



N° 120-DG/HHV-2018

Resolución Directoral

Santa Anita, 22 de Mayo del 2018

VISTO:

El Expediente N° 18MP-01794-00, conteniendo el Informe N° 005/OGC-HHV/2018 y el Memorando N° 063/OGC-HHV/2018, solicitando la "Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2018", y;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; y mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, el Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del Sistema de gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la atención en salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del sector salud;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán (ROF), aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal;





Nº 120-DG/HHV-2018

Resolución Directoral

Santa Anita, 22 de Mayo del 2018

Que, mediante Resolución Directoral N° 031-DG/HHV-2017, de fecha 11 de Febrero del 2017, se aprueba el "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2017";

Que, acorde al Informe N° 005/OGC-HHV/2018, de fecha 03 de abril del 2018, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y atendiendo que el mencionado Plan tiene como finalidad establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital Hermilio Valdizán para el periodo 2018,

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SAVDM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN, PERIODO 2018, el mismo que consta de cuarenta y dos (42) páginas, la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad, difunda e implemente el mencionado Plan, asimismo informará cada seis meses a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
CMP 2149, RNE 12799



Hospital Hermilio Valdizán Oficina de Gestión de la Calidad



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018

Lima – Perú



Índice

	<u>Pag.</u>
I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVOS	3
3.1 General	3
3.2 Específicos	4
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 O EJES DE ACCION DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD.....	7
IX. ACCIONES PRIORITARAS	8
X. ACTIVIDADES Y TAREAS	9
XI. RESPONSABILIDAD	10
XII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	11
XIII. CRONOGRAMA	13
XIV. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACION.....	16
XV. ANEXOS	16





I. INTRODUCCIÓN

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, mejora continua que debe expresarse en los diferentes procesos estratégicos, misionales y de apoyo y que para su concretización requieren necesariamente de la participación activa del personal de salud de nuestro hospital,

El Plan de Gestión de la Calidad 2018 parte del diagnóstico situacional de la calidad de atención en nuestro hospital desarrollando en base a ello 4 ejes de acción como son: Gestión de las Relaciones con el usuario externo, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Autoevaluación y Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, el desarrollo de dichos ejes ha permitido identificar brechas de desempeño del hospital respecto a estándares previamente definidos, brechas que al ser subsanadas permiten mejorar la calidad de atención en el hospital.

Las brechas identificadas se convierten así en una oportunidad de mejora que aunadas a la aplicación de las herramientas de la calidad han permitido formular el presente plan, definiendo sus objetivos y programando las actividades necesarias que permitan alcanzar las metas y objetivos definidos.

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de Nivel III-1 de complejidad, especializada en la prestación de servicios de psiquiatría y salud mental que tiene como uno de sus objetivos generales, 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”.

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 2018, 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.

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.





II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, del Hospital Hermilio Valdizán para el periodo 2018.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Implementar el Sistema General de Calidad de Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud.

3.2 Objetivos Específicos:

- Desarrollar el proceso de autoevaluación en el marco de la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán
- Determinar los niveles de percepción de satisfacción de los usuarios externos a aplicando la encuesta SERVQUAL para promover propuestas de mejora en base a los nudos críticos registrados.
- Promover y fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de eventos adversos en nuestro hospital.
- Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en el HHV como instrumento de mejora 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
- Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud





IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaras 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.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, aprueba N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 502-2006/MINSA, aprueba Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES – V.02
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud Clínica
- Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA /DST-V.02: Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de





buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud

- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM: Obligación de las entidades del sector público de contar con un libro de reclamaciones

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 multidisciplinarios. 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

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

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

La evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del Usuario Externo constituye una medida de calidad del servicio a la vez que brinda información importante para acciones de mejora continua de la calidad de atención. Dicha evaluación se desarrolla mediante la encuesta SERVQUAL, una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio, 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.

ACREDITACION

Proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital con un listado de estándares para hospitales III.1, orientado a promover la mejora continua de la calidad de atención.

