

## Resolución Directoral

Santa Anita, 11 de Febrero del 2017.

Visto el Expediente N° 17MP-01167-00;

### CONSIDERANDO :

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", definiéndose como el conjunto de principios, recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos diseñados para dirigir a la organización en la gestión de su política de calidad en salud y sus objetivos, así como de los procesos que la implementan. La Gestión de la Calidad, es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario del sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por la alta Dirección del Ministerio de Salud;

Que, mediante R.M. N° 727-2009/MINSA, de fecha 27 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", la misma que en su Séptima Política establece que las organizaciones proveedoras de atención en salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención;

Que, el Artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal;

Que, mediante Resolución Directoral N° 142-DG/HHV-2015, de fecha 08/06/2015, se aprueba el "Plan de Gestión de la Calidad" del Hospital Hermilio Valdizán para el período 2015;

Que, a través del documento de visto, viene el Memorando N° 034/OGC-HHV/2017, de fecha 23 de enero de 2017 del Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad que solicita la aprobación del "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán" para el período 2017, el cual consta de 50 folios, para cuyo efecto resulta necesario emitir acto resolutivo;

En cumplimiento de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y en uso de las facultades conferidas por el Artículo 27° del Decreto Legislativo N° 1017 y el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General y la Oficina de Gestión de la Calidad;



# Resolución Directoral

Santa Anita, 11 de Febrero del 2017.

## SE RESUELVE:

**Artículo 1º.**- Revocar la Resolución Directoral N° 142-DG/HHV-2015, de fecha 08/06/2015.

**Artículo 2º.**- Aprobar el "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN para el período 2017", el mismo que consta de 50 folios, y forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 3º.**- La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la difusión e implementación del citado Plan de Gestión, de cuyo desarrollo informará cada seis (06) meses, a la Dirección General.

**Artículo 4º.**- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, publique el referido Documento Técnico en el portal institucional de la pág. Web.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

  
MINISTERIO DE SALUD  
Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
Hospital Hermilio Valdizan  
Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo  
Director General  
C.M.P. N° 18684 R.N.E. 8816

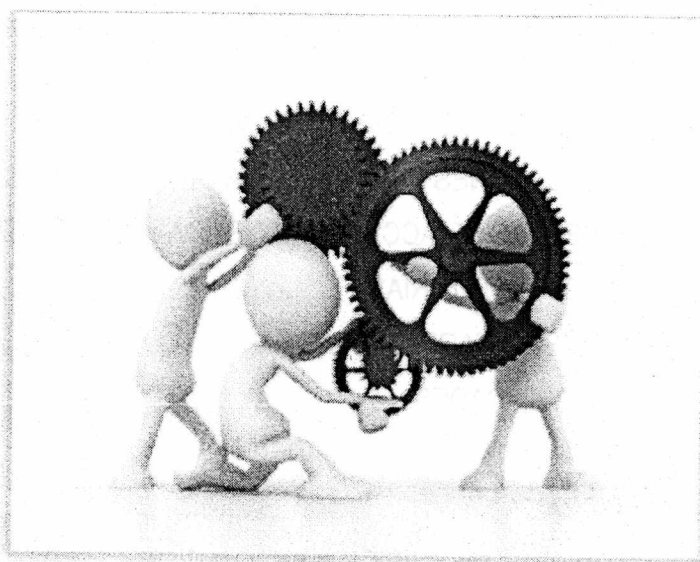
DISTRIBUCIÓN :  
DADG.  
OAJ.  
OCI.  
INFORMATICA. ✓  
CASC/RICS/JWPF/yam





# Hospital Hermilio Valdizán

## Oficina de Gestión de la Calidad



# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2017





## Índice

	<i>Pag.</i>
I. INTRODUCCIÓN .....	2
II. FINALIDAD .....	3
III. OBJETIVOS .....	3
3.1 General .....	3
3.2 Específicos .....	3
IV. BASE LEGAL .....	4
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
VI. VISION Y MISION DE LA INSTITUCION.....	5
VII. NATURALEZA, FINES Y MISION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD.....	6
VIII. LINEAS DE EJES DE ACCION DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD .....	7
IX. ACCIONES PRIORITARIAS .....	9
X. ACTIVIDADES Y TAREAS .....	10
XI. RESPONSABILIDADES .....	12
XII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES .....	12
XIII. CRONOGRAMA .....	14
XIV. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACION.....	17
XV. ANEXOS .....	17







## I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es una institución de Nivel III-1 de complejidad, especializada en la prestación de servicios de salud mental. Como parte de sus objetivos funcionales generales está el de "Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar", en el marco de los objetivos de su Plan Operativo y Plan Estratégico Institucional.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal.

El Plan de Gestión del Hospital Hermilio Valdizán se formula teniendo como base los criterios de programación de actividades propuestas por el Ministerio de Salud para el periodo 2017, este marco conceptual establece los objetivos estratégicos que debe desarrollar e implementar una gestión de calidad por resultados y de mejora continua de sus procesos, teniendo como objetivo principal mejorar la calidad de la atención y disminuir la insatisfacción de los usuarios externos.

El Plan de Gestión de la Calidad 2017, incluye el desarrollo e implementación de las siguientes líneas o ejes de acción: Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo, Gestión de la Plataforma de Atención al usuario, Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Organización para la Calidad y Derecho de las Personas, Gestión de la Información Sanitaria e Investigación para la Calidad.





## II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, con la participación activa de los trabajadores en el período de 2017.

