongadas es decir hospitalizados más de veinte (20) días, Re intervenciones quirúrgicas, Tiempos de espera prolongados. Se realiza en cada Servicio.

Comité de Auditoría en Salud: Equipos conformado por profesionales de la Salud; quienes son los encargados de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo.

Comité de Auditoría Médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica.

Auditor: Profesional de la salud Médico, Enfermero, Obstetra u Odontólogo que integra los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena, con la capacitación pertinente.

Historia Clínica: Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

DE: Dirección Ejecutiva

HAL: Hospital Antonio Lorena

OGC: Oficina de Gestión de la Calidad

UOHAL: Unidad Orgánica del HAL

UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud.

SGD: Sistema de Gestión Documental.

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Auditorías De Oficio por Servicio	SGD

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Inicio: De acuerdo al Plan de Auditoría del año respectivo, el coordinador debe realizar con cada auditor del servicio asistencial; de Oficio Informar la Auditoría Programada en los Servicio Asistenciales al año, mediante un acta de inicio presentándola al jefe/a de la Oficina de Gestión de la Calidad.	Acta de Inicio de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
2	Socializar Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los servicios Asistenciales del HAL	Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
3	Capacitación inicial grupal e individual de los Auditores	Acta de Reunión de Capacitación al inicio del año	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
4	La OGC – solicita Autorización a la Dirección-HAL inicio de proceso de Auditoría programada y solicita a la Unidad de Estadística H.Cl. foliada y entrega los informes correspondientes a los involucrados.	Solicita Autorización H.Cl.	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de Gestión de Calidad en Salud
5	Inicio y proceso de elaboración del informe de auditoría programada con los hallazgos, conclusiones y recomendaciones pertinentes	Acta de Reunión de Auditoría	Servicio Asistencial del HAL	Auditor del Servicio
6	Acompañamiento personalizado durante el proceso de Auditoría	Acta de Reunión de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría del HAL
7	Entregar el informe final de auditoría programada a la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe de Auditoría	Servicio Asistencial del HAL	Auditor del Servicio Asistencial
8	Verificar si la estructura del informe final concuerda con la normativa vigente	Informe de cumplimiento de requisitos de Calidad	Oficina de gestión de la Calidad	Coordinador/a General de Auditoría
9	Depositar el Informe de cumplimiento de requisitos de Calidad en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría del HAL
10	Eleva el documento a la Dirección del HAL para que sea remitido a GERESA con enlace a la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de gestión de la Calidad
11	Escanear y depositar el Informe de Auditoría Programada en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría del HAL
12	Depositar el Informe de Dirección del HAL dirigido a GERESA en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad	Coordinador/a General de Auditoría del HAL
13	Socializar Informe de Auditoría Programada con las Jefaturas de Servicios que guardan relación con los hechos que propiciaron la Auditoría Programada	Reunión	Oficina de gestión de la Calidad en Salud/ Servicio del HAL	Coordinador/a de Auditoría del HAL
14	Elaborar Informe de Mejora Continua de la Calidad (MCC) post auditoría Programada y remitir a Servicios involucrados	Informe	Oficina de gestión de la Calidad de Salud/ Servicio del HAL	Coordinador/a General de Auditoría y Jefes de Servicios
15	Emitir Memorándum para la ejecución de las Acciones de Mejora Continua de la Calidad Propuestas a cada Servicio y oficina involucrado	Memorándum	Dirección del Hospital/Sub Dirección	Director(a) Ejecutivo
16	Socializar Informe de MCC Post Auditoría Programada y socializar el contenido en reunión técnica con personal profesional asistencial de su servicio y luego levantar las observaciones con Informe dirigido a OGC	Informe	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios/	Jefe Médico Jefe Enfermería Responsable de Obstetras

Secuencia de Actividades

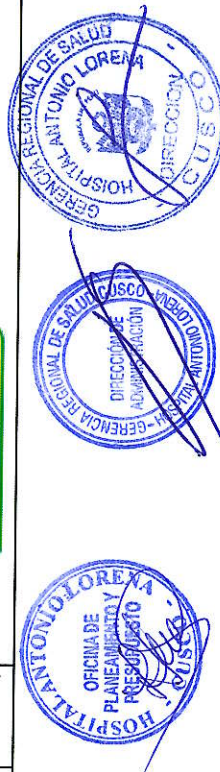
Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
17	Realizar seguimiento de las recomendaciones y elevar informe trimestral a Dirección y GERESA para conocimiento y fines.	Informe	Oficina de gestión de la Calidad en Salud/	Coordinador/a General de Auditoría
18	Depositar Informe de MCC en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría
19	Diligenciar Aplicativo Kobotoolbox	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría



Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud
Relacionados:	PE04.01.3 : Auditoría Programada del Hospital Antonio Lorena
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01083	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. María Verónica Álvarez Solís	Coordinadora General del Área de Auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 María Verónica Álvarez Solís MEDICO CIRUJANO - AUDITORA C.M.P. 35187 R.N.A. 8878	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP/29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoría de Caso Hospital Antonio Lorena	CÓDIGO	PE04.01.04
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer el procedimiento para mejorar la calidad de atención de los usuarios que presentan quejas o denuncias, o que sufrieron incidentes durante su atención, incidiendo en el desempeño de los profesionales de salud en las prestaciones de atención del Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	. Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. . Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R:M: N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02.; Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud. • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°044-2025-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoría de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°020-2025-HAL/UGRH, que Conformar los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena
Definiciones	Auditoría de Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de autoevaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Auditoría en Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. Auditoría Médica: Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Auditoría de Caso: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está





incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independientemente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. Metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

Coordinador General de Auditoría: Auditor Médico que tiene la responsabilidad de Coordinar el trabajo de los Comités y Equipos de Auditoría, de capacitar en sus funciones a los Auditores y de verificar que cada informe concluido cumpla con los requisitos de calidad exigidos por la Norma. También se encarga de la parte administrativa exigida por Dirección y GERESA. En principio no pertenece a ningún comité ni Equipo y depende de la Oficina de Calidad.

Auditor: Profesional de la salud Médico, Enfermero, Obstetra u Odontólogo que integra los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena, con la capacitación pertinente.

Equipo de Auditoría: Equipo de Auditores adscrito a los Comités, que se encarga de realizar las Auditorías de la Calidad, son convocados por cada Servicio/Departamento.

Comité de Auditoría en Salud: Equipo conformado por profesionales de la Salud de distintos servicios; quienes son los encargados de llevar a cabo las Auditorías en Salud. También se encargan, junto al Comité de Auditoría Médica, de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo.

Comité de Auditoría Médica: Equipo conformado por profesionales Médicos de distintos Servicios, quienes son los encargados de llevar a cabo las Auditorías Médicas. También se encargan, junto al Comité de Auditoría en Salud, de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo.

Historia Clínica: Es el documento médico legal en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

Siglas

DE: Dirección Ejecutivo

HAL: Hospital Antonio Lorena

OGC: Oficina de Gestión de la Calidad

UOHAL: Unidad Orgánica del HAL

UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud.

SGD: Sistema de Gestión Documental.

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Informe Técnico de OGC y Memorándum de Dirección/GERESA	SGD

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Inicio: Responsable elabora Informe Técnico sustentando elementos que justifiquen una Auditoría de Caso y lo remite a Dirección para que disponga el inicio de la Auditoría y la entrega de la H.C. foliada a la Oficina de Calidad	Informe Técnico	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador general de Auditoría del HAL

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
2	Solicita a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, inicio del proceso de Auditoría de caso con el Comité y Equipo correspondientes	Memorando	Dirección del Hospital/Sub Dirección	Director(a) ejecutivo o Adjunto
3	Solicitar a través de la Dirección del Hospital Antonio Lorena el inicio del proceso de Auditoría de caso.	Memorando	GERESA	Gerente Regional
4	Capacitación inicial grupal e individual de los Auditores	Acta de Reunión de Capacitación al inicio del año	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador general de Auditoría del HAL
5	La Oficina de Gestión de Calidad solicita Historia Clínica foliada a Oficina de Estadística y los informes correspondientes a los involucrados.	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de Gestión de Calidad en Salud
6	Inicio y proceso de elaboración del informe de auditoría programada con los hallazgos, conclusiones y recomendaciones pertinentes	Acta de Reunión de Auditoría	Servicios Asistenciales del HAL	Auditor del Servicio
7	Acompañamiento personalizado durante el proceso de Auditoría	Acta de Reunión de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
8	Entregar el informe final de auditoría de caso a la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe de Auditoría	Servicio Asistencial del HAL	Auditor del Servicio del HAL
9	Verificar si la estructura del informe final concuerda con la normativa vigente	Informe de cumplimiento de requisitos de Calidad	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
10	Depositar el Informe de cumplimiento de requisitos de Calidad en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
11	Eleva el documento a la Dirección del HAL para que sea remitido a GERESA con enlace a la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Informe	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de gestión de la Calidad
12	Escanear y depositar el Informe de Auditoría de Caso en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad	Coordinador General de Auditoría del HAL
14	Socializar Informe de Auditoría de Caso con las Jefaturas de Servicios que guardan relación con los hechos que propiciaron la Auditoría de Caso	Reunión	Oficina de gestión de la Calidad/ Servicios del HAL	Coordinador General de Auditoría del HAL y Jefes de Servicios
15	Elaborar Informe de Mejora Continua de la Calidad (MCC) Post Auditoría de Caso y remitir a Servicios involucrados	Informe	Oficina de gestión de la Calidad/ Servicio del HAL	Coordinador/a General de Auditoría
16	Emitir Memorándum para la ejecución de las Acciones de Mejora Continua de la Calidad Propuestas a cada Servicio y oficina involucrado	Memorándum	Dirección del Hospital/Sub Dirección	Director(a) Ejecutivo o Adjunto

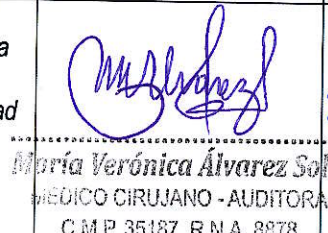
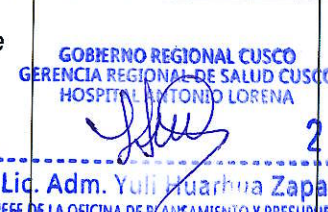


Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
17	Socializar Informe de MCC Post Auditoría de Caso y socializar el contenido en reunión técnica con personal profesional asistencial de su servicio y luego levantar las observaciones con Informe dirigido a OGC	Informe	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios/	Jefe Médico Jefe Enfermería Responsable de Obstetras
18	Realizar seguimiento de las recomendaciones y elevar informe trimestral a Dirección y GERESA para conocimiento y fines.	Informe	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
19	Depositar informe de MCC en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL
20	Diligenciar Aplicativo Kobotoolbox	Depósito	Oficina de gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría del HAL