AUTOEVALUACION

Proceso de evaluación interna desarrollado por un grupo de evaluadores del hospital previamente capacitados quienes aplicando el listado de estándares para hospitales III-1 para 22 macroprocesos identifican fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

AUDITORIA

Es uno de los mecanismos reconocidos para verificar, evaluar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, constituyéndose así en una herramienta de mejoramiento continuo de procesos, enfatizando que no tiene objetivos punitivos y está orientada principalmente a proteger los derechos de los usuarios de nuestro hospital

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Oficina de Calidad, ello se logrará mediante la 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. La ejecución de rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente

MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN SALUD

Constituye el objetivo fundamental y la razón de ser de la Oficina de Calidad, es un proceso permanente y gradual en toda la organización donde a partir de las brechas y problemas encontrados se desarrollan oportunidades de mejora continua de la calidad valiéndose de la metodología e instrumentos de la calidad.





LIBRO DE RECLAMACIONES

Es el libro que, por Decreto Supremo N° 042-2011-PMC, es un mecanismo de escucha al usuario externo que se pone a disposición de ellos para que registren sus reclamos y al cual se debe dar una respuesta para poder tomar las medidas correctivas y no vuelva a ocurrir situación similar en el futuro.

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.

IX. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Continuar desarrollando el proceso de Autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover y fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos
- c) Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- d) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- e) 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.
- f) 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).
- g) Realizar seguimiento y asistencia técnica a las observaciones hechas llegar a las diferentes unidades orgánicas en el proceso de mejora de la calidad en el hospital





X. ACTIVIDADES Y TAREAS

10.1 AUTOEVALUACIÓN INTERNA EN BASE A LISTADOS DE STANDARES

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el plan de autoevaluación 2018.
- Conformar el equipo de auto evaluadores internos
- Realizar evento de capacitación a los auto evaluadores internos
- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de 22 macroprocesos
- Elaborar informe de resultados conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones

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

- Coordinar con la Oficina de Estadística para la selección de la muestra
- Ejecución de encuesta de Satisfacción de Usuario Externo en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia
- Emitir informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL

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

- Conformar el Comité de Relaciones con el Usuario Externo
- Elaborar el Plan Plataforma de Atención al Usuario
- 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)
- Atender el Libro de Reclamaciones
- Elaborar informe periódico del Libro de Reclamaciones a OCI y Dirección General
- Elaborar informe final de la Plataforma de Atención al Usuario

10.4 AUDITORIA DE CASOS CLINICOS E HISTORIAS CLINICAS

- Conformar Comités de Auditoría de la Calidad en Salud
- Elaborar Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención.
- Ejecutar acciones de auditoría
- Elaborar un instrumento para auditoría de calidad de la atención en salud mental
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones

10.5 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

10.6 ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Conformar el Comité de Seguridad del Paciente
- Conformar el Comité de Evento Centinela
- 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.
- Ejecutar rondas de seguridad del paciente
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos
- Emitir informe de 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” a fin 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 – OGC - 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 – OGC- TABLA 2

Cod.	TAREA	Un. Medida	I T	II T	III T	IV T	Meta Anual
1.1	Formular plan de evaluación interna en base a 22 macroprocesos	Plan	1				1
1.2	Ejecutar la evaluación interna en base a criterios y estándares	Acción				22	22
1.3	Desarrollar evento de capacitación para evaluadores internos	Evento	1				1
1.4	Elaborar informe de resultados conclusiones y recomendaciones	Informe				1	1
1.5	Elaborar el plan de proyectos de mejora continua de la calidad	Plan	1				1
1.6	Formular proyectos de mejora continua de la calidad	Proyecto	1				1
1.7	Emitir informe técnico del proyecto de mejora continua	Informe				1	1
1.8	Elaborar plan de medición de satisfacción del usuario externo - SERVQUAL	Plan	1				1
1.9	Ejecutar encuesta de satisfacción de usuario externo	Encuesta		150	300		450
1.10	Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de la encuesta SERVQUAL	Informe				1	1
1.11	Elaborar el plan de plataforma de atención al usuario (buzón de sugerencias y libro de reclamaciones)	Plan	1				1