## III. OBJETIVOS:

### 3.1 Objetivos Generales. -

Desarrollar el sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecer los principios, normas, métodos y procesos para la implementación del Sistema General de Calidad de Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud.

Fortalecer la calidad y capacidad resolutive de los servicios hospitalarios a través de la aplicación de herramientas e instrumentos de calidad en el Hospital Hermilio Valdizán.

### 3.2 Objetivos Específicos:

- Impulsar el desarrollo de la Autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán con intervención del equipo evaluador constituido en el marco de la Acreditación.
- Determinar los niveles de percepción de satisfacción de los usuarios externos a través del proceso de SERVQUAL para promover propuestas de mejora en base a los nudos críticos registrados.
- Promover el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de eventos adversos para garantizar la seguridad como componente esencial de la calidad asistencial en los servicios hospitalarios del HHV.
- Efectuar la Auditoria de la Calidad de Atención en el HHV para seguir con el fortalecimiento de la calidad de servicio en el establecimiento.
- Impulsar el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a las recomendaciones de las líneas de acción desarrolladas por la Oficina de Gestión de la Calidad
- Disminuir el tiempo de espera en la atención en base a los estudios de tiempos y movimientos en Consulta Externa del Hospital Hermilio Valdizán.
- Implementar estrategias de escucha al usuario externo para fortalecer la atención al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencia.





#### IV. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1161, Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad de los Hospitales del MINSA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, aprobó la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, aprobó la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprobó Guía Técnica: "Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 768-2001/MINSA, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad.





## V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Hermilio Valdizán, por tanto, lo que imparte y establece recae sobre todos los servicios de salud, que esta institución ofrece a los usuarios externos.

## VI. VISIÓN Y MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

### a) Visión Institucional

Al 2018 el Hospital Hermilio Valdizán es una institución líder en la reforma de la salud mental y psiquiatría del ámbito nacional, desarrollando acciones comunitarias, preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación; con calidad, ética, equidad e interculturalidad. Promoviendo la enseñanza, investigación, atención especializada y altamente especializada; contribuyendo a mejorar la calidad de vida y desarrollo psicosocial de la población peruana.

### b) Misión Institucional

Somos un Hospital que presta servicios altamente especializados de salud mental y psiquiatría, con calidad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinares. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría, desarrollamos acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el individuo, la familia y la comunidad de nuestra jurisdicción; contribuimos a crear entornos de vida saludables con énfasis en las poblaciones de alto riesgo y realizamos actividades de enseñanza e investigación.





## VII. NATURALEZA, FINES Y MISIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### a) Naturaleza y fines

#### Naturaleza:

La Oficina de Gestión de la Calidad es un órgano asesor de la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán.

**Fines:** Según el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado con Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán tiene las siguientes funciones:

- Proponer la inclusión de actividades e indicadores de calidad en los planes institucionales
- Incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud.
- Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del hospital e informar a la Dirección de Salud o Dirección de Red de Salud según corresponda.
- Asesorar en el desarrollo de la Autoevaluación, el proceso de Acreditación y Auditoría Clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud
- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

### b) Misión de la Oficina de Gestión de la Calidad

Somos una unidad orgánica que depende de la Dirección General, encargada de implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal;





## VIII. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

El Hospital Hermilio Valdizán es una institución de nivel III-1, especializado en salud mental, sus actividades relacionadas a Gestión de la Calidad se enfocan a la disminución de la insatisfacción del usuario externo, fortalecimiento de la oferta de servicios, buenas relaciones interpersonales, mejora continua de la calidad de servicios, proyectos de mejora, seguridad del paciente, aspectos que requieren de mayor atención, en ese contexto; la Oficina de Gestión de Calidad, se constituye en la unidad orgánica encargada del monitoreo de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad, implementación, evaluación y retroalimentación.

Para el logro de sus objetivos la Oficina de Gestión de la Calidad desarrolla las siguientes líneas o ejes de acción:

- a) **MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.** El mismo que se desarrolla con la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio que, brindado en las Instituciones como el sector de Educación, Salud, y otros. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una Organización o Institución, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.
- b) **LA ACREDITACION,** es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con los estándares establecidos que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.
- c) **LA AUTOEVALUACION,** es la fase de inicio del proceso, está a cargo del Equipo de Evaluadores Internos, el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor.
- d) **LA AUDITORIA,** podemos definir la auditoria médica, como el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica, con el fin de identificar deficiencias que puedan ser corregidas o como un instrumento para asistir en la mejora de la calidad del cuidado médico, a través de la medida del rendimiento de aquellos que brindan dichos cuidados, de acuerdo a estándares deseados; otra definición a tomar en cuenta, es la de ser un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de las prestaciones de un servicio de salud dado en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.
- e) **SEGURIDAD DEL PACIENTE,** reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- f) **MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD,** 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.







- g) **LIBRO DE RECLAMACIONES**, es un documento donde el consumidor informa sobre un reclamo: cuando tiene carácter de infracción o sobre una queja, cuando está relacionada a un malestar o descontento por el servicio.
- h) **BUZON DE SUGERENCIA**, es un medio de escucha al usuario externo a través del cual podrá hacer llegar: Sugerencias, opiniones, reclamos, felicitaciones, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el HHV diariamente. Esta información permitirá conocer los puntos débiles y ayudará a establecer planes y emprender acciones para la mejora de nuestro servicio.
- i) **TIEMPO DE ESPERA**, es el tiempo de las colas producido habitualmente por las variaciones de la carga de trabajo. Tiempos de espera de espera característicos de la atención sanitaria son las listas de espera de toda índole.