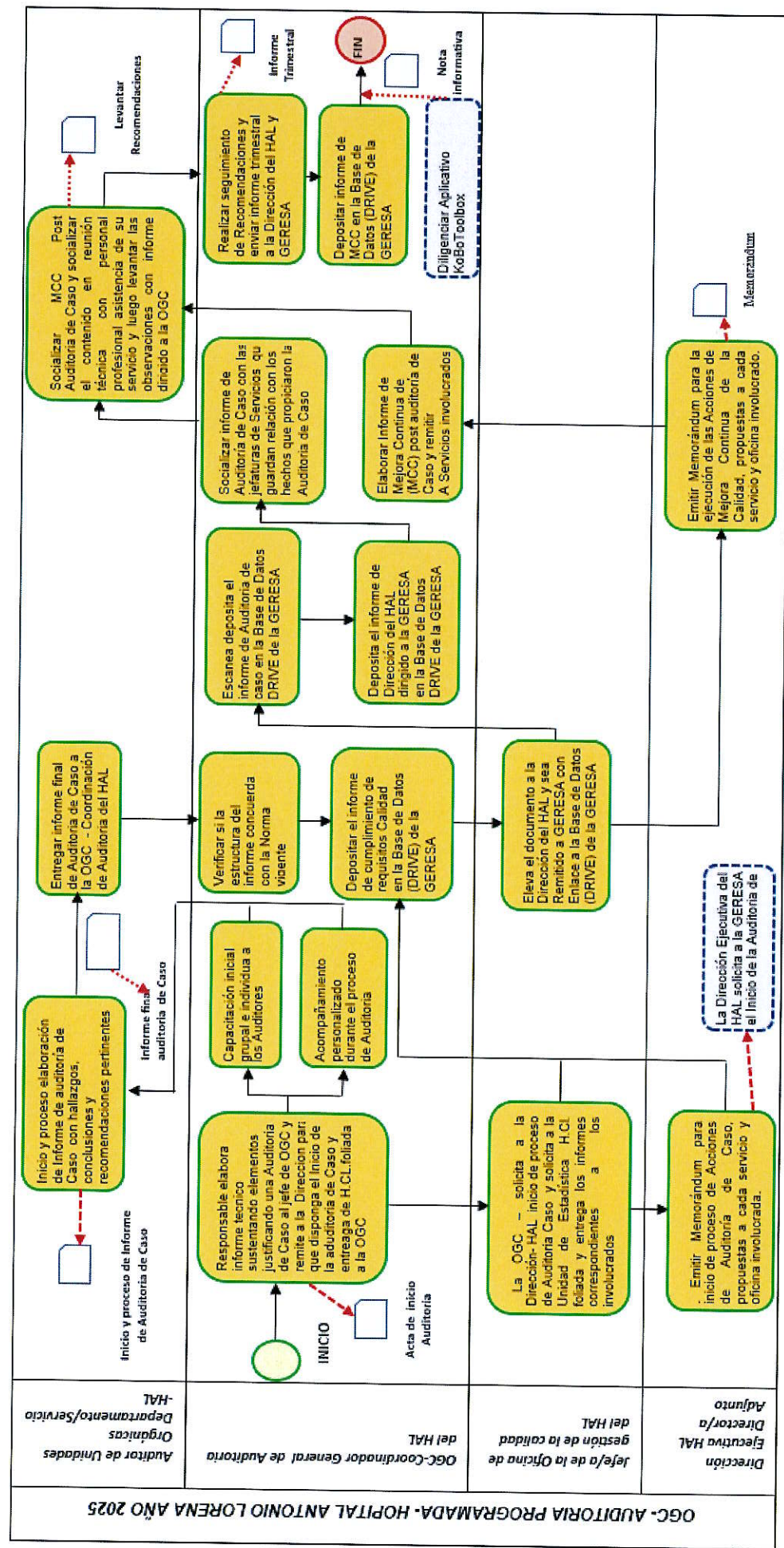


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.4 : Auditoría de Caso
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. María Verónica Álvarez Solís	Coordinador/a General de Auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 María Verónica Álvarez Solís MEDICO CIRUJANO - AUDITORA C.M.P. 35187 R.M.A. 8878	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP/29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas de Flujo del Procedimiento: PE04.01.4: Auditoría de Caso - Hospital Antonio Lorena Año 2025



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Auditoría de Gestión Clínica: Evaluación de la Calidad de Registro de Historias Clínicas del Hospital Antonio Lorena	CÓDIGO	PE04.01.05
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer el procedimiento para mejorar la calidad de registro de las atenciones de los usuarios en el Hospital Antonio Lorena.
-----------------------------------	--

Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
----------------------------------	---

Base Normativa	Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. - Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. - D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. - Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo - R.M: N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" - R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. - Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. - Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". - Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". - Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". - Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02.; Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud. - Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". - Resolución Directoral N°101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena 2025". - Resolución Directoral N°044-2025-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoría de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2025". - Resolución Directoral N°020-2025-HAL/UGRH, que Conforman los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena
-----------------------	---

Definiciones	Auditoría de Gestión Clínica: es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los Establecimientos y Servicios de Salud, que puede motivar oportunidades en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos y calidad de la atención brindada. Evaluación de la calidad de los Registros Asistenciales: de cada personal de Salud, Médico, Enfermera, Obstetra, Odontólogo. Coordinador General de Auditoría: Auditor Médico que tiene la responsabilidad de Coordinar el trabajo de los Comités y Equipos de Auditoría, de capacitar en sus funciones a los Auditores y de verificar que cada informe concluido cumpla con los requisitos de calidad exigidos por la Norma. También se encarga de la parte administrativa exigida por Dirección y GERESA. En principio no pertenece a ningún comité ni Equipo y depende de la Oficina de Calidad. Auditor: Profesional de la salud Médico, Enfermero, Obstetra u Odontólogo que integra los
---------------------	---

	Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena, con la capacitación pertinente. Equipo de Auditoría: Equipo de Auditores adscrito a los Comités, que se encarga de realizar las Auditorías de la Calidad, son convocados por cada Servicio/Departamento. Comité de Auditoría en Salud: Equipo conformado por profesionales de la Salud de distintos servicios; quienes son los encargados de llevar a cabo las Auditorías en Salud. También se encargan, junto al Comité de Auditoría Médica, de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo. Comité de Auditoría Médica: Equipo conformado por profesionales Médicos de distintos Servicios, quienes son los encargados de llevar a cabo las Auditorías Médicas. También se encargan, junto al Comité de Auditoría en Salud, de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo. Historia Clínica: Es el documento médico legal en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad UOHAL: Unidad Orgánica del HAL UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud. SGD: Sistema de Gestión Documental.

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Evaluación de la Calidad de Registro de la Historia Clínica de Oficio por Servicio	SGD

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Inicio: De acuerdo al Plan de Auditoría del año respectivo, cada auditor debe realizar de Oficio al menos 10 informes por Formato al año, presentándolas a la Oficina de Calidad.	Formato de Evaluación de la Calidad de Registro	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Auditor
2	Socializar Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HAL	Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador General de Auditoría de OGC-HAL
3	Capacitación inicial grupal e individual de los Auditores	Acta de Reunión de Capacitación al inicio del año	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador de Auditoría de OGC-HAL
4	Oficina de Gestión de Calidad solicita Historia Clínica foliada a Oficina de Estadística.	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de Calidad en Salud

Secuencia de Actividades

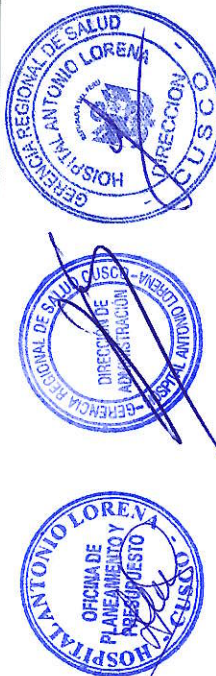
Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
5	Inicio y proceso de Evaluación de la Calidad de Registro por Servicio con las No conformidades, conclusiones y recomendaciones pertinentes	Acta de Reunión de Auditoría	Servicio del HAL	Auditor del Servicio
6	Acompañamiento personalizado durante el proceso de Auditoría de Gestión Clínica	Acta de Reunión de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría OGC del HAL
7	Entregar el informe final de Evaluación de la Calidad de Registro a la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe	Servicio del HAL	Auditor del Servicio
8	Vaciar información y tabular para elaborar estadísticas	Tabla Excel	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría OGC del HAL
9	Depositar el Informe de Evaluación de la Calidad de Registro en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a de Auditoría General OGC del HAL
10	Eleva el documento a la Dirección del HAL para que sea remitido a GERESA con enlace a la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de gestión de la Calidad - HAL
11	Elaborar Informe de Mejora Continua de la Calidad (MCC) Post Evaluación de la Calidad de Registro y remitir a todos los Servicios	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe Oficina de gestión de la Calidad - HAL
12	Emitir Memorándum para la ejecución de las Acciones de Mejora Continua de la Calidad Propuestas a cada Servicio	Memorándum	Dirección del Hospital/Sub Dirección	Director(a) Adjunto
13	Socializar Informe de MCC Post Evaluación de la Calidad de Registro y socializar el contenido en reunión técnica con personal profesional asistencial de su servicio y luego levantar las observaciones con Informe dirigido a OGC	Informe	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios/	Jefe Médico Jefe Enfermería Responsable de Obstetras, Jefe Odontólogo
14	Realizar seguimiento de las recomendaciones y elevar informe trimestral a Dirección y GERESA para conocimiento y fines.	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría OGC del HAL
15	Depositar informe de MCC en la Base de Datos (DRIVE) de la GERESA	Depósito	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinador/a General de Auditoría OGC del HAL



Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.5 : Auditoría de Gestión Clínica: Evaluación de la Calidad de Registro de Historias Clínicas
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. María Verónica Álvarez Solís	Coordinador/a General del Área de Auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 María Verónica Álvarez Solís MÉDICO CIRUJANO - AUDITORA C.M.P. 35187 R.N.A. 8878	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP. 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento



ANEXO 08

FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Revisión, aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento	CÓDIGO	PE04.01.06
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer el procedimiento para la revisión, aprobación y adherencia de las Guías de Práctica Clínica en el Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con las Unidades Productoras de Salud del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 NORMA TÉCNICA DE SALUD "CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD" y sus modificatorias. • Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" • Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M: N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/0GPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02.; Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud. • Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. • Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°044-2025-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoria de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°020-2025-HAL/UGRH, que Conformar los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena



Definiciones	Guía de Práctica Clínica: Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Guía de Procedimiento: Se puede definir como una secuencia lógica de actividades a para desarrollar un procedimiento médico-quirúrgico, se basan en los conocimientos científicos existentes, teniendo en cuenta los recursos del centro en el que se han de aplicar.
---------------------	--

Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad GPC: Guías de Práctica Clínica. UOHAL: Unidad Orgánica del HAL UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud. SGD: Sistema de Gestión Documental. OPP: Oficina de Planeamiento y Presupuesto
---------------	---

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Revisión, aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos	SGD

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Inicio: Designar al equipo de expertos del Grupo de Elaboración de Guías (GEG) de Práctica Clínica y de Procedimientos de acuerdo al Servicio	Informe al inicio de año	Unidades Orgánicas/Servicios/Departamentos	Jefe/Departamento /Servicio
2	A solicitud del Coordinador General de Auditoría se emite una R.D. de los GEG por Servicios	Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva del Hospital/	Director /a Ejecutivo
3	GEG elabora la Guía de Práctica Clínica (GPC) o la Guía de Procedimiento (GP)	Anteproyecto de GPC o GP	Unidades Orgánicas/Departamentos /Servicios	GEG del Servicio
4	A solicitud del Jefe de la Oficina de Calidad se crea el Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica	Resolución directoral	Dirección del Hospital/RRHH	Director
5	Enviar el anteproyecto de la GPC o GP vía correo electrónico o WhatsApp web y a su vez mediante documento en físico y se solicitará la Autorización del Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica	Solicitud de aprobación	Unidades Orgánicas/Departamentos/ Servicios	Jefe/Departamento /Servicio
6	Revisar la estructura y el contenido del anteproyecto de la GPC o GP en base a las normativas vigentes y verificar su pertinencia. (En caso de encontrarse observaciones se coordinará mediante correo electrónico o WhatsApp web las correcciones a realizar)	Correo Electrónico o WhatsApp web	Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica	Miembros del Comité