1.12	Fortalecer la continuidad del módulo de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)	Acción	3	3	3	3	12
1.13	Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (apertura de buzón de sugerencia)	Informe	3	3	3	3	12
1.14	Emitir reporte del libro de reclamaciones a autoridad del MINSA	Informe	3	3	3	3	12
1.15	Elaborar reporte del libro de reclamaciones a OCI/HHV	Informe		1		1	2
1.16	Elaborar informe de gestión de plataforma de atención al usuario	Informe				1	1
1.17	Formular el plan de seguridad de paciente en base a eventos registrados	Plan	1				1
1.18	Emitir informes de resultados, conclusiones y recomendaciones de eventos adversos	Informe	1	1	1	1	4
1.19	Ejecutar rondas de seguridad del paciente en hospitalización, emergencia y consulta externa	Acción		1	1		2
1.20	Emitir informes de resultados, conclusiones y recomendaciones de rondas de seguridad del paciente	Informe		1	1		2
1.21	Elaborar plan anual de gestión de la calidad	plan	1				1
1.22	Reporte del plan anual de gestión de la calidad	informe	1	1	1	1	4
1.23	Elaborar el plan de auditoría de la calidad de la atención	Plan	1				1
1.24	Ejecutar auditorías en salud	HC Auditada	2	1	2	1	6
1.25	Ejecutar auditorías médicas	HC Auditada	1	2	1	2	6
1.26	Evaluación de registros de HC	HC evaluada	30	30	30	30	120
1.26	Proyecto de investigación en calidad aprobado	Proyecto		1			1





XIII. CRONOGRAMA

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL: FORTALECER PERMANENTEMENTE LAS ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD.		METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2018												RESPONSABLES	
ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2018	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		N
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
	EJECUTAR LA EVALUACION INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTANDARES	ACCION	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS	EVENTO	01	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	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
	FORMULAR PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PROYECTO	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	EMITIR INFORME TECNICO DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA	INFORME	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	450	0	0	0	0	0	150	150	150	0	0	0	0
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUAL	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1





GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZON DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZON DE SUGERENCIA)	ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A OCI/HHV	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Seguridad del Paciente y Oficina de la Calidad
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	Comité de Seguridad del Paciente y Oficina de la Calidad
	EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA	Acción	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	Comité de Seguridad del Paciente y Oficina de la Calidad
	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Seguridad del Paciente y Oficina de la Calidad
ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Gestión de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
	REPORTE DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	Comité de Gestión de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad





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	0	Comité de Auditoría de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad
EJECUTAR AUDITORIAS EN SALUD	HC AUDITADA		06	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
EJECUTAR AUDITORIAS MÉDICAS	HC AUDITADA		06	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
EVALUACIÓN DE REGISTROS DE HC	HC EVALUADA		120	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CALIDAD APROBADO	PROYECTO		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1





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. ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
X *J. Quintana*
.....
Julio César Quintana Leonardo
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CMP. 13353 / RNE. 15010

Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud
y Servicios Médicos de Apoyo

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

Establecimiento de Salud :

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha : _____

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

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



Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud
y Servicios Médicos de Apoyo

Anexo N° 3: Hoja de Registro de Datos para Evaluación Externa

Establecimiento de Salud : _____

Macroproceso : _____

Evaluador(es) : _____

Fecha : _____

Servicios evaluados : _____

Participantes de la evaluación: _____

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje Autoeval.	Puntaje Ev.Externa	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje (en caso de discrepancia)



Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud
y Servicios Médicos de Apoyo

Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es) : _____
Fecha : _____
Servicios evaluados : _____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizan

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
REPORTE DE ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Proceso:

Planear	Hacer	Verificar	Actuar



Fecha de Reporte:

.....
(Firma)

Nombre y Apellido:



**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

N° Encuesta: _____	
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III	
Nombre del encuestador:	_____
Establecimiento de Salud:	_____
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> Hora Final: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>
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.	
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:	
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 50px;" type="text"/> 1
	Acompañante <input style="width: 50px;" type="text"/> 2
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
3. Sexo	Masculino <input style="width: 50px;" type="text"/> 1
	Femenino <input style="width: 50px;" type="text"/> 2
4. Nivel de estudio	Analfabeto <input style="width: 50px;" type="text"/> 1
	Primaria <input style="width: 50px;" type="text"/> 2
	Secundaria <input style="width: 50px;" type="text"/> 3
	Superior Técnico <input style="width: 50px;" type="text"/> 4
	Superior Universitario <input style="width: 50px;" type="text"/> 5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS <input style="width: 50px;" type="text"/> 1
	SOAT <input style="width: 50px;" type="text"/> 2
	Ninguno <input style="width: 50px;" type="text"/> 3
	Otro <input style="width: 50px;" type="text"/> 4
6. Tipo de usuario	Nuevo <input style="width: 50px;" type="text"/> 1
	Continuador <input style="width: 50px;" type="text"/> 2
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 <u>HA RECIBIDO</u> , 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: _____
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III	
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.	
<u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u>	
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: 20px;" 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	Analfabeto 1
	Primaria 2
	Secundaria 3
	Superior Técnico 4
	Superior Universitario 5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS 1
	SOAT 2
	Ninguno 3
	Otro 4
6. Tipo de usuario	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	P	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?							
02	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?							
03	P	¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?							
04	P	¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?							
05	P	¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P	¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?							
07	P	¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?							
08	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P	¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?							
10	P	¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
11	P	¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?							
12	P	¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
13	P	¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?							
14	P	¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿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**

		Nº Encuesta: _____
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL I-4, II y III		
Nombre del encuestador:		_____
Establecimiento de Salud:		_____
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value=" / "/>	Hora Final: <input style="width: 50px; height: 20px;" 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>		
<u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u>		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="0"/>
	Acompañante	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="1"/>
	Padre	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="1.1"/>
	Madre	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="1.2"/>
	Otro	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="1.3"/>
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	
3. Sexo	Masculino	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text" value="1"/>
	Femenino	<input style="width: 50px; height: 20px;" 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 HA RECIBIDO , 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?							





HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

CARRETERA CENTRAL KM 3.5 - SANTA ANITA

N° 00005948

FECHA: / /

- 00000000001

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ E-MAIL: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: _____

2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ E-MAIL: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: _____

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI () NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO):

6. SOLUCIÓN AL RECLAMO A TRAVÉS DE TRÁMITE DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

Las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles.
 "Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo"





PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Tu identificación es importante para nosotros, queremos hacerte llegar respuestas sobre la sugerencia u opinión que has planteado

Nombres y Apellidos:.....

Edad:..... Sexo: (M) (F) DNI N°.....

Dirección: Distrito:.....

Teléfono fijo:..... Celular: Correo electrónico:.....

Fecha de ocurrencia: / /

Servicio donde se atendió: Turno: Hora:.....

Nombre de la persona que le atendió:.....

¿Cuál es tu sugerencia u opinión?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¡ No olvides de responder al reverso de la hoja !








Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo del Buzón de Sugerencias





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				
VALORACION	4	3	2	1



PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Permillio
Validizán




ANEXO 2 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	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 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombre 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.		
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	Registro de las 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.		
	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.		
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	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, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	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.		
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamente, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	Registro y gráfico actualizado de las funciones vitales.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	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.		





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO
 <p>REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA</p>	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.		
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o 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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	Registro de la Contrarreferencia del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		
	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.		
	Historia Clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		



PERU
Ministerio
de Salud

Hospital Hermilio
Valdizán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.		
	La solicitud de procedimientos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimiento de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.		
	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.		
	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 HCI tomados al azar.		
	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.		
	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.		
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y suspensión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.		
	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.		
	Registro físico y/o virtual de los antecedentes 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 HCI.		
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.		
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	verificar la existencia del registro de la UPSS.			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Herminio Valdizán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	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.		
	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.		
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observa la existencia de barandas y su uso.		
	En consultorio obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.		
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de portagramas con línea de alerta.	Observar el uso de portagrama.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor Fetal o Cardiotocógrafo operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.		
	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.		
	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.		
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)			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizan



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	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)		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de 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.		
	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.		
	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.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo.	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de anestesia y su uso.		
	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.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cialítica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.		
	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.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	revisar 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.		