**IX. ACCIONES PRIORITARIAS:**

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Impulsar el desarrollo de la Autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos
- c) Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención para fortalecer la calidad de servicio.
- d) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- e) Realizar el estudio de tiempos y movimientos en consulta externa para disminuir el Tiempo de Espera.
- f) Determinar el nivel de Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- g) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Unidad de Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones).





## X. ACTIVIDADES Y TAREAS

### 10.1 AUTOEVALUACIÓN INTERNA EN BASE A LISTADOS DE STANDARES

- Formular el plan de evaluación interna en base a 22 macroprocesos.
- Ejecutar la evaluación en base a criterios y estándares
- Informe de resultados conclusiones y recomendaciones.

### 10.2 APLICAR INSTRUMENTOS PARA MEJORAR EL PROCESO DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO – SERVQUAL.

- Ejecución de encuesta de Satisfacción de Usuario Externo.
- Emitir informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL

### 10.3 DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA

- Monitorear el estudio de tiempos y movimientos en consulta externa realizado por INEI.
- Emitir informe con recomendaciones a implementar

### 10.4 RECEPCION PROCESAMIENTO DEL LIBRO DE RECLAMACIONES, ATENCION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS (PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EXTERNO)

- Elaborar el Plan de Buzón de Sugerencias
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Elaborar el plan de Libro de Reclamaciones
- Reporte de Libro de Reclamaciones al IGSS
- Reporte de Libro de Reclamaciones a OCI
- Reporte de la Plataforma de Atención al Usuario

### 10.5 AUDITORIA DE CASOS CLINICOS E HISTORIAS CLINICAS

- Elaborar Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención.
- Informe de auditoría de registro de H.C.
- Auditoria de casos clínicos
- Elaborar un instrumento para auditoria de calidad de la atención en salud mental
- Seguimiento e implementación de recomendaciones

### 10.6 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

- Elaborar el plan de proyectos de mejora continua de la calidad.
- Formular proyectos de Mejora Continua de la Calidad
- Emitir informe técnico del proyecto de mejora continua

### 10.7 ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Formular el plan de seguridad en base a eventos registrados.
- Elaborar un instrumento para análisis de comunicación interna y externa, ante presencia de evento centinela.
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.





**10.8 EMITIR INFORME DE OCURRENCIAS DE EVENTOS ADVERSOS**

- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.

**10.9 AUTOEVALUACION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

- Formular informe detallado de logros resultados conclusiones y recomendaciones.



**XI. RESPONSABILIDADES**

La unidad orgánica encargada de realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones programadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2017, es la Oficina de Calidad, para lo cual coordinará con los diferentes comités sobre el desarrollo de las diferentes dimensiones, promoviendo la evaluación, implementación de los reajustes y detectando los logros y dificultades.

**XII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES**

Mediante Oficio Circular N° 278-2016-J / IGSS, se dispone la estandarización de la planificación y programación de las "Acciones del Sistema de Gestión de la Calidad" incluyendo en la reprogramación del Plan Operativo Anual (POA) 2017 las actividades, tareas y unidades de medida descritas en la tabla 1 y 2 afín de que puedan ser ingresadas en el Sistema de Soporte Informático de planificación operativa del hospital, aperturándose también el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) la finalidad: "Acciones del Sistema de Gestión de la Calidad" según el siguiente detalle:

Producto / Proyecto	Sin Producto
Actividad /Acción de Inversión / Obra	Gestión Administrativa
Función	Salud
División Funcional	Gestión
Grupo Funcional	Asesoramiento y Apoyo
Finalidad	Acciones del Sistema de Gestión de la Calidad

**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN REPROGRAMACION POA 2017 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**TABLA 1**

Cód.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIPO	Unidad de Medida	IT	IIT	IIIT	IVT	Meta Anual
1	ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	Op	Informes	2	3	3	5	13





## HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN REPROGRAMACION POA 2017 - OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

TABLA 2

Cod.	TAREA	Unidad de Medida	I T	II T	III T	IV T	Meta Anual
1.1	GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	Autoevaluación para la Acreditación			1		1
1.2	IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Proyecto de Mejora Continua Institucionalizado				1	1
1.3	GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	Encuesta de Satisfacción del Usuario Ejecutada				1	1
1.4	GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	Plataforma de Atención al Usuario Implementada		1			1
1.5	GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Reporte de Acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud	1	1	1	1	4
1.6	ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS	Reporte de la Ejecución del Plan Anual de Gestión de la Calidad	1	1	1	1	4
1.7	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	Proyecto de Investigación en Calidad Aprobado				1	1





## XIII. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2017	METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2017												RESPONSABLES		
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	FORMULAR PLAN DE EVALUACION INTERNA EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Acreditación, Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad
	EJECUTAR LA EVALUACION INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTANDARES	ACCION	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
	FORMULAR PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PROYECTO	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EMITIR INFORME TECNICO DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA	INFORME	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	482	0	0	0	0	0	0	161	161	160	0	0	0	0	0	
	EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUAL	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZON DE	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Gestión de las	

GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO														Relaciones con el Usuario Externo			
SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZON DE SUGERENCIA)	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A OCI/HHV	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ELABORAR UN INSTRUMENTO PARA ANALISIS COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA ANTE PRESENCIA DE EVENTO CENTINELA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	06	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	REPORTE DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1



GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD	ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	EJECUTAR AUDITORIA DE REGISTRO DE H.C.	INFORME	4		1					1								1
	EJECUTAR AUDITORIA PROGRAMADA DE CASOS CLINICOS	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ELABORAR INFORME DE GESTION DE AUDITORIA DE CALIDAD EN ATENCION DE SALUD	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CALIDAD APROBADO	PROYECTO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
																		Comité de Auditoría de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad





#### XIV. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

- A cada uno de los responsables se le asignara el seguimiento de las tareas.
- Los miembros del equipo del sistema de Gestión de la calidad, designados harán el respectivo seguimiento y monitoreo de actividades y tareas.
- Plantearán nuevas estrategias para mejorar los resultados

#### XV. ANEXO

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN  
.....  
*Julio César Quintana Leonardo*  
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
CMP. 1333 / RNE. 15010

FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE CONSULTA EXTERNA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NUMERO	
MIEMBROS DEL COMITE AUDITOR:	
ASUNTO	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
FECHA	

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

ULTIMA FECHA DE CONSULTA	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNOSTICO	

III.- OBSERVACIONES:

Marque con un aspa el numero que considere pertinente de acuerdo al item examinado

A) ESTUDIO CLINICO

a) Filiacion	Estandar		Insuficiente		no Existe		
b) Antecedentes	Estandar		Incompletos		no Existe		
c) Antecedentes ocupacionales	Estandar		Incompletos		no Existe		
d).- Enfermedad Actual	Estandar		Incompletos		no existe		
e) Examen Clinico :	Estandar		Incompletos		no existe		
SUB TOTAL "A"							

B.- DIAGNOSTICOS

a) PRESUNTIVO/S	Estandar		Incompletos		No Existe		
b) DEFINITIVO/S	Estandar		Incompletos		Incompletos y no Oportunos	No Existe	
Uso del codigo CIE "X"	estandar		No				
SUB TOTAL "B"							

C.- NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:

a) Notas de controles	estandar		incompletos		no existe		
b) Exámenes de laboratorio	estandar		Suficientes y No Oportunos		excesivos	insuficientes	
c) Exámenes radiológicos	estandar		suficientes y No Oportunos		Excesivos	Insuficientes	
f) Interconsultas	estandar		NO Oportunas		Excesivas	Insuficientes	
SUB TOTAL "C"							

D) TRATAMIENTO

tratamiento	estandar		insuficiente		excesivos	No Existe	
SUB TOTAL "D"							

E) EVOLUCION Y COMPLICACIONES

a) Evolucion:	estandar		Desfavorable Esperada		Desfavorable No Esperada		
b) Complicaciones	estandar		Impredecibles		Evitables		
c) Alta	estandar		NO Oportunas		no existe		
D) Especifica Indicaciones de la Alta	estandar		incompletas		no Existe		
SUB TOTAL "E"							

F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

a) Pulcritud	estandar		solo alguno		no existe		
b) Registro de la hora de atención	estandar						
c) Registra el medico tratante	estandar		solo alguno		no existe		
d) Letra legible	estandar		irregular		nunca		
Sello y firma del medico	estandar		solo alguno		no existe		
SUB TOTAL "F"							
TOTAL							

CALIFICACION:

ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 80
POR MEJORAR:	MENOR DE 80

IV INCONFORMIDADES MAYORES

V INCONFORMIDADES MENORES

HISTORIA CLINICA NO FOLIADA SIN NOMBRE DE PACIENTE EN LAS HOJAS

VI CONCLUSIONES

FECHA LIMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO.

FECHA LIMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA.





**FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE HOSPITALIZACION**

Sírvasse llenar los datos con letra de imprenta

**I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA**

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE HOSPITALIZACION	N°
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE HOSPITALIZACION
FECHA	

**II.- DATOS DE LA AUDITORIA:**

ULTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNOSTICO	

**III.- OBSERVACIONES:**

**A) ESTUDIO CLINICO**

NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARA EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO

a) Filiacion	Estandar / No Aplicable		Insuficiente		No Existe		
b) Antecedentes Personales no Patologicos	Estandar / No Aplicable		Insuficiente		No Existe		
c) Antecedentes Personales Patologicos	Estandar / No Aplicable		Incompletos		No Existe		
d) Antecedentes Epidemiologicos:	Estandar / No Aplicable		Incompletos		No Existe		
e) Antecedentes OCUPACIONALES:	Estandar / No Aplicable		No Existe				
f).- Enfermedad Actual:	Completa y Concordante con los problemas de Ingreso		Incompletas		Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso		No Existe
g) Examen Clinico :	Completa y Concordante con la enfermedad actual		Incompleto		Incompletos y No Concordante con la Enfermedad Actual		No Existe
h) Nota de Ingreso :	Completa		Incompletas		No Existe		
i) PLAN DE TRABAJO	Completa		Incompletas		No Existe		
SUB TOTAL "A"							

**B.- DIAGNOSTICOS**

a) PRESUNTIVO/S	Estandar / No Aplicable		Incompletos		No Existe		
b) DEFINITIVO/S	Estandar / No Aplicable		Incompletos		Incompletos y no Oportunos		No Existe
c) USO DEL CIE 10	Estandar / No Aplicable		NO				
SUB TOTAL "B"							

**C.- NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:**

a) Notas de evolucion	Completa		Incompletas		No Existe		
b) Exámenes de laboratorio	Estandar / No Aplicable		Completos y No Oportunos		Excesivos		Incompletos
c) Exámenes radiológicos	Estandar / No Aplicable		Completos y No Oportunos		Excesivos		Incompletos
d) Interconsultas	Estandar / No Aplicable		NO Oportunas		Excesivas		Insuficientes
SUB TOTAL "C"							

