



Resolución Directoral

Santa Anita, 31 de Diciembre de 2018

VISTO:

El Expediente N° 19MP-00455-00, sobre Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizan ;

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, indica que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficacia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos; y como objetivo establecer los principios y la base legal para iniciar el proceso de modernización de la gestión del Estado;

Que, la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 087-2017-SERVIR-PE, de fecha 11 de mayo de 2017 aprueba la Directiva N° 002-2017-SERVIR/GDSRH Normas para la elaboración del Mapeo de Procesos y el Plan de Mejoras de las entidades Públicas en Proceso de Tránsito, establecimientos y procedimientos para la elaboración del mapeo de procesos y el plan de mejoras, que deben realizar las entidades públicas en el marco del proceso de tránsito al nuevo régimen del Servicio Civil, regulado por la Ley N° 30057 Ley del Servicio Civil; Su finalidad constituirá un compromiso de la entidad sobre las acciones a emprender para que los servicios o bienes públicos bajo su responsabilidad respondan a las necesidades y características de sus beneficiarios y/o usuarios;

Que en la Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud, en la misma que señala la Guía Técnica de la Fase 1 "Diseñar procesos en el Ministerio de Salud", que establecen los lineamientos y criterios técnicos que orientan y facilitan la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos en el sector; en concordancia a la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública;

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos es un documento técnico que describe, instruye e informa en forma detallada las actividades que se siguen en la ejecución de los procesos; el objetivo general es estandarizar los procedimientos requeridos en cada proceso para lograr el cumplimiento de los objetivos trazados por la Oficina de Gestión de la Calidad, describiendo las actividades de los procedimientos en la ficha técnica del procedimiento;

Que, con el documento de visto, y Nota Informativa No. 042-OEPE-HHV-2018 la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico, solicita a la Dirección General la Aprobación del Manual de Procesos Administrativos de la Oficina de la Gestión de la Calidad, por lo que se hace necesario expedir el respectivo acto resolutivo;





En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Hermilio Valdizán" para el periodo 2019, el cual consta de doce (12) Fichas de Descripción de Procedimientos y 12 Flujogramas con un total de ciento treinta y tres (133) folios.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, el cabal cumplimiento del citado Manual de Procesos y Procedimientos del Hospital Hermilio Valdizán periodo 2019.

Artículo 3°.- Encargar 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)
C.M.P N° 27499 R.N.E. 12799

GLCV.
DISTRIBUCIÓN
SDG.
OGC.
OEPE
OAJ.
OCI.
INFORMÁTICA.

**MANUAL DE PROCESOS Y
PROCEDIMIENTOS
DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD
DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"
SANTA ANITA - 2018**



DIRECTORIO DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

Director General:

Dra. GLORIA LUZ CUEVA VERGARA

Sub Directora General.:

Dra. ROSA ILA CASANOVA SOLIMANO

**Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento
Estratégico**

Lic. Adm. MARÍA MILDRED RUIZ VILLACORTA

Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Mg. GIOVANNA ZAPATA COACALLA

Equipo técnico y de redacción:

Mg. SILVIA ELVIRA MARCA IGNACIO

Responsable de la Unidad de Organización de la OEPE:

Mg. SILVIA ELVIRA MARCA IGNACIO

**OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.**

ÍNDICE

CAPÍTULO II OBJETIVOS DEL MANUAL	5
CAPÍTULO III BASE LEGAL	6 - 7
CAPÍTULO IV EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.	7
MAPA DE PROCESOS NIVEL 0, 1, 2 Y 3	9 - 17
RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	18
IDENTIFICACIÓN DE SUB PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	19
CAPÍTULO V FICHAS DE PROCEDIMIENTOS Y FLUJOGRAMAS	20 - 69
ANEXOS	70 - 132



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Hospital "Hermilio Valdizán", es un Hospital 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 de la salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores, actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar".

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, del 30 de mayo de 2006, se aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el mismo que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Dentro de la estructura orgánica del hospital aprobada por el ROF está la Oficina de Gestión de la Calidad, como un órgano de asesoramiento, encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal.

Este manual describe y grafica los procedimientos que se requieren llevar a cabo para la ejecución de los procesos con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos establecidos en la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Hermilio Valdizán".

[Firma manuscrita]



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
UNIDAD DE ORGANIZACIÓN



CAPÍTULO II

2.1 OBJETIVOS DEL MANUAL

Objetivo General

Estandarizar los procedimientos requeridos en cada proceso para lograr el cumplimiento de los objetivos trazados por la Oficina de Gestión de la Calidad.

Objetivos Específicos

Describir cada una de las actividades de los procedimientos en la Ficha Técnica del Procedimiento.

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital "Hermilio Valdizán".