Secuencia de Actividades

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
7	Levantar las observaciones que se le hagan	Correo Electrónico o WhatsApp	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	GEG
8	presentar copia (02 juegos) al ser Aprobados	Informe	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	Jefe Departamentos/ Servicios
9	Emitir informe de aprobación y solicitud de Aprobación con Resolución Directoral	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe Departamentos/ Servicios
10	Emite Resolución Directoral de Aprobación	Resolución directoral	Dirección del Hospital/RRHH	Director/a Ejecutivo
11	Realizar Informe Trimestral a GERESA	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica	Secretaria del comité
12	Comunicar a los Jefes de Departamentos o Servicios de la aprobación	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica	Secretaria del comité

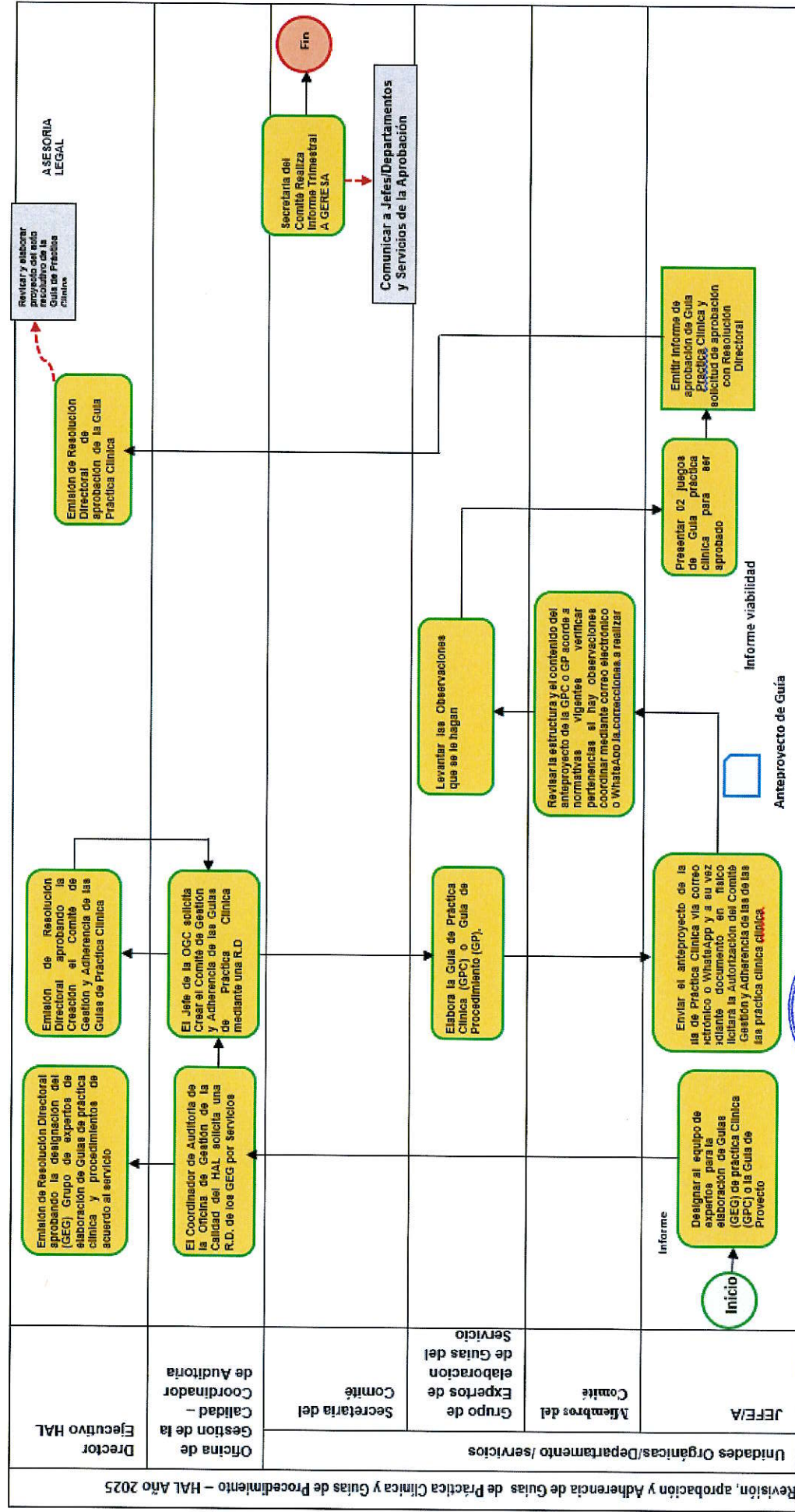


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud – Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.6 : Revisión, aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto – Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery y Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. María Verónica Álvarez Solís	Coordinador/a del Área de Auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 María Verónica Álvarez Solís MEDICO CIRUJANO - AUDITORA C.M.P. 35187 R.N.A. 8878	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP 27650 RNE 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas de Flujo del Procedimiento: PE04.01.6: Revisión, aprobación y Adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento - Hospital Antonio Lorena Año 2025



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento	Revisión y Aprobación de formatos de Historia Clínica	CÓDIGO	PE04.01.07
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer el procedimiento para evaluar la pertinencia, mejorar la calidad de los procesos de atención al usuario externo
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 NORMA TÉCNICA DE SALUD "CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD" y sus modificatorias. • Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" • Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos en Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M. N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/0GPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02.; Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud. • Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica" • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital Antonio Lorena 2025". • Resolución Directoral N°044-2025-HAL/UGRH, que aprueba el " Plan Anual de Auditoria de la calidad de atención en salud del Hospital Antonio Lorena 2025".
Definiciones	Auditor: Profesional de la salud Médico, Enfermero, Obstetra u Odontólogo que integra los Comités y Equipos de Auditoría del Hospital Antonio Lorena, con la capacitación pertinente. Equipo de Auditoría: Equipo de Auditores adscrito a los Comités, que se encarga de realizar las Auditorías de la Calidad, son convocados por cada Servicio/Departamento.



	Comité de Auditoría Médica: Equipo conformado por profesionales Médicos de distintos Servicios, quienes son los encargados de llevar a cabo las Auditorías Médicas. También se encargan, junto al Comité de Auditoría en Salud, de diseñar el Plan Anual de Auditoría de la Institución para su desarrollo. Historia Clínica: Es el documento médico legal en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad UOHAL: Unidad Orgánica del HAL UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud. SGD: Sistema de Gestión Documental.

Requisitos para iniciar el procedimiento

Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Solicitud de Departamento/Servicio para aprobar un nuevo Formato	SGD

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Inicio: Designar a los Miembros del Comité Institucional de Historia Clínica y del Comité Evaluador de Documentos – CED	Informe al inicio de año	Oficina de Gestión de Calidad	Jefe
2	Emitir R.D para la creación del Comité Institucional de Historia Clínica y del Comité Evaluador de Documentos - CED	Resolución Directoral	Dirección del Hospital/RRHH	Director
3	Enviar el anteproyecto del Formato Nuevo vía correo electrónico o WhatsApp y a su vez mediante documento en físico y se solicitará la Autorización del Comité de Institucional de Historia Clínica	Solicitud de aprobación	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	Jefe
4	Revisar la estructura y contenido del Nuevo Formato en base a las normativas vigentes y verificar su pertinencia. (En caso de encontrarse observaciones se coordinará mediante correo electrónico o WhatsApp las correcciones a realizar)	Correo Electrónico o WhatsApp	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité Institucional de Historia Clínica	Miembros del Comité



Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
5	Enviar el anteproyecto del Formato Nuevo vía correo electrónico o WhatsApp y a su vez mediante documento en físico y se solicitará la Autorización del Comité de Institucional de Historia Clínica	Solicitud de aprobación	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	Jefe
6	Revisar la estructura y contenido del Nuevo Formato en base a las normativas vigentes y verificar su pertinencia. (En caso de encontrarse observaciones se coordinará mediante correo electrónico o WhatsApp las correcciones a realizar)	Correo Electrónico o WhatsApp	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité Institucional de Historia Clínica	Miembros del Comité
7	Levantar las observaciones que se le hagan	Correo Electrónico o WhatsApp	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	Jefe
8	presentar copia (02 juegos) al ser Aprobados	Informe	Unidades Orgánicas/ Departamentos/ Servicios	Jefe
9	Emitir informe de aprobación y solicitud de Aprobación con Resolución Directoral	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe
10	Emite Resolución Directoral de Aprobación	Resolución directoral	Dirección del Hospital/RRHH	Director
11	Realizar Informe Trimestral a GERESA	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité Institucional de Historia Clínica	Secretaria del comité
12	Comunicar a Logística de la aprobación	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad/Comité Institucional de Historia Clínica	Secretaria del comité

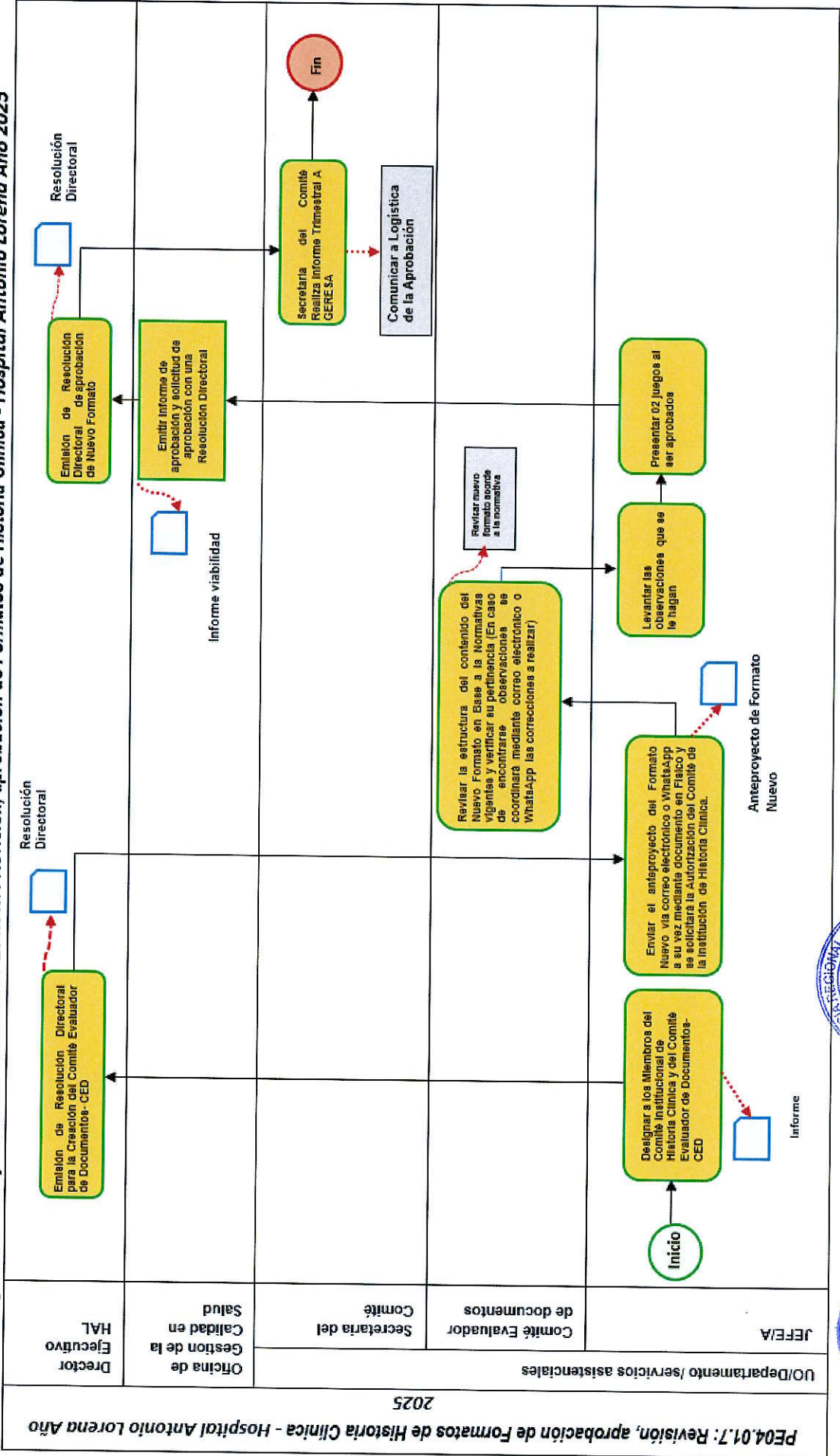


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.7 : Revisión y Aprobación de formatos de Historia Clínica
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01083	27 NOV 2025
Revisado Por:	M.C. María Verónica Álvarez Solís	Coordinador/a general del Área de Auditoría de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 María Verónica Álvarez Solís MÉDICO CIRUJANO - AUDITORA C.M.P. 35187 R.N.A. 8878	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	  Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	  M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO C.M.P. 79650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas de Flujo del Procedimiento: PE04.01.7: *Revisión, aprobación de Formatos de Historia Clínica - Hospital Antonio Lorena Año 2025*







ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Seguridad del Paciente : HM, LVSC, Vigilancia de IAAS, Eventos Adversos, Eventos Centinelas e Incidentes	CÓDIGO	PE04.01.8
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Contribuir a brindar una atención segura y que esta se desarrolle en un entorno seguro al paciente, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas a través de mecanismos y herramientas de calidad en el Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • D.S N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030. • Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud". • Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. • Resolución Ministerial N° 554-2011/MINSA; que aprueba la NTS N° 096- MINSA/DIGESA-V010, Norma Técnica de Salud: Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA; que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. — Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA; que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud" • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/0GPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. • Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008" • Resolución Directoral N° 101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2025" • Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos" • Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".



- Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA; que aprueba el "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud".
- Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, que aprueba la "Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos centinelas".
- Formato de registro y reporte de incidentes y eventos adversos (oficio circular DCS a nivel nacional 2012).
- Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"

Seguridad del Paciente: Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen, garantizando la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Cultura de Seguridad: Es el patrón integrado de comportamientos individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención en salud.

Gestión del Riesgo: Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

Prevención del Riesgo: Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.

Higiene de Manos: Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano

Adherencia a la Higiene de Manos: Es una metodología que facilita el conocimiento y aplicación de las actividades a través de los 5 momentos para la higiene de manos basados en la atención al paciente, con el objetivo de prevenir la transmisión de microorganismos por medio de las manos, clarificando las ocasiones de aplicación de la higiene de manos y conduciendo a un aumento global de las prácticas seguras.

Lista de Verificación de la Cirugía Segura: Es una herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, sometidos a una intervención quirúrgica. Su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes.

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud: Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa, para muchas IAAS de tipo bacteriana se hace evidente en 48 horas o más. En caso de los neonatos se considera como IAAS luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Eventos Adversos: Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Eventos Adversos Centinela: Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinelas.

Definiciones



	Incidente: Evento adverso que no ha causado daño, pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso Análisis: Evaluación de hechos y datos llevada a cabo por una entidad o por sus órganos o unidades orgánicas, para proveer una sólida base para la toma efectiva de decisiones. El análisis de toda la entidad, permite orientar la gestión de sistema y procesos de trabajo hacia el logro de los resultados y hacia el alcance de los objetivos estratégicos. Garantía y Mejora de la Calidad: Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema. La Garantía y Mejora de la Calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como: Evaluación, monitoreo y toma de decisiones, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Acreditación de los establecimientos y servicios, Evaluación de la Tecnología Sanitaria y Mejoramiento Continuo de la Calidad. Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la Unidad Productora de Servicios (unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por recursos humanos y tecnológicos en salud) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.	
Siglas	CSP: Comité de Seguridad del Paciente. MHM: Metodología de la Higiene de Manos ADHM: Adherencia a la Higiene de Manos ECLVSC: Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura LVSC: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía E.A, I: Eventos Adversos e Incidentes IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. ERSP: Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. MCC: Mejora Continua de la Calidad SGC: Sistema de Gestión de la Calidad. MINSA: Ministerio de Salud UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud	
Requisitos para iniciar el procedimiento		
Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Notificación de los Departamentos y servicios	SGC-SP



Secuencia de Actividades

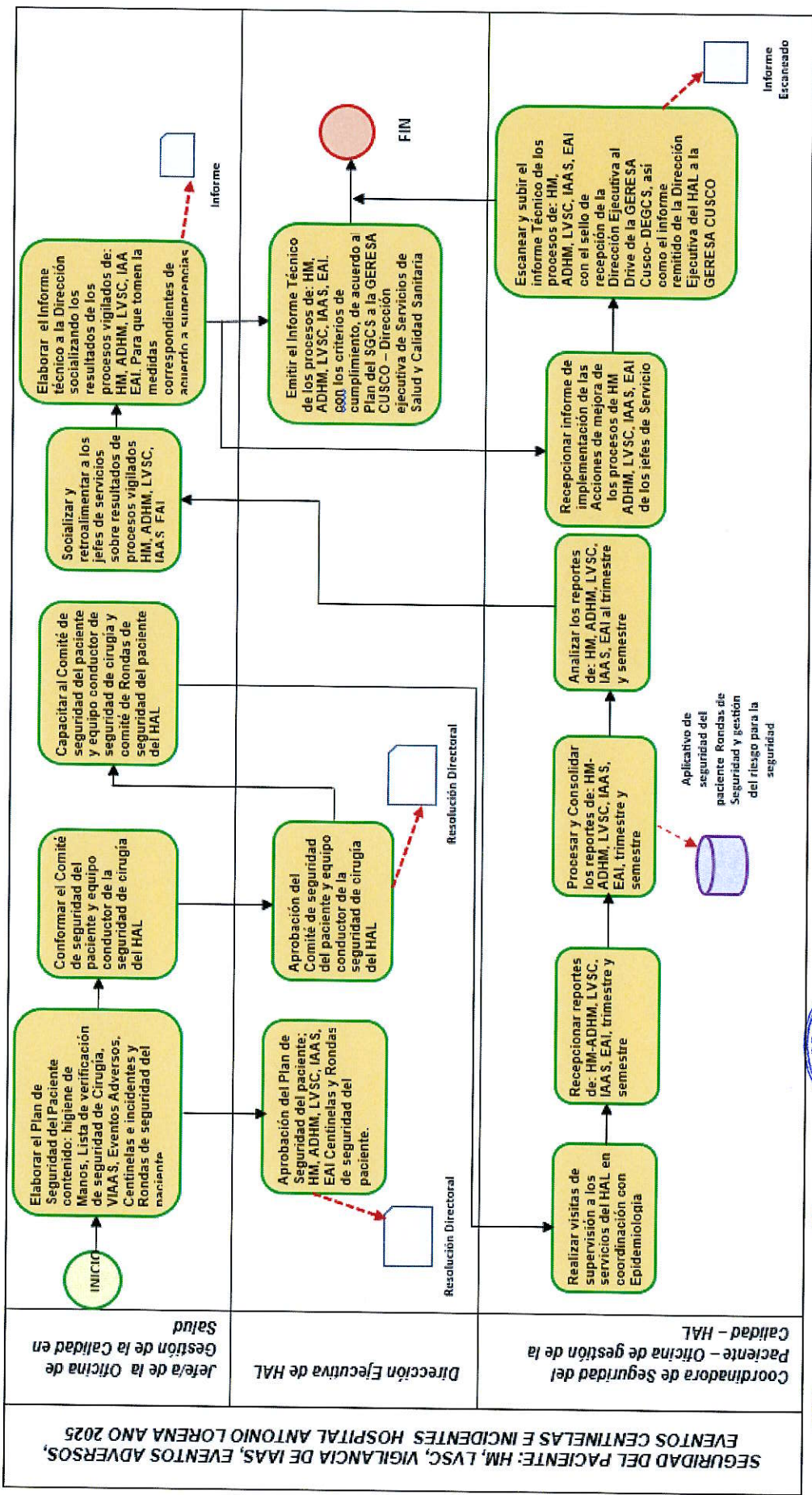
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Elaborar el Plan de Seguridad del Paciente donde incluya el reporte de: Higiene de Manos, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Eventos Adversos, Centinelas e incidentes y Rondas de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
2	Conformar el Comité de Seguridad del Paciente, Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y Equipo Conductor de la Seguridad de la Cirugía del HAL.	Resolución Directoral	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
3	Capacitar sobre las normativas al Comité de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor de la Seguridad de la Cirugía y Comité del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HAL.	Acción Memorándum	OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
4	Realizar visitas de supervisión a los Servicio del HAL en coordinación con el área de Epidemiología	Acción Informe	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente y Epidemiología
5	Recepcionar reportes e informes de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I de forma semanal, mensual, Trimestral y Semestral.	Acción	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
6	Procesar la información de los reportes recepcionados de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I de forma semanal y mensual.	Acción	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
7	Consolidar la información de los reportes recepcionados de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I de forma Trimestral y Semestral.	Acción	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
8	Analizar los reportes de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I de forma mensual y trimestral	Acción	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
9	Socializar y retroalimentar a los Jefes de Servicios sobre los resultados obtenidos de los procesos vigilados de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I, de manera trimestral y/o semestral	Acción Memorándum	OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
10	Elaborar informe técnico socializando los resultados de los procesos vigilados de: HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I y lo eleva a Dirección, para que se tomen las medidas correspondientes, de acuerdo a las sugerencias establecidas	Informe Técnico	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente y Coordinador de MCC
11	Recepcionar informe de implementación de las acciones de mejora de los procesos de HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I, de los Jefes de servicio	Acción Informe	Jefatura UPSS OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente Coordinador MCC
12	Emitir el Informe Técnico de los procesos de HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I, con los criterios de cumplimiento, de acuerdo al Plan del SGCS a la GERESA CUSCO - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria	Oficio y/o Informe Informe Técnico	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
13	Escanear y subir el Informe Técnico de los procesos de HM - ADHM, LVSC, IAAS, E.A e I, con el sello de recepción de la Dirección Ejecutiva al Drive de la GERESA Cusco - DESGCS, así como el Informe remitido de Dirección del HAL a GERESA CUSCO	Acción	OGC - SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente

Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.01.8 : Seguridad del Paciente : HM, LVSC, Vigilancia de IAAS, Eventos Adversos, Eventos Centinelas e Incidentes
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización		27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Mónica Delgado Huamantupa	Coordinador/a del Área de Seguridad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud		27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto		27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo		27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo del Procedimiento: PE04.01.8. Seguridad del Paciente: HM, LVSC, Vigilancia de IAAS, Eventos Adversos, Eventos Centinelas e Incidentes -Hospital Antonio Lorena Año 2025.







ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

Nombre del Procedimiento	Ronda por la Seguridad del Paciente	CÓDIGO	PE04.01.9
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Incrementar la Seguridad de todos aquellos servicios relacionados con el cuidado de los pacientes, prevenir errores, fortaleciendo las buenas prácticas de atención de los procedimientos y optimizar la calidad de atención de salud en el Hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Unidades Orgánicas del Hospital Antonio Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. • Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. • Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud • Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. • Decreto Supremo N°013-2006-MINSA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. • Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. • Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que Aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias. • Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la "Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008" • resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • Resolución Ministerial N°732-2008/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 022-MINSA/DSGP V.03: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía". • Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía" • Resolución Ministerial N° 554-2011/MINSA; que aprueba la NTS N° 096- MINSA/DIGESA-V010, "Norma Técnica de Salud: Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" • Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"



Base Normativa

- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA; que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA; que aprueba el "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02.; Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/OGPPM, "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena".
- Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, que aprueba la "Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos centinelas".
- Formato de registro y reporte de incidentes y eventos adversos (oficio circular DCS a nivel nacional 2012).
- Resolución Directoral N° 101-2025-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2025"

Definiciones

Seguridad del Paciente: Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen, garantizando la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Cultura de Seguridad: Es el patrón integrado de comportamientos individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención en salud.