PERU
Ministerio
de Salud

Hospital Hermilio
Valdizán

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	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.		
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: Nombres, apellidos y número de cama.		
	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.		
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.		
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.		
	Verificación de la identificación correcta de los pacientes 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.		
	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.		
	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.		
	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuente con ropa hospitalaria identificable.		
	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	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.	
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.		
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Sólo 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 tomadas al azar.		
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 tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.		
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 comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce qué medicamentos recibe y a qué 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.		
	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.		
	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 descrito en el Anexo N° 01.		
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.		
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.		
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.		
	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 descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.		
	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 correspondiente 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.		
	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 con el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.		
	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 (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (difusión, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl y Kárdex de Enfermería).		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermito Valdezán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.		
	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 valoración.		
	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.		
	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.		
	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.		
	Protocolo 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.		
	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 adecuado.		
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.		
	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.		
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no esté afectadas las vías aéreas.		
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 cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.			





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán



<p>SEGURIDAD SEXUAL</p>	<p>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.</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.</p>		
	<p>Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.</p>	<p>Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar si han sido informados al respecto.</p>		
	<p>El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p>		
	<p>Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.</p>	<p>Verificar si se realiza algún control al respecto.</p>		
	<p>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.</p>	<p>Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.</p>		
	<p>Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.</p>	<p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.</p>		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	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.		
	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.		
	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 valoración.		
	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.		
	Educación al paciente y la 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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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.		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermillo Valdivian



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.		
	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.		
	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.		
	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.		
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.		
	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.		
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederá 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.		
	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 o de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.		





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Hermitillo Valdivia



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.		
	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.		
	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.		
	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.		
	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 documentadamente 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.		
	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 documentadamente 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.		
	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.		
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.		
	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.		
	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.		





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdezán



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		
	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.		
	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.		
	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.		
	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.		
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.		





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLE	
			SÍ	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.		
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.		
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.		
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.		
	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 para IAAS.		
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de corresponder.		
	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.		
	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar existencia de equipos biomédicos.		
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar operatividad de equipos biomédicos.		
	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.		
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.		
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos 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.			



FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NUMERO	
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	DR. JOHN LOLI DEPAZ
ASUNTO	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA
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

a) Filiacion	Estandar	2	Insuficiente	1	No Existe	0		
b) Antecedentes	Estandar	3	Incompletos	1	No Existe	0		
c) Antecedentes ocupacionales	Estandar	2	Incompletos	1	No Existe	0		
Enfermedad Actual	Estandar	8	Incompletos	4	No Existe	0		
e) Examen Clinico :	Estandar	8	Incompletos	4	No Existe	0		
SUB TOTAL "A"								

a) PRESUNTIVO/S	Estandar	8	Incompletos	4	No Existe	0		
b) DEFINITIVO/S	Estandar	12	Incompletos	6	Incompletos y no Oportunos	3	No Existe	0
Uso del codigo CIE "X"	Estandar	2	No	0				
SUB TOTAL "B"								

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

a) Notas de controles	Estandar	8	Incompletos	4	No Existe	0		
b) Exámenes de laboratorio	Estandar	4	Suficientes y No Oportunos	2	Excesivos	1	insuficientes	0
c) Exámenes radiológicos	Estandar	4	Suficientes y No Oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
f) Interconsultas	Estandar	4	NO Oportunas	2	Excesivas	1	Insuficientes	0
SUB TOTAL "C"								

D) TRATAMIENTO

amamiento	Estandar	10	Insuficiente	6	Excesivos	4	No Existe	0
SUB TOTAL "D"								

E) EVOLUCION Y COMPLICACIONES

a) Evolucion:	Estandar	8	Desfavorable Esperada	4	Desfavorable No Esperada	0		
b) Complicaciones	Estandar	5	Impredecibles	3	Evitables	0		
	Estandar	2	NO Oportunas	1	No Existe	0		
D) Especifica Indicaciones de la Alta	Estandar	2	Incompletas	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "E"								