S. MARCA

CAPÍTULO III

BASE LEGAL

- Ley General de Salud – Ley N° 26842
- Ley del Ministerio de Salud N° 27657
- Ley N° 27815 – Ley de Código de Ética de la Función Pública
- Ley N° 27830 – Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud
- Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 26842 - Ley que establece los Derechos, deberes y Responsabilidades concernientes a la Salud Individual
- Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud
- Ley N° 27656 Ley de la Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud
- D. S. N° 030-2016-SA Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de IAFAS, IPRES y UGIPRES, Públicas, Privadas y Mixtas.
- D. S. N° 042-2011-PCM Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- D. S. N° 031-2014-SA Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.
- D. S. N° 013-2006/MINSA Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- D. S. N° 001-2016-SA– Aprueba el TUPA DEL Ministerio de Salud, modificado por las R.M. N° 242 y 263 – 20169/MINSA
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Política Nacional de Calidad en

Salud



S. MARCA I.



Ministerio
de Salud

Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA-Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA- Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA –Aprueba la NT N° 022 – MINSA/DGSP-V-02 –Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA- Aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02-Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA - Aprueba Norma Técnica N° 029- MINSA/DIGEPRES-V-02 – Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA- Aprueba la Guia Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 676-2009/MINSA- Aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Jefatural N° 029-MINSA N° 393-2016/IGSS – Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V.1 denominada Ronda de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente

Zapata



OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

CAPÍTULO IV

LÍNEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Hermilio Valdizán" desarrolla las siguientes líneas o ejes de acción con sus respectivos procesos, sub procesos y procedimientos para el logro de sus objetivos establecidos.

EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD		
SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES
		REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS
		MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA
		REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS
		RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD	AUDITORIA	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
		EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN
	AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA
MEJORA CONTINUA	PROCESO DE PLANEAMIENTO	ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA
		ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

[Handwritten signature]