**D.- NOTAS DE ENFERMERIA**

a) Evoluciones de enfermeria	Completas		Incompletas		No Existe		
b) Hoja de Funciones Vitales	Completas		Incompletas		No Existe		
c) Hoja de Balance Hídrico	Completas		Incompletas		No Existe		
SUB TOTAL "D"							

**E.- TRATAMIENTO**

a) De Soporte o sintomático	Estandar / No Aplicable		Insuficiente		Excesivos		No Existe
b) Etiológico	Estandar / No Aplicable		Insuficiente		Excesivos		No Existe
SUB TOTAL "E"							

**F.- EVOLUCION Y COMPLICACIONES**

a) Evolucion:	Estandar / No Aplicable		Desfavorable Esperada		Desfavorable No Esperada		
b) Complicaciones	Estandar / No Aplicable		Impredecibles		Evitables		
c) Estancia:	Adecuada		Insuficiente		Prolongada		
D) Alta:	Estandar / No Aplicable		No Oportuna		No Existe		





E) Especifica Indicaciones de la Alta	Estandar / No Aplicable		Incompletas		No Existe		
SUB TOTAL "F"							
<b>G.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>							
a) Registra Consentimiento Informado:	SI		NO				
b) Pulcritud	Estandar / No Aplicable		NO				
c) Registro de la hora de Atención	Estandar / No Aplicable		NO				
d) Letra legible	Estandar / No Aplicable		Irregular		Nunca		
e) Registra Medico Tratante	Estandar / No Aplicable		NO				
f) Sello y firma del médico	Estandar / No Aplicable		Solo Alguno		No Existe		
SUB TOTAL "G"							
TOTAL							
<b>CALIFICACION: 88.5</b>							
ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 80						
POR MEJORAR:	POR MEJORAR						
IV INCONFORMIDADES MAYORES							
V INCONFORMIDADES MENORES							
VI CONCLUSIONES							
VII FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO							
VIII FECHA LIMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA							



FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE EMERGENCIA N°	
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA
FECHA	

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA:				
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:				
DIAGNOSTICO				

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLINICO

a) Filiación	Estandar / No Aplica		Insuficiente	No Existe		
b) Antecedentes Contributivos	Estandar / No Aplica		Incompletos	No Existe		
c) Antecedentes OCUPACIONALES:	Estandar / No Aplica		Incompletos	No Existe		
d).- Enfermedad Actual:	Estandar / No Aplica		Incompleta	Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso	No Existe	
e) Funciones Vitales:	Estandar		Incompletos	No Existe		
f) Examen Clinico :	Estandar / No Aplica		Incompleto	Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso	No Existe	
g) Plan de Trabajo	Completo		Incompleto	No Existe		
SUB TOTAL "A"						

B.- DIAGNOSTICOS

a) PRESUNTIVO/S	Estandar / No Aplicable		Incompletos	No Existe		
b) DEFINITIVO/S	Estandar / No Aplicable		Incompletos	Incompletos y no Oportunos	No Existe	
c) PRONOSTICO	Concordante con el Diagnostico		No Concordante con el Diagnostico	No Existe		
SUB TOTAL "B"						

C.- NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:

a) Identificación de Problemas en evolucion	Si	4	No			
b) Examen Clinico de Evolucion	Completo (Estandar)	4	Incompleto	Incompleto y No Concordante	No Existe	
b) Exámenes de laboratorio	Estandar / No Aplica	3	Suficientes y No Oportunos	Excesivos	Insuficientes	
c) Exámenes radiológicos	Estandar / No Aplica *	3	Completos y No Oportunos	Excesivos	Insuficientes	
d) Diagnosticos de Evolucion	Estandar / No Aplica	2	Incompleto y No Concordante	No Existe		
e) Plan de Trabajo de Evolucion	Estandar / No Aplica	2	Incompleto	No Existe		
f) Interconsultas	Estandar / No Aplica	3	NO Oportunas	Excesivas	Insuficientes	
SUB TOTAL "C"		21				

D.- NOTAS DE ENFERMERIA

a) Evoluciones de enfermeria	Completas	2	Incompletas	No Existe		
b) Hoja de Funcione Vitales	Completas	2	Incompletas	No Existe		
c) Hoja de Balance Hidrico	Completas	2	Incompletas	No Existe		
SUB TOTAL "D"		6				

E.- TRATAMIENTO

a) Tratamiento de De Soporte o sintomático	Estandar / No Aplica		Insuficiente	Excesivos		
b) Etiológico	Estandar / No Aplica		Insuficiente	Excesivos	No Existe	
SUB TOTAL "E"						

F.- EVOLUCION Y COMPLICACIONES

a) Evolucion:	Estandar / No Aplica		Desfavorable Esperada	Desfavorable No Esperada		
Complicaciones	Estandar / No Aplica		Desfavorable Esperada	Evitables		
;) Estancia:	Estandar / No Aplica		Desfavorable Esperada	Prolongada		
D) Especifica Indicaciones de la Alta	Estandar / No Aplica		Desfavorable Esperada	No Existe		
SUB TOTAL "F"						

G.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

a) Pulcritud	Estandar / No Aplica		NO			
b) Registro de la hora de Atención	Estandar / No Aplica		NO			
c) Letra legible	Estandar / No Aplica		NO			
d) Sello y firma del médico	Estandar / No Aplica		Solo Alguno	No Existe		
SUB TOTAL "G"						
TOTAL						

CALIFICACION: 97

ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 80
POR MEJORAR:	MEJOR DE 80

IV INCONFORMIDADES MAYORES

--

V INCONFORMIDADES MENORES

No se registra el nombre del paciente en el plan de trabajo.