Gestión del Riesgo: Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

Prevención del Riesgo: Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.

Higiene de Manos: Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano

Lista de Verificación de la Cirugía Segura: Es una herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, sometidos a una intervención quirúrgica. Su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes.

Adherencia a la Higiene de Manos: Es una metodología que facilita el conocimiento y aplicación de las actividades a través de los 5 momentos para la higiene de manos basados en la atención al paciente, con el objetivo de prevenir la transmisión de microorganismos por medio de las manos, clarificando las ocasiones de aplicación de la higiene de manos y conduciendo a un aumento global de las prácticas seguras.



Definiciones

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud: Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa, para muchas IAAS de tipo bacteriana se hace evidente en 48 horas o más. En caso de los neonatos se considera como IAAS luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Evento Adverso: Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Evento Adverso Centinela: Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinelas.

Incidente: Evento adverso que no ha causado daño, pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso

Análisis: Evaluación de hechos y datos llevada a cabo por una entidad o por sus órganos o unidades orgánicas, para proveer una sólida base para la toma efectiva de decisiones. El análisis de toda la entidad, permite orientar la gestión de sistema y procesos de trabajo hacia el logro de los resultados y hacia el alcance de los objetivos estratégicos.

Rondas de Seguridad del Paciente: Herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendadas para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio.

Acciones de mejora: Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agreguen valor a los productos.

Apreciación del riesgo: Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

Atención segura: Grado en el cual los servicios de atención a la salud para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados adecuados siendo consistentes con la mejor evidencia científica y el conocimiento profesional actual

Acción insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

Riesgo: Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención en salud.

Garantía y Mejora de la Calidad: Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema. La Garantía y Mejora de la Calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como: Evaluación, monitoreo y toma de decisiones, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Acreditación de los establecimientos y servicios, Evaluación de la Tecnología Sanitaria y Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la Unidad Productora de Servicios (unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por recursos humanos y tecnológicos en salud) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

CSP: Comité de Seguridad del Paciente.

MHM: Metodología de la Higiene de Manos

ADHM: Adherencia a la Higiene de Manos

LVSC: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

E.A. I: Eventos Adversos e Incidentes

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

ERSP: Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.

MCC: Mejora Continua de la Calidad

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Siglas

MINSA: Ministerio de Salud UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud.		
Requisitos para iniciar el procedimiento		
Nº	Descripción del requisito	Fuente
01	Supervisión realizada por la Oficina de Gestión de la Calidad en salud	Fichas Técnicas

Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Gestionar la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HAL	Resolución Directoral	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
2	Elaborar el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente HA, donde se fija fecha, hora y día que se aplicara la Ronda de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
3	Capacitar sobre la normativa al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HAL.	Acción Memorándum	OGC – SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
4	Elaborar un informe a la Dirección Ejecutiva comunicando el cronograma mensual, al 1er Semestre de Rondas de Seguridad al Paciente, que se realizara en los diferentes servicios	Informe Memorándum	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
5	Coordinar y convocar una reunión técnica mensual con los evaluadores del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y los jefes de los servicios a evaluar	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
6	Revisar y facilitar las fichas de buenas prácticas a evaluar con el equipo de Rondas de Seguridad del Paciente antes de visitar al servicio seleccionado.	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
7	Ejecutar y aplicar las fichas de evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente y dar a conocer el incumplimiento de las buenas practicas según lo encontrado en el servicio visitado.	Acción	OGC-SP	Líder del Equipo Equipo de Rondas de Seguridad del paciente
8	Elaborar y firmar el acta del servicio al finalizar la supervisión de Ronda de Seguridad del Paciente y los acuerdos en presencia de los Jefes de servicio y/o departamento dando conformidad a la evaluación	Acción	OGC-SP	Líder del Equipo Equipo de Rondas de Seguridad del paciente
9	Registra y procesar la información obtenida de la supervisión al servicio evaluado, en el Aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
10	Realizar la valoración del riesgo y la prioridad de intervención (anexo 4 y 5) del resultado obtenido de la supervisión al servicio evaluado, en el Aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
11	Elaborar un informe de los resultados obtenidos y la prioridad de intervención de la evaluación de las Rondas de Seguridad del Paciente, a la Dirección Ejecutiva donde incluye las buenas practicas no cumplidas, así como la implementación de las mismas por los Jefes de servicio	Informe Memorándum	Dirección del Hospital OGC-SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente

Secuencia de Actividades

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
10	Recepcionar el informe de la implementación de las acciones de mejora realizadas por los Jefes de servicio y realizar el monitoreo de la implementación de las acciones de mejora correctivas en el aplicativo de RSP	Acción Monitoreo	Jefes de Servicio del Hospital OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente y Mejora Continua
11	Consolidar los informes de la implementación de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente de manera semestral, según normativa de Convenios de Gestión y el Plan de SGCS.	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
12	Elaborar el informe de las Rondas de Seguridad del Paciente semestralmente, firmando todos los integrantes del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntado las fuentes auditables de la implementación de las buenas prácticas observadas, según normativa de Convenios de Gestión y el Plan de SGCS.	Acción	OGC-SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
13	Emitir el Informe Técnico de las Rondas de Seguridad del Paciente con los criterios de cumplimiento, según normativa de Convenios de Gestión a la GERESA CUSCO - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria	Oficio y/o Informe Técnico	Dirección del Hospital OGC - SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente
14	Escanear y subir el Informe Técnico de las Rondas de Seguridad del Paciente con el sello de recepción de la Dirección Ejecutiva al Drive de la GERESA Cusco – DESGCS, así como el Informe remitido de Dirección del HAL a GERESA CUSCO	Acción	OGC – SP	Coordinadora de Seguridad del Paciente
15	Socializar y retroalimentar a los jefes de servicios sobre los resultados obtenidos de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en los servicios evaluados de manera semestral	Acción Memorándum	OGC – SP	Jefe/a de Oficina Coordinadora de Seguridad del Paciente



Otros

Procesos PE04 Gestión de la Calidad en Salud – Hospital Antonio Lorena

Relacionados: PE04.01.9 : Ronda por la Seguridad del Paciente

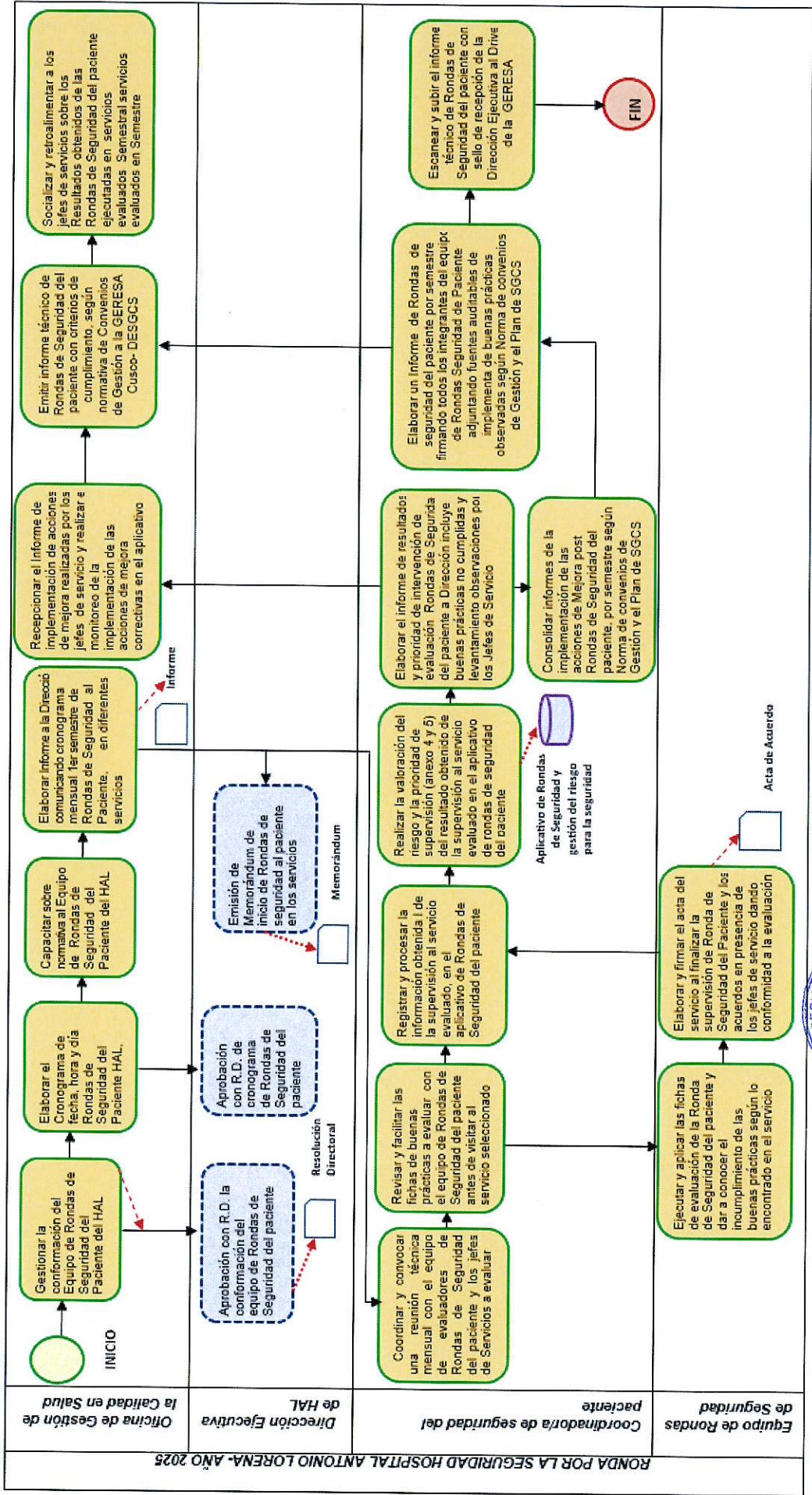
Anexos Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	  LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Mónica Delgado Huamantupa	Coordinadora del Área de Seguridad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	  Lic. Mónica Delgado Huamantupa CEP 64275	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	  Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	  M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMF 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios

Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo del Procedimiento: PE04.01.9. Ronda de Seguridad del Paciente - Hospital Antonio Lorena Año 2025



FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Medición de la Satisfacción del Usuario Externo.	CÓDIGO	PE04.02.01
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Conocer el nivel de satisfacción/insatisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en los servicios de la Institución, identificando su expectativa y percepción, sobre los atributos de calidad de atención; así como los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad.
Base Normativa	Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. - D.S N°013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - R.M. N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. - Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. - Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". - Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". - Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". - Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad - Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de apoyo - Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". - Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". - Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". - Resolución Directoral N°155-2024-HAL/UGRH, que aprueba del "Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena 2024".
Definiciones	Encuestador y moderador: Es la persona que ha sido capacitada en la metodología o técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo, la cual debe poseer los siguientes atributos: capacidad en el tema a tratar, ser cordial y respetuoso, expresarse con claridad y ser tolerante. Este equipo encuestador está formado por el técnico administrativo, asistente administrativo y el especialista administrativo de la oficina de gestión de la calidad. Está conformado por personas externas (Estudiantes de universidades o institutos superiores, personal capacitado de otra IPRESS, o pares.