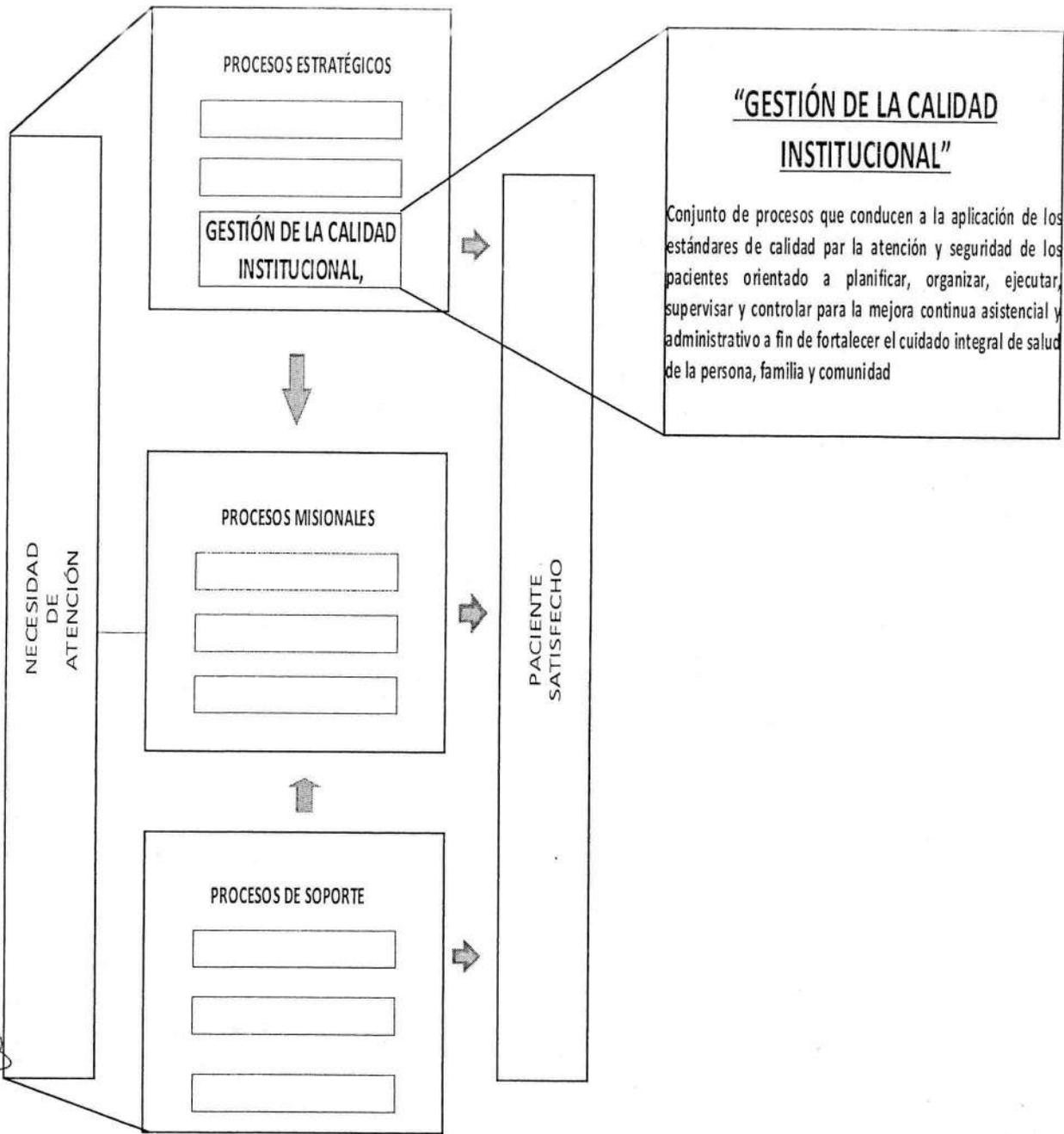


MAPAS DE PROCESOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PROCESOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
PROCESO NIVEL 0	PROCESO NIVEL 1	PROCESO NIVEL 2	PROCESO NIVEL 3	
GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL	SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES	
			REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS	
			MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL	
		SEGURIDAD DEL PACIENTE	NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA	
			REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS	
			RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD	AUDITORIA	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	
			EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN	
	MEJORA CONTINUA	PROCESO DE PLANEAMIENTO	ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	
			ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	
	GESTIÓN DOCUMENTARIA		GESTION ADMINISTRATIVA	ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS



MAPA DE PROCESOS NIVEL 0



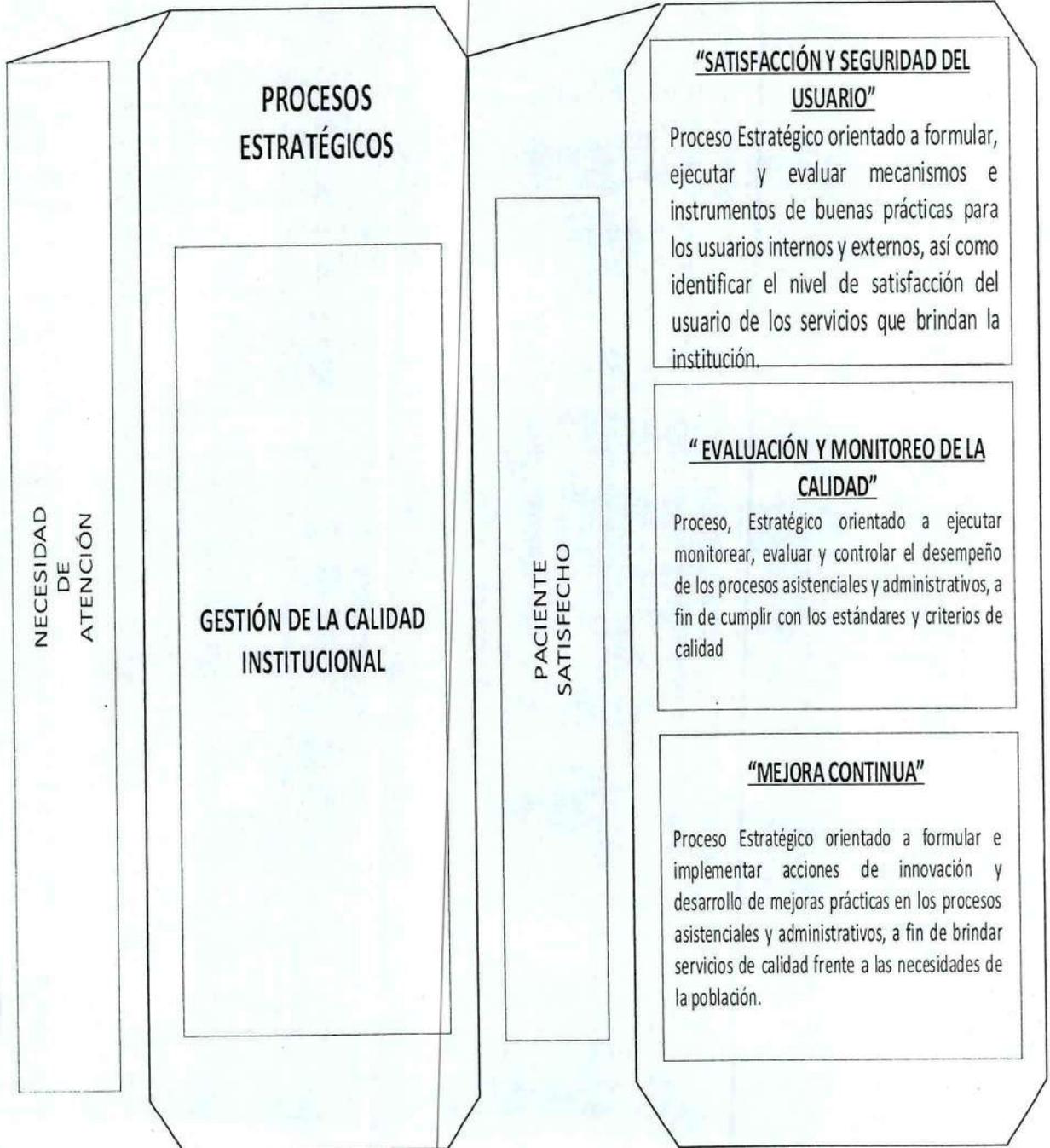
[Handwritten signature]