VI CONCLUSIONES

--

VIII FECHA LIMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE



### Anexo 1: Hoja de Registro para Autoevaluación

Macro proceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es): -  
-  
-

Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:

\_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

\_\_\_\_\_

Código Estándar: \_\_\_\_\_

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



Firma: .....

## Anexo N° 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Macroproceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:

\_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código del Estándar: \_\_\_\_\_

<b>Código de criterio de evaluación</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Fuente auditable</b>	<b>Técnica utilizada</b> (verificación/revisión, observación, entrevista, muestreo, encuesta)	<b>Sustento del puntaje / Comentarios</b>



Firma: .....



### Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios evaluados: \_\_\_\_\_

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones



Firma: .....



### Anexo N° 4: "Matriz de Selección"

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total



Firma: .....





**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**ANEXO 1**

**Encuestas según servicio de atención, nivel y categoría**

Nº Encuesta: _____	
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III</b>	
Nombre del encuestador:	_____
Establecimiento de Salud:	_____
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" / "/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" / "/>
	Hora Final: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" / "/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" / "/>
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.	
<b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>	
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" 1 "/> Acompañante <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" 2 "/>
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>
3. Sexo	Masculino <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" 1 "/> Femenino <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text" value=" 2 "/>
4. Nivel de estudio	Analfabeto <span style="float: right;">1</span>
	Primaria <span style="float: right;">2</span>
	Secundaria <span style="float: right;">3</span>
	Superior Técnico <span style="float: right;">4</span>
	Superior Universitario <span style="float: right;">5</span>
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS <span style="float: right;">1</span>
	SOAT <span style="float: right;">2</span>
	Ninguno <span style="float: right;">3</span>
	Otro <span style="float: right;">4</span>
6. Tipo de usuario	Nuevo <span style="float: right;">1</span>
	Continuador <span style="float: right;">2</span>
7. Especialidad /servicio donde fue atendido: _____	



**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.  
Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa							
02	E Que la consulta con el médico se realice en el horario programado							
03	E Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
04	E Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención							
05	E Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							
06	E Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida							
07	E Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida							
08	E Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E Que la atención en farmacia sea rápida							
10	E Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
11	E Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención							
12	E Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	E Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza							
14	E Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud							
16	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
18	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
19	E Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	E Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							



**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <b>HA RECIBIDO</b> la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
02	P	¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	P	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
07	P	¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
08	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P	¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							



**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

N° Encuesta: _____											
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III</b>											
Nombre del encuestador:											
Establecimiento de Salud:											
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> Hora Final: <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>										
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de Emergencia del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.											
<b><u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u></b>											
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text"/> 1 Acompañante <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text"/> 2										
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>										
3. Sexo	Masculino <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text"/> 1 Femenino <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text"/> 2										
4. Nivel de estudio	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%;">Analfabeto</td><td style="width: 40%; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Primaria</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Superior Técnico</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Superior Universitario</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	Analfabeto	1	Primaria	2	Secundaria	3	Superior Técnico	4	Superior Universitario	5
Analfabeto	1										
Primaria	2										
Secundaria	3										
Superior Técnico	4										
Superior Universitario	5										
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%;">SIS</td><td style="width: 40%; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>SOAT</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Otro</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>	SIS	1	SOAT	2	Ninguno	3	Otro	4		
SIS	1										
SOAT	2										
Ninguno	3										
Otro	4										
6. Tipo de usuario	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%;">Nuevo</td><td style="width: 40%; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Continuador</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	Nuevo	1	Continuador	2						
Nuevo	1										
Continuador	2										
7. Tópico o área donde fue atendido: _____											



**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.  
Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica							
02	E	Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente							
03	E	Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico							
04	E	Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud							
05	E	Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico							
06	E	Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida							
07	E	Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida							
08	E	Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E	Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida							
10	E	Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad							
12	E	Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido							
13	E	Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore							
14	E	Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención							
16	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
18	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
19	E	Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes							
21	E	Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E	Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos							





**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**PERCEPCIONES**

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO**, la atención en el servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	<b>P</b> ¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?							
02	<b>P</b> ¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?							
03	<b>P</b> ¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?							
04	<b>P</b> ¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?							
05	<b>P</b> ¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	<b>P</b> ¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?							
07	<b>P</b> ¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?							
08	<b>P</b> ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	<b>P</b> ¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?							
10	<b>P</b> ¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
11	<b>P</b> ¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?							
12	<b>P</b> ¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
13	<b>P</b> ¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?							
14	<b>P</b> ¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	<b>P</b> ¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?							
16	<b>P</b> ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	<b>P</b> ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
18	<b>P</b> ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
19	<b>P</b> ¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	<b>P</b> ¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	<b>P</b> ¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	<b>P</b> ¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?							