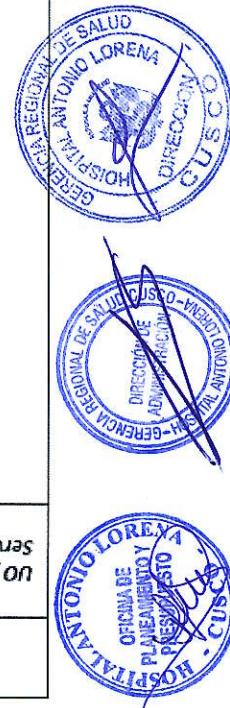
Definiciones	Mejoramiento Continuo de la calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas. Existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia. Es un proceso cíclico y constante que busca perfeccionar procesos, productos y servicios a través de pequeños cambios incrementales para mejorar la satisfacción del cliente y una organización con excelencia identificando áreas de mejora y optimizar continuamente las operaciones. Satisfacción del usuario externo: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece. SERVQUAL: Define la calidad del servicio como la brecha o diferencia (P menos E entre las percepciones P expectativa E de los usuarios externos				
Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad UOHAL: Unidad Orgánica del HAL				
Requisitos para iniciar el procedimiento					
N°	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="324 798 812 840">Descripción del requisito</th> <th data-bbox="812 798 1453 840">Fuente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="324 840 812 905">01 Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo</td> <td data-bbox="812 840 1453 905">Encuestas</td> </tr> </tbody> </table>	Descripción del requisito	Fuente	01 Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo	Encuestas
Descripción del requisito	Fuente				
01 Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo	Encuestas				

Secuencia de Actividades				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Convocar a encuestadores.	Resolución directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
2	Realizar la Capacitación a los encuestadores y elaborar cronograma.	Cronograma	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
3	Revisar las fichas SERVQUAL.	Fichas	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
4	Aplicar en las encuestas realizadas de acuerdo al cronograma establecido.	Fichas	Oficina de Gestión de la Calidad	Encuestadores
5	Procesar la información y elaborar el informe.	Informe/Nota Informativa	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
6	Recibir y enviar a la Dirección Ejecutiva		Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de OGC
6	Recibir información, emitir documento a la GERESA CUSCO - Dirección ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria (Información para la calidad) o quien haga sus veces y al Departamento Involucrado	Oficio	Dirección Ejecutiva.	Director/a Ejecutivo del HAL
7	Recepcionar informe, implementar medidas correctivas y elaborar informe.	Informe / memorándum	Unidad Orgánica del HAL	Jefe/a de Departamento-Servicio
8	Recibir información y monitorear implementación de las medidas correctivas.	Informe / memorándum	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinadora del Área de mejora continua

Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud – hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PE04.02.01: Medición de la Satisfacción del Usuario Externo.
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	Oficina de Planeamiento y Presupuesto –Área Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENK Mery Roberta Condori Condori ÁREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Dina Medrano Contreras	Coordinador/a del Área de Información para la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 Dina Medrano Contreras LIC ENFERMERIA CEP 47794 RNE 6034 Vig. Adm. y GERENCIA EN SERV. DE SALUD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA LIC. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP. 27650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Medición del tiempo de Espera.	CÓDIGO	PE04.02.02
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Garantizar que se brinde a los usuarios una atención que represente no solamente un valor social sino también la capacidad de respuesta inmediata en los diferentes servicios del Hospital. Con el tiempo de espera como indicador, lograr identificar oportunidades de mejora de la calidad en los diversos servicios que brinda el Hospital.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. • D.S N°013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa W 288-MINSA/2020/0GPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad • Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema I de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". • Resolución Ministerial N.° 811-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS, Directiva para la elaboración e implementación del Plan "Cero Colas" en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales • Resolución Directoral N°055-2023-HAL /UGRH, que aprueba el " Plan para Estudio De Tiempos de Espera y Movimientos del Hospital Antonio Lorena".
Definiciones	Calidad de la atención: Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario. Tiempo de espera: Es el tiempo de las colas en cada uno de los procedimientos involucrados en la atención del paciente, producido habitualmente por las variaciones de las cargas de trabajo Es el periodo que transcurre desde que un paciente solicita o requiere un servicio de salud hasta que lo recibe, o tiempo transcurrido entre diferentes etapas del proceso de atención, como un indicador clave de la calidad del servicios de salud.



Siglas	DE: Dirección Ejecutivo	
	HAL: Hospital Antonio Lorena	
	OGC: Oficina de Gestión de la Calidad	
	UOHAL: Unidad Orgánica del HAL	
Requisitos para iniciar el procedimiento		
Nº	Descripción del requisito	Fuente
01		

Secuencia de Actividades				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Convocar al equipo técnico, Gestionar registradores externos.	Resolución directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
2	Capacitar al equipo técnico, elaborar cronograma.	Capacitación	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
3	Revisar fichas (Postas identificadas para registro de medición de tiempos de espera) del aplicativo	Fichas	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
4	Aplicar las fichas y realizar la medición de los tiempos, de acuerdo al cronograma establecido	Fichas	Oficina de Gestión de la Calidad	Registradores externos
5	Digitar y procesar la información.	Dig. Excel	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
6	Elaborar documento, que incluye las medidas Correctivas a implementar.	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinador/a del Área de Información para la calidad
7	Recibir información, emitir documento a la GERESA CUSCO - Dirección ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria o quien haga sus veces y al Departamento Involucrado del HAL	Oficio/Memorándum	Dirección Ejecutiva del HAL.	Director/a Ejecutivo del HAL
8	Recepcionar informe, implementar medidas correctivas y elaborar informes.	Informe/ Memorándum	Unidad Orgánica del HAL	Jefe/a de UO
9	Recibir información y monitorear implementación de las medidas correctivas.	Informe/ memorándum	OGC	Coordinador/a del Área de Información para la calidad

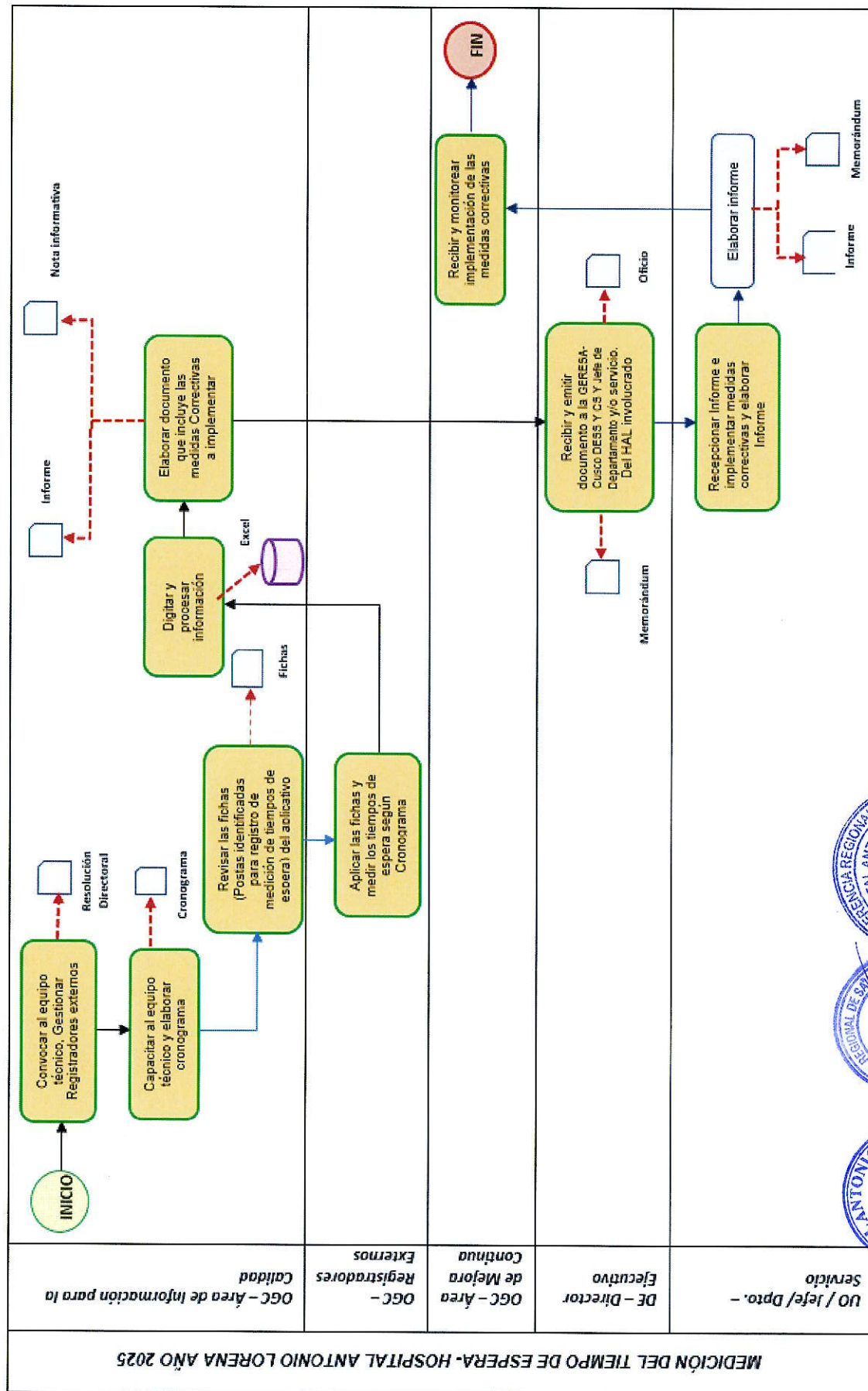


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud – Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PS04.02.02 :Medición de Tiempo de Espera
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	OPP Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Dina Medrano Contreras	Coordinador/a del Área de Información para la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	  Dina Medrano Contreras LIC. ENFERMERIA CEP 47794 RNE 8034 U.E. Adm. y GERENCIA EN SERV. DE SALUD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la OPP	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	  GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO C.M.R. 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo Y Procedimientos Del Procedimiento: PE. 04.02.02 Medición del tiempo de Espera – Hospital Antonio Lorena Año 2025



ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Atención de la Sugerencia y/o Recomendaciones Escritas en los Buzones y formato de sugerencias	CÓDIGO	PE04.02.3.
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Establecer las actividades a realizar para el registro de las sugerencias de los pacientes y/o familiares de pacientes, garantizando el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los diferentes servicios del hospital Antonio Lorena.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad.
	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • D.S N°013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • R.M.N° 519-2006-MINSA-Documento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. • Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de apoyo. • Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA. Que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSN2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema I de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". • Directiva Administrativa que Regula la Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias en Salud de Usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco. V02. • Resolución Directoral N°288-2023-HAL/UGRH, que aprueba Reconformar el Equipo para la Implementación del Sistema WEB SETI RECLAMOS" del Hospital Antonio Lorena para el año 2023".