F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA								
a) Pulcritud	Estandar	3	Solo alguno	1	No Existe	0		
b) Registro de la hora de atención	Estandar	3		1		0		
c) Registra el medico tratante	Estandar	3	Solo alguno	1	No Existe	0		
d) Letra legible	Estandar	2	Irregular	1	Nunca	0		
Sello y firma del medico	Estandar	3	Solo alguno	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "F"								

TOTAL

CALIFICACION:

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



IV INCONFORMIDADES MAYORES

V INCONFORMIDADES MENORES

VI CONCLUSIONES



FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCION DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE EMERGENCIA N°	
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	DR. JOHN RICHARD LOLI DEPAZ
ASUNTO	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE EMERGENCIA
FECHA	

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

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

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLINICO

a) Filiacion	Estandar / No Aplica	2	Insuficiente	1	No Existe	0		
b) Antecedentes Contributorios	Estandar / No Aplica	1	Incompletos	0.5	No Existe	0		
c) Antecedentes OCUPACIONALES:	Estandar / No Aplica	1	Incompletos	0.5	No Existe	0		
d).- Enfermedad Actual:	Estandar / No Aplica	7	Incompleta	4	Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso	2	No Existe	0
e) Funciones Vitales:	Estandar	2	Incompletos	1	No Existe	0		
f) Examen Clínico :	Estandar / No Aplica	8	Incompleto	4	Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso	2	No Existe	0
g) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "A"								

B.- DIAGNOSTICOS

a) PRESUNTIVO/S	Estandar / No Aplicable	5	Incompletos	3	No Existe	0		
b) DEFINITIVO/S	Estandar / No Aplicable	8	Incompletos	4	Incompletos y no Oportunos	2	No Existe	0
c) PRONOSTICO	Concordante con el Diagnostico	4	No Concordante con el Diagnostico	2	No Existe	0		
SUB TOTAL "B"								

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

a) Identificación de Problemas en evolucion	Si	4	No	2				
b) Examen Clínico de Evolucion	Completo (Estandar)	4	Incompleto	2	Incompleto y No Concordante	1	No Existe	0
b) Exámenes de laboratorio	Estandar / No Aplica	3	Suficientes y No Oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
c) Exámenes radiológicos	Estandar / No Aplica*	3	Completos y No Oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
d) Diagnosticos de Evolucion	Estandar / No Aplica	2	Incompleto y No Concordante	1	No Existe	0		
e) Plan de Trabajo de Evolucion	Estandar / No Aplica	2	Incompleto	1	No Existe	0		
f) Consultas	Estandar / No Aplica	3	NO Oportunas	2	Excesivas	1	Insuficientes	0
SUB TOTAL "C"								

D.- NOTAS DE ENFERMERIA

a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
b) Hoja de Funcione Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
c) Hoja de Balance Hidrico	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "D"								

E.- TRATAMIENTO

a) Tratamiento de De Soporte o sintomático	Estandar / No Aplica	4	Insuficiente	2	Excesivos	1		
b) Tratamiento de De Soporte o sintomático	Estandar / No Aplica	8	Insuficiente	4	Excesivos	2	No Existe	0

F.- EVOLUCION Y COMPLICACIONES

a) Evolucion:	Estandar / No Aplica	6	Desfavorable Esperada	3	Desfavorable No Esperada	0		
b) Complicaciones	Estandar / No Aplica	6	Desfavorable Esperada	3	Evitables	0		
c) Estancia:	Estandar / No Aplica	1	Desfavorable Esperada	0.5	Prolongada	0		
D) Especifica Indicaciones de la Alta	Estandar / No Aplica	1	Desfavorable Esperada	0.5	No Existe	0		
SUB TOTAL "F"								

G.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

a) Pulcritud	Estandar / No Aplica	1	NO	0				
b) Registro de la hora de Atención	Estandar / No Aplica	1	NO	0				
c) Letra legible	Estandar / No Aplica	1	NO	0				



d) Sello y firma del médico	Estandar / No Aplica	2	Solo Alguno	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "G"								
TOTAL								