**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

		N° Encuesta: _____
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL I-4, II y III</b>		
Nombre del encuestador:	_____	
Establecimiento de Salud:	_____	
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 50px;" type="text" value=" / "/> <input style="width: 50px;" type="text" value=" / "/>	Hora Final: <input style="width: 50px;" type="text" value=" / "/> <input style="width: 50px;" type="text" value=" / "/>
<p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión y sugerencias sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor, sírvase contestar todas las preguntas.</p>		
<b><u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u></b>		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	<input type="text" value="0"/>
	Acompañante	<input type="text" value="1"/>
	Padre	<input type="text" value="1.1"/>
	Madre	<input type="text" value="1.2"/>
	Otro	<input type="text" value="1.3"/>
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
3. Sexo	Masculino	<input type="text" value="1"/>
	Femenino	<input type="text" value="2"/>
4. Grado de Instrucción	Ninguno	0
	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
	No Sabe	4
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	0
	SOAT	1
	Ninguno	2
	Otro	3
6. Servicio donde permaneció hospitalizado:	_____	
7. Tiempo de hospitalización en días:	_____	



**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**EXPECTATIVAS**

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E Que todos los días reciba una visita médica							
02	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado							
03	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos							
04	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio							
05	E Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa							
06	E Que los trámites para su hospitalización sean rápidos							
07	E Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido							
08	E Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros ) se realicen rápido							
09	E Que los trámites para el alta sean rápidos							
10	E Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud							
11	E Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
12	E Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza							
13	E Que durante su hospitalización se respete su privacidad							
14	E Que el trato del personal de obstetricia y enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia							
15	E Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia							
16	E Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia							
17	E Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia							
18	E Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización							
19	E Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios							
20	E Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios							
21	E Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención							
22	E Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados							



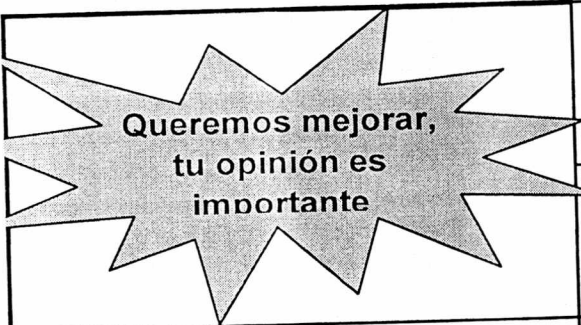




**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <b>HA RECIBIDO</b> , la atención en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
02	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
03	P	Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos							
04	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?							
05	P	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa.							
06	P	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?							
07	P	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?							
08	P	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?.							
09	P	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?							
10	P	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?							
11	P	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?							
12	P	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?							
13	P	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?							
14	P	¿El trato del personal de obstetricia y enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?							
15	P	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?							
16	P	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?							
17	P	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?							
18	P	¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?							
19	P	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?							
20	P	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontró limpios?							
21	P	¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?							





**Estimado(a) Usuario(a):** Tu sugerencia u opinión sobre nuestro sistema de atención es muy importante para nosotros, nos permitirá tomar decisiones de mejora, marca con (X) la respuesta que estime conveniente **¿Cómo califica al personal del Hospital que lo atendió?**

				
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
Médico tratante				
Enfermera				
Psicólogo(a)				
Asistenta Social				
Odontólogo				
Técnica de Enfermería				
Cajero				
Personal de Admisión				
Personal de Farmacia				
Personal de Consultorio 11				
Personal de Hospitalización				
Personal de Laboratorio				
Personal de Rx				
Personal de SIS				
Personal Administrativo				
Personal de Archivo de Historias Clínicas				
Personal de Vigilancia				
Personal de Limpieza				





# LIBRO DE RECLAMACIONES

HOJA DE RECLAMACION

HHV- Nº 00250

FECHA:

DIA:

MES

AÑO 201 ....

## HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Carretera Central Km.3.5 Santa Anita

WEB: www.hhv.gob.pe

Teléfono: 494 2410 - 494 2516 - 494 2429

### 1. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombre:

Domicilio:

DNI/CE

E-MAIL

TELEFONO

Nombre del padre o madre:

(Para los casos de menores de edad)

### 2. IDENTIFICACION DE LA ACCION BRINDADA

Descripción:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma del usuario

### 3. ACCIONES ADOPTADAS POR LA ENTIDAD

Detalle:





FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

PROCESO	Gestión de la Calidad	
SUBPROCESO	Atención al Usuario	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Registro y Atención en el Libro de Reclamaciones	FECHA: CODIGO: OGC
PROPÓSITO	Registrar el reclamo de los usuarios en el libro de reclamaciones ,realizar el descargo de los involucrados y darles una respuesta por escrito y/o vía correo electrónico	
ALCANCE	A los Órganos de Dirección, de control, Apoyo, Departamentos asistenciales y oficinas.	
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley del Ministerio de Salud N° 27657</li> <li>Decreto Supremo N° 013-2006/MINSA, reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.</li> </ul>	

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Porcentaje de reclamaciones resueltas por la institución.	Porcentaje	Libro de Reclamaciones	Oficina Gestión de la Calidad

NORMAS

- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán R.M. N° 566-2003 SA/DM y sus modificatorias.
- Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad R.D. N° 691-DG-INSN-2008
- Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

USUARIO	<p>INICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar registro en el Libro de Reclamaciones.</li> </ul>
PLATAFORMA DE ATENCION AL ASUARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atender y proporcionar el Libro de Reclamaciones</li> </ul>
USUARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar el reclamo en el Libro de Reclamaciones</li> </ul>
PLATAFORMA DE ATENCION AL ASUARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atender reclamo y redactar memorando al jefe del órgano o unidad orgánica involucrada</li> </ul>
ÓRGANO/UNIDAD INVOLUCRADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigar la causa del reclamo</li> <li>Realizar un informe de respuesta al incidente dando atención al reclamo</li> <li>Remitir el descargo con memorando a la Oficina de Gestión de la Calidad</li> </ul>
JEFE DE LA OGC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remitir descargo al encargado del Libro de reclamaciones</li> </ul>
ENCARGADO DEL LIBRO DE RECLAMACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enviar repuesta por escrito al agraviado por vía correo electrónico.</li> <li>Archivar una copia del reclamo</li> <li>Realizar un informe consolidado de todas las reclamaciones del mes y se remite a la jefatura</li> </ul>
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enviar informe consolidado a la SUNASA y DG</li> </ul>
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres de calidez en la atención , deberes y derechos del usuario externo</li> </ul>
PLATAFORMA DE ATENCION AL ASUARIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibe toma nota y archiva</li> </ul> <p>FIN</p>