Base Normativa



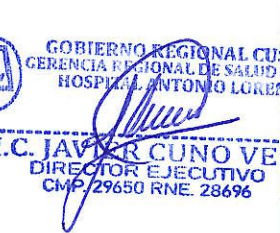
Definiciones	Buzón de sugerencia: Es una herramienta más del Sistema de Gestión de la Calidad orientada a la mejora continua de los servicios ofertados por la Institución, a través del recojo activo de la opinión de los usuarios, mediante una Dispositivo con ranura en donde son depositadas las sugerencias. PAUS: Plataforma de atención al usuario en Salud. Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por las IAFAS, IPRESS o UGIPRES. Sugerencia: Todo aporte o iniciativa, formulada a través de los buzones o de la plataforma de atención a fin de contribuir en la mejora de la atención. La sugerencia es la manifestación, planteamiento, propuesta verbal o escrita que el usuario establece para mejorar el proceso de atención en salud. Este proceso se realiza a través de la Plataforma de Atención al Usuario, plataformas virtuales y/o Buzón de Sugerencias Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por las, IPRESS, AFAS o UGIPRES..				
Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad UOHAL: Unidad Orgánica del HAL				
Requisitos para iniciar el procedimiento					
N°	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 747 779 789">Descripción del requisito</th> <th data-bbox="779 747 1395 789">Fuente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 789 779 837">01 Buzón de sugerencias</td> <td data-bbox="779 789 1395 837">Departamentos, servicios y/o Oficinas</td> </tr> </tbody> </table>	Descripción del requisito	Fuente	01 Buzón de sugerencias	Departamentos, servicios y/o Oficinas
Descripción del requisito	Fuente				
01 Buzón de sugerencias	Departamentos, servicios y/o Oficinas				

Secuencia de Actividades				
N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Registrar sugerencias en los "buzones de sugerencias" que se encuentran distribuidos en el HAL y en el formato de sugerencias ubicados en la PAUS.	Formato de sugerencia/ Recomendación	Hospital Antonio Lorena	Usuario
2	Apertura de los buzones,	Apertura de Buzones	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Responsable de la PAUS y del AIC
3	Evaluar si cumple con los criterios de admisibilidad	Evalúa	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Responsable de la PAUS y del Área de Información para la Calidad
4	Canales de atención; a. Presencial: Descripción de datos personales del usuario que sugiere, detalles de la sugerencia. b. Sugerencia en buzones: Registro del detalle de la sugerencia c. Virtual: Registro en la página virtual del HAL	Registro/Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Responsable del Atención Integrada de Calidad (AIC)
5	Admisión de la sugerencia: Evaluación de la sugerencia de acuerdo a la factibilidad e importancia y ser insumo para acciones y/o proyectos de mejora. Las sugerencias improcedentes serán descartadas.	Registro/Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Responsable de la Atención Integrada de Calidad (AIC)

Secuencia de Actividades				
Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
6	Notificación al usuario, en caso que la sugerencia haya sido pertinente, emitir carta de agradecimiento al usuario a correo consignado.	Carta	Dirección Ejecutiva	Director/a Ejecutivo del HAL
7	Comunicar sugerencia/recomendación recibida al departamento, oficina, servicio, área, etc. Involucrado	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Jefe de OGC
8	Solicitar informe de implementación.	Memorando	Dirección Ejecutiva	Director/a Ejecutivo del HAL
9	Recepcionar documento e implementar las acciones de mejora.	Informe / Memorando	Unidad Orgánica del HAL	Jefe/a de Dpto.- Servicio, Unidad.
10	Elaborar informe de las sugerencias: Implementado, No implementado, rechazado	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	Coordinadora del Área de Mejora continua
11	Recepcionar el informe de sugerencias implementadas de las unidades orgánicas		Oficina de Gestión de la Calidad	Coordinadora del Área de Mejora continua
12	Registrar las sugerencias en la Base de Datos (DRIVE de GERESA)	Registro	Oficina de Gestión de la Calidad	Responsable del Atención Integrada de Calidad (AIC)



Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud – Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PS04.02.03 : Atención de la Sugerencia y/o Recomendaciones Escritas en los Buzones y formato de sugerencias
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	OPP Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Dina Medrano Contreras	Responsable del Área de Información para la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA LIC. ENFERMERIA CEP 47794 RNE 6034 Mpi. Adm. y GERENCIA EN SERA DE SALUD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la OPP	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMP/29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Atención del Reclamos registrados en el Libro de Reclamaciones en Hospital Antonio Lorena	CÓDIGO	PE04.02.4
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Estandarizar los criterios y mecanismos de atención de los reclamos, con la finalidad de brindar una respuesta oportuna y la atención de calidad.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad del HAL. Lorena.
Base Normativa	- Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. - Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por D.S. N° 020-2014-SA. - D.S N°013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. - R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. - R.M.N° 519-2006-MINSA-Docmento Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. - Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. - Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". - Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". - Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". - Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. - Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". - Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". - Directiva Administrativa que Regula la Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias en Salud de Usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco. V02. - Resolución Directoral N°288-2023-HAL/UGRH, que aprueba Reconformar el Equipo para la Implementación del Sistema WEB SETI RECLAMOS" del Hospital Antonio Lorena para el año 2023".
Definiciones	Libro de Reclamaciones: Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por la IPRESS, en el cual los usuarios o terceros legitimados, pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud de acuerdo a la normativa vigente. Reclamaciones: Manifestación verbal o escrita por la que, el usuario se dirige a una Institución, cuando se considera que existe incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud o en su cobertura, de acuerdo a lo estipulado en el plan de salud o convenio suscrito, o cuando se ha vulnerado el derecho a la salud de la persona a fin de buscar una solución directa. Reclamaciones Atendidas: Son todas aquellas manifestaciones de disconformidad con algún producto o servicio, que la Institución ha registrado, codificado, clasificado, analizado



	y resuelto en forma eficaz, eficiente y efectiva, de acuerdo a su capacidad resolutive y competencia, de manera que el reclamante ha recibido una respuesta Usuario: Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados Por la IPRESS. SETI-RECLAMOS: Es la plataforma dispuesta por SUSALUD para que las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS remitan la información relacionada a los reclamos presentados por un usuario o tercero legitimado a estas por la presunta vulneración del derecho a la salud.	
Siglas	AUS: Aseguramiento Universal en Salud. IPRESS: Instituciones Prestadoras de Salud Privadas. LR: Libro de reclamaciones. SETI: Sistema Electrónico de Transferencia de Información. SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud. UOHAL: Unidad Orgánica del HAL PAUS: Plataforma de Atención al Usuario	
Requisitos para iniciar el procedimiento		
N°	Descripción del requisito	Fuente
01	Libro de Reclamaciones en el Hospital Antonio Lorena	Jefe/a de Departamento/Servicio/Oficinas

Secuencia de Actividades

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Solicitar el Libro de Reclamaciones (LR), para registrar el reclamo.	Registro	HAL	Usuario
2	Revisar los libros distribuidos en el Hospital Antonio Lorena.	Revisar	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Equipo técnico y Asistente Administrativo/ responsable del LR
	Clasificar el reclamo presentado según la normativa vigente; De no corresponder trasladar el reclamo (No debe exceder mayor a 2 días posteriores a la recepción)	Clasificar/trasladar	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/AIC
4	Evaluar si cumple con los criterios de admisibilidad. Revisar si los datos personales del usuario reclamante y /o tercero legitimado son correctos, e información completa sobre el reclamo	Evaluar/verificar	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/AIC
5	Verificar los documentos y/o información adjuntada al reclamo, u otra información de corresponder.	Verificar conformidad	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/AIC
6	Elaborar el expediente del reclamo	Expediente	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/ Comité de reclamos/AIC
7	Elaborar la solicitud de Información a reclamo para descargo por servicio/personal involucrado	Solicitud		Comité de reclamos/AIC



N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
8	Solicitar respuesta a reclamo (dentro de 5 días de recepcionado la solicitud de respuesta a reclamo)	Memorando	Dirección Ejecutiva	Director/a ejecutivo del HAL
9	Recepción del informe de descargo a reclamo en salud (dentro de los plazos establecidos)	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Comité de reclamos/AIC
10	Evaluación y análisis del reclamo con descargos y evidencias auditaables (pruebas documentales, testimoniales, pericias y auditorías de caso, entre otros), en reunión programada del comité de reclamos y denuncias)	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Comité de reclamos/AIC
11	Elaboración del Informe del análisis y la investigación realizada, considerando: - Canal de ingreso - Identificación del usuario - Descripción del reclamo, - Análisis de los hechos - Conclusiones: (fundado, infundado, Improcedente). - Medidas adoptadas y por adoptar. En reclamo con conclusión anticipada por (Trato directo, desistimiento, conciliación, etc.), usuario debe firmar la solución de su reclamo.	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	-Comité de reclamos/AIC -Usuario.
12	Reclamos fundados deben contener medidas adoptadas y por adoptar, así como los plazos razonables para su implementación.	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Comité de reclamos/AIC
13	Comunicar resultado de la investigación del reclamo a la Dirección Ejecutiva	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Comité de reclamos/AIC
14	-Comunicar mediante una carta el resultado del reclamo a usuario, adjuntado el informe del comité de reclamos. (Dentro de los 30 días calendario de registrado el reclamo) vía correo electrónico, WhatsApp consignado por el usuario, en caso de haberlo autorizado expresamente. Anexo 07ª y adjuntar evidencias del envió o acuse de recibido. -También puede ser entregado en la PAUS si el usuario lo ha solicitado.	Carta/Email/ Entrega personal	Dirección Ejecutiva	Dirección ejecutiva/ -Comité de reclamos/AIC -Responsable de la PAUS
15	Archivar expediente completo del reclamo concluido.	Archivo	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable de la PAUS



Secuencia de Actividades

Nº	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
16	Guardar en custodia (por 5 años) expediente de reclamo concluido	Archivo	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable de la PAUS
17	Registrar el reclamo en la Base de datos de SETI RECLAMOS SUSALUD	Registro virtual /Envío de archivo virtual Clasificar/tr asladar	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/AIC
18	Remisión de información de reclamos a SUSALUD por la plataforma virtual. Subir trama del registro de reclamos al DRIVE de la GERESA (Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria).			
19	Elaborar informe técnico de reclamos registrados	Informe	Oficina de Gestión de Calidad en Salud	Responsable del libro de reclamos/AIC



Otros

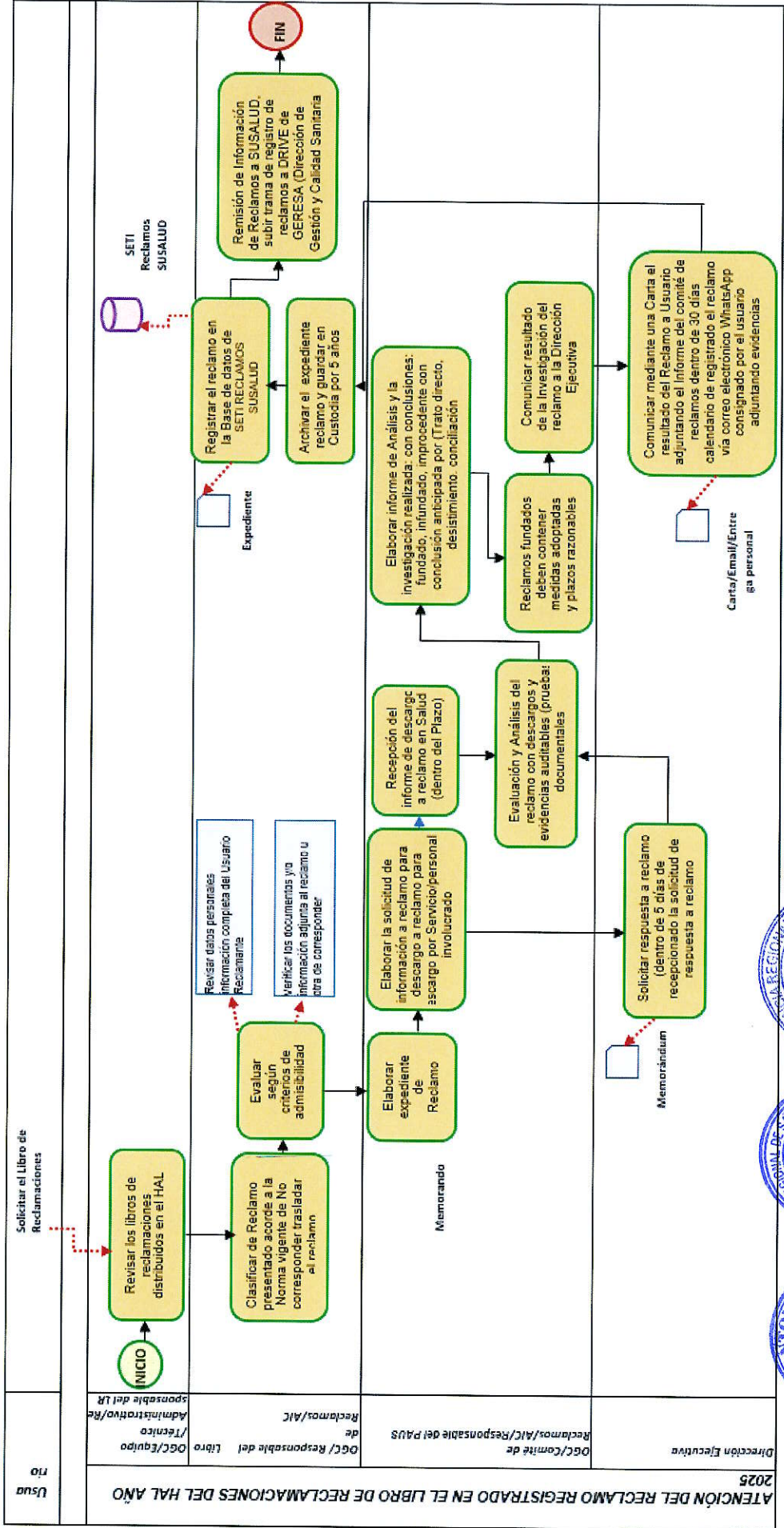
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud - Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PS04.02.04 : Atención del Reclamo Registrado en el Libro de Reclamaciones
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	OPP Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Dina Medrano Contreras	Coordinadora del Área de Información para la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	  Dina Medrano Contreras LIC. ENFERMERIA CEP 47794 RNE 6034 Mg. Adm. y GERENCIA EN SERVICIO DE SALUD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la OPP	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata AREA DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	  GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO CMF. 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios

Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo Y Procedimientos PE04.02.4: Atención del Reclamo Registrado en el Libro de Reclamaciones
Hospital Antonio Lorena año 2025







ANEXO 08
FICHA TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Atención al Usuario en la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS)	CÓDIGO	PE04.02.5
		VERSIÓN	01

Datos generales del procedimiento

Objetivo del procedimiento	Desarrollar un conjunto de acciones, de información, orientación y comunicación, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas, reclamos y sugerencias presentados por los usuarios ante la institución, orientada a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, y difundir los derechos y deberes de los usuarios.
Alcance del procedimiento	Se relaciona con los órganos de línea y la Oficina de Gestión de la Calidad del HAL. Lorena.
Base Normativa	• Ley N° 26842, General de Salud y sus modificatorias. • D.S N°013-2006-MINSA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo • R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • R.M. N° 519-2006-MINSA-Documen to Técnico: Sistema de la Gestión de la Calidad en Salud. . • Resolución Secretarial N° 063-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°288-MINSA/2020/OGPPM, Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud. • Ordenanza Regional N° 082-2014-CR-GRC-CUSCO que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco y sus órganos desconcentrados- Hospital Antonio Lorena". • Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual para la Mejora Continua de la Calidad". • Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud". • Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. • Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de apoyo. • Resolución Ministerial N° 163-2020/ MINSA. que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSN2020/ DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". • Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud". • Directiva Administrativa que Regula la Gestión de Consultas, Reclamos y Sugerencias en Salud de Usuarios de UGIPRESS e IPRESS de la GERESA Cusco. V02 • Resolución Directoral N°082-2024-HAL/UGRH, que aprueba el "Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Antonio Lorena 2024". • Resolución Directoral N°288-2023-HAL/UGRH, que aprueba Reconformar el Equipo para la Implementación del Sistema WEB SETI RECLAMOS" del Hospital Antonio Lorena para el año 2023".
Definiciones	Acompañamiento en Salud; que aprueba el Plan Acción de ir en compañía de otras u otras, en calidad de apoyo para la realización de trámites o solicitar servicios. Presencia voluntaria de un familiar o persona cercana para ofrecer apoyo emocional, físico y social, facilitando su bienestar y la atención médica durante una estancia hospitalaria o un proceso de enfermedad.

	Consulta: Absolución de cualquier duda formulada por el usuario sobre los servicios y atenciones que brinda la Institución Orientación: Acto de informar a alguien de lo que ignora y desea saber, del estado un asunto a cargo del personal de la PAUS.
--	--

Definiciones	Plataforma de Atención al Usuario: Espacio físico, recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consulta, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que brinda la Institución. Usuario: Persona natural que hace uso de los servicios otorgados por la Institución.
Siglas	DE: Dirección Ejecutivo HAL: Hospital Antonio Lorena OGC: Oficina de Gestión de la Calidad UOHAL: Unidad Orgánica del HAL PAUS: Plataforma de Atención al Usuario

Requisitos para iniciar el procedimiento

N°	Descripción del requisito	Fuente
01		

Secuencia de Actividades

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
1	Solicitar Orientación y/o Información.	Solicita Información	Unidad Orgánica del HAL	Usuario
	Brindar orientación y/o información que el usuario requiere para hacer efectiva su atención en Salud.	Orientación/usuario	OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU
	¿Requiere el usuario de acompañamiento físico?		OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU
	Si: Orientar y Asignar un personal de la PAUS		OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU
	Apoyar y Orientar en trámites necesarios para llevar a cabo la atención de salud.	Orientación/usuario	OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU
	NO: Brindar información al usuario, sobre otros servicios que vayan a complementar su atención de salud.	Información/usuario	OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU
4.	Registrar consultas hechas por usuarios para actualizar en forma regular el registro de preguntas frecuentes de los usuarios, con sus respectivas respuestas y/o procedimientos realizados	Registro	OGC	Equipo Técnico y Asistente Administrativo/ Encargado del PAU

Secuencia de Actividades

N°	Descripción de la Actividad	Documentos que se generan	Unidad de Organización	Responsable (Puesto)
5	Elaborar informe técnico de las consultas registradas	Encuesta	Unidad Orgánica del HAL	Responsable de la PAUS/AIC
6	Brindar orientación y/o información que el usuario requiere para hacer efectiva su atención en Salud.	Orientación/usuario	OGC	Responsable de la PAUS/AIC

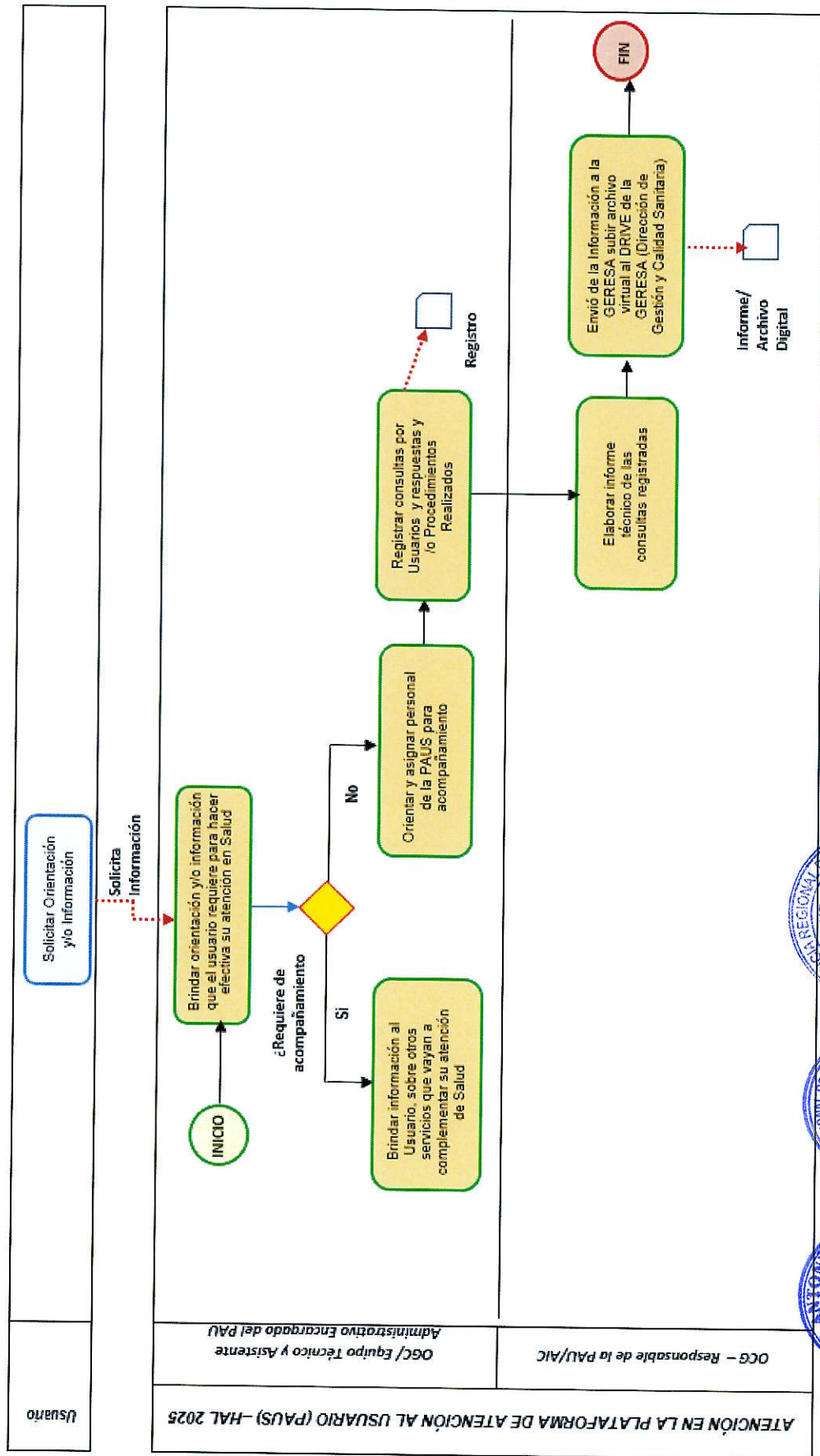


Otros	
Procesos	PE04 Gestión de la Calidad en Salud- Hospital Antonio Lorena
Relacionados:	PS04.02.05 : Atención al Usuario en la Plataforma de Atención al Usuario(PAUS)
Anexos	Diagrama de Flujo de Procedimiento

	Nombres y Apellidos	Unidad de Organización	Firma y Sello	Fecha
Elaborado Por:	Lic. Enf. Mery Condori Condori	OPP Organización	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. HOSPITAL ANTONIO LORENA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LIC. ENF. Mery Roberta Condori Condori AREA DE ORGANIZACIÓN CEP-009804 RNE-01063	27 NOV 2025
Revisado Por:	Lic. Enf. Dina Medrano Contreras	Coordinadora del Área de Información para la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud	  Dina Medrano Contreras LIC. ENFERMERIA CEP 47794 RNE 6034 Mg. Adm. y GERENCIA EN SERVICIO DE SALUD	27 NOV 2025
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Jefe de la OPP	 GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	27 NOV 2025
Aprobado Por:	M.C. Javier Cuno Vera	Director Ejecutivo	  GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA M.C. JAVIER CUNO VERA DIRECTOR EJECUTIVO C.M.F. 29650 RNE. 28696	27 NOV 2025

Control de Cambios		
Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
1.0	-	Versión Inicial del documento

Diagramas De Flujo Y Procedimientos: PE04.02.5 Atención al Usuario en la Plataforma de Atención al Usuario (PAUS) – Hospital Lorena- Año 2025



		
---	---	---