CALIFICACION:

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

IV INCONFORMIDADES MAYORES

V INCONFORMIDADES MENORES

VI CONCLUSIONES



FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCION DE HOSPITALIZACION

Sirvase llenar los datos con letra de imprenta

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORIA DE HOSPITALIZACION	
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	DR. JOHN LOLI DEPAZ
ASUNTO	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS 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	2	Insuficiente	1	No Existe	0		
b) Antecedentes Personales no Patologicos	Estandar / No Aplicable	2	Insuficiente	1	No Existe	0		
c) Antecedentes Personales Patologicos	Estandar / No Aplicable	2	Incompletos	1	No Existe	0		
d) Antecedentes Epidemiologicos:	Estandar / No Aplicable	2	Incompletos	1	No Existe	0		
e) Antecedentes OCUPACIONALES:	Estandar / No Aplicable	1	No Existe	0				
f).- Enfermedad Actual:	Completa y Concordante con los problemas de Ingreso	5	Incompletas	3	Incompletos y No Concordante con el / Los Problemas de Ingreso	2	No Existe	0
g) Examen Clinico :	Completa y Concordante con la enfermedad actual	6	Incompleto	3	Incompletos y No Concordante con la Enfermedad Actual	2	No Existe	0
h) Nota de Ingreso :	Completa	2	Incompletas	1	No Existe	0		
i) PLAN DE TRABAJO	Completa	2	Incompletas	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "A"								

B.- DIAGNOSTICOS

a) PRESUNTIVO/S	Estandar / No Aplicable	5	Incompletos	3	No Existe	0		
b) DEFINITIVO/S	Estandar / No Aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no Oportunos	2	No Existe	0
c) USO DEL CIE 10	Estandar / No Aplicable	2	NO	0				
SUB TOTAL "B"								

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

a) Notas de evolucion	Completa	5	Incompletas	3	No Existe	0		
b) Exámenes de laboratorio	Estandar / No Aplicable	4	Completo y No Oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
c) Exámenes radiológicos	Estandar / No Aplicable	4	Completo y No Oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
d) Interconsultas	Estandar / No Aplicable	4	NO Oportunas	2	Excesivas	1	Insuficientes	0
SUB TOTAL "C"								

D.- NOTAS DE ENFERMERIA

a) Evoluciones de enfermeria	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
b) Hoja de Funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
c) Hoja de Balance Hidrico	Completas	2	Incompletas	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "D"								



E.- TRATAMIENTO								
a) De Soporte o sintomático	Estandar / No Aplicable	6	Insuficiente	4	Excesivos	2	No Existe	0
b) Etiológico	Estandar / No Aplicable	10	Insuficiente	5	Excesivos	3	No Existe	0
SUB TOTAL "E"								
F.- EVOLUCION Y COMPLICACIONES								
a) Evolucion:	Estandar / No Aplicable	5	Desfavorable Esperada	2.5	Desfavorable No Esperada	0		
b) Complicaciones	Estandar / No Aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0		
c) Estancia:	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongada	0		
D) Alta:	Estandar / No Aplicable	2	No Oportuna	1	No Existe	0		
E) Especifica Indicaciones de la Alta	Estandar / No Aplicable	2	Incompletas	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "F"								
G.- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA								
a) Registra Consentimiento Informado:	SI	1.5	NO	0				
b) Pulcritud	Estandar / No Aplicable	1	NO	0				
c) Registro de la hora de Atención	Estandar / No Aplicable	1	NO	0				
d) Letra legible	Estandar / No Aplicable	1	Irregular	0.5	Nunca	0		
e) Registra Medico Tratante	Estandar / No Aplicable	1	NO	0				
f) Sello y firma del médico	Estandar / No Aplicable	3	Solo Alguno	1	No Existe	0		
SUB TOTAL "G"								
TOTAL								
CALIFICACION:								
ACEPTABLE		IGUAL O MAYOR DE 80						
POR MEJORAR:		POR MEJORAR						
IV INCONFORMIDADES MAYORES								
V INCONFORMIDADES MENORES								
VI CONCLUSIONES								