ENTRADAS





**Ministerio de Salud**

**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1

**Fecha:**  
03/06/2016

**ANEXO 2**  
**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCl tomadas al azar.	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 HCl tomadas al azar.	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		

**REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA**





**Fecha:**  
03/06/2016

**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1



**Ministerio de Salud**

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO APLICA
<b>BUENAS PRÁCTICAS</b>	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSADGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSADGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSADGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos	Recomendaciones del Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica / D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSADGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		

**REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA**





Ministerio de Salud

DIRECTIVA SANITARIA N° 003 - IGSS/V.1

Fecha: 03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
			SI	NO
Las Inherconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las inherconsultas.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS		
La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS		
La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS		
Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCL Inmados al azar.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS		
Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	NTS N° 021-MINSADGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / NTS N° 050-MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial (que cumple el rol de tutoría y supervisión).	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o amirales en el turno.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCL	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D.S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.		

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD



**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1




Ministerio de Salud

Fecha:  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.		
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Baranditas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de baranditas y su uso.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	R.M. N° 1001-2005MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP - V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma.	R.M. N° 695-2005MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardíofotográfico operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardíofotográfico y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM N° 1472-2002 - Manual de descripción y estandarización hospitalaria RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	R.M. N° 668-2004MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. R.M. N° 721-2005MINSA aprobar los Planes Generales de las siguientes Estrategias Sanitarias Nacionales: Prevención y Control de las ITS VIH-SIDA R.M. N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre e Niño del VIH y SIDA; / R.M. N° 619-2014-MINSA NTS N° 008-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre e Niño del VIH y la SIDA"		
En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (último informe semestral)	Resolución Ministerial N° 1021-2010MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			




**Ministerio de Salud**  
**DIRECTIVA SANITARIA**  
**N° 003 - IGSS/V.1**  
**Fecha:**  
**03/06/2016**

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral. (último semestre)	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cralítica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cralítica Portátil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N° 486-2005-MINSA NT N° 030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología			
En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N° 597-2006-MINSA NTS N° 022-MINSA-DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. VI. 1.2 Formatos de la Historia Clínica. Formatos Especiales. Formatos de Anestesia			





**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1



**Ministerio de Salud**

**Fecha:**  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
<b>IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE</b>	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.		
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento Informado.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.		
	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuentan con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
<b>PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES</b>	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas bimedias al azar.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas bimedias al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión especiales.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicarse inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			





**Ministerio de Salud**

**DIRECTIVA SANITARIA N° 003 - IGSS/V.1**

**Fecha: 03/06/2016**

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLIE	
				SI	NO
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo describe en el Anexo N° 01	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas están rotuladas.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo describe por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la taraplegética registrada en la Historia Clínica.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional / R.M. N° 502-2007 MINSA NTS 057 - Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud.		
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (fotografiado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación fonética del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y Kardex de Enfermería.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		

**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1



Fecha:  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	HORMATIVIDAD / REFERENCIA	SI	NO	NO ANULA
<b>PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA</b>	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Prohibido que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retroojo de las técnicas de inmovilización utilizadas.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no esté obstruidas las vías aéreas.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCl la indicación y cumplimiento de cambio periódico de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional				
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				
Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				
Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestra de aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el tipo de información respectivo.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.				







Ministerio de Salud



DIRECTIVA SANITARIA  
N° 003 - IGSS/V.1

Fecha:  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
<b>PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050- MINSADGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		

**DIRECTIVA SANITARIA**  
N° 003 - IGSS/V.1

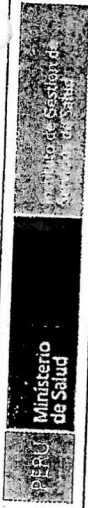


**Ministerio de Salud**

Fecha:  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
<p><b>PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES</b></p>	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Hérbas Críticas brindadas al azar si se realizó la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		





**DIRECTIVA SANITARIA  
N° 003 - IGSS/V.1**

**Fecha:  
03/06/2016**

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLI	
				SI	NO
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas traídas al azar si se encuentran actualizadas.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		




**Ministerio de Salud**  
**DIRECTIVA SANITARIA N° 003 - IGSS/V.1**  
**Fecha: 03/06/2016**

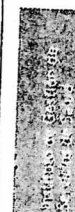
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos		







Ministerio de Salud



DIRECTIVA SANITARIA  
N° 003 - IGSS/V.01

Fecha:  
03/06/2016

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		ND APLICABLE
				SI	NO	
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSADIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSADIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"			
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSADIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"			
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSADIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"			
	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSADIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"			
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.	RM 482-1998-SADM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondir.	RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM 482-1998-SADM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico			
	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSADIGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSADIGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo			
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.	NTS N° 021-MINSADIGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSADIGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo			
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo			
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.	Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo			