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

OPE/SEMI.

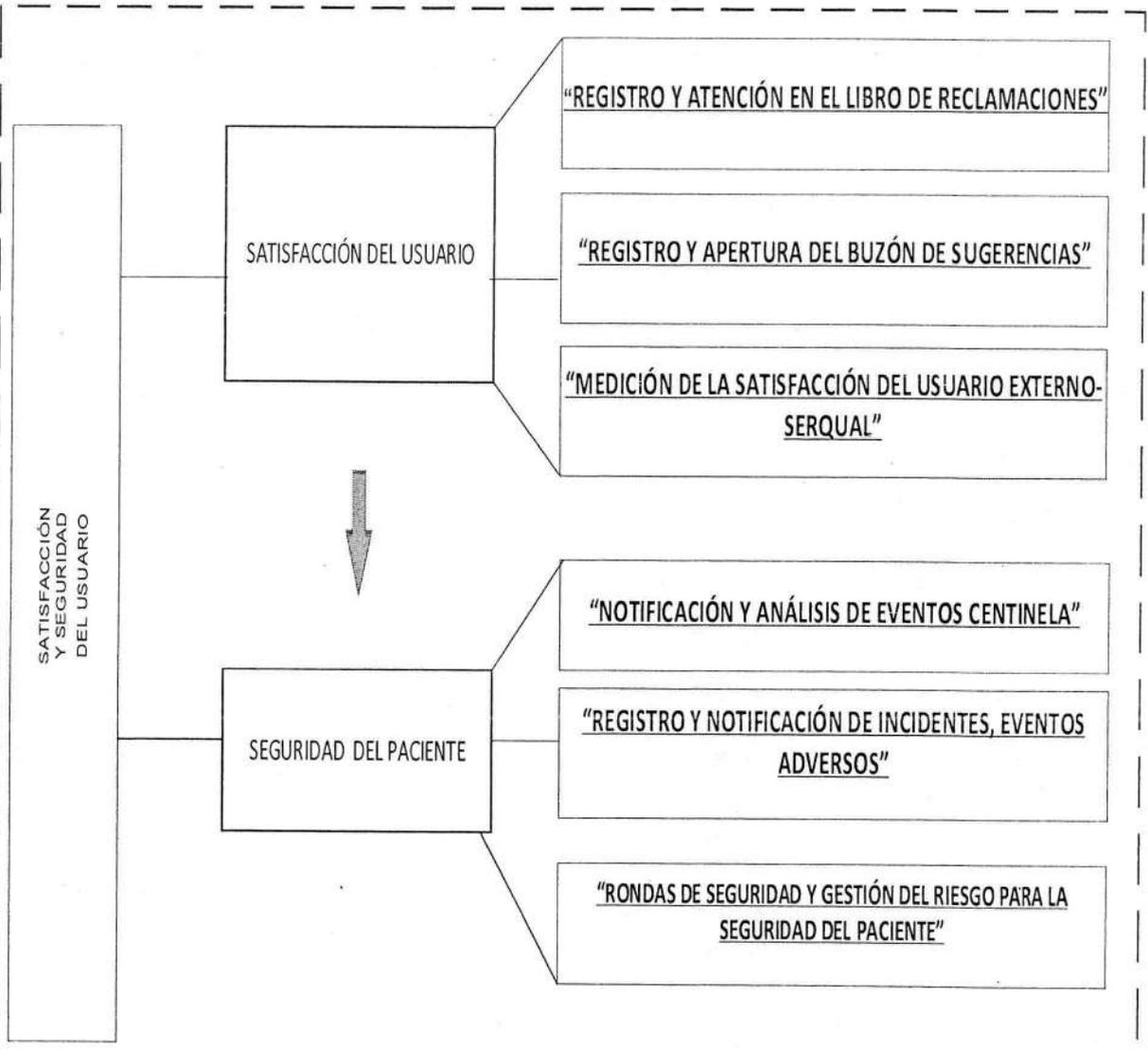
MAPA DE PROCESO NIVEL 1



R. Zapata



MAPA DE PROCESO 2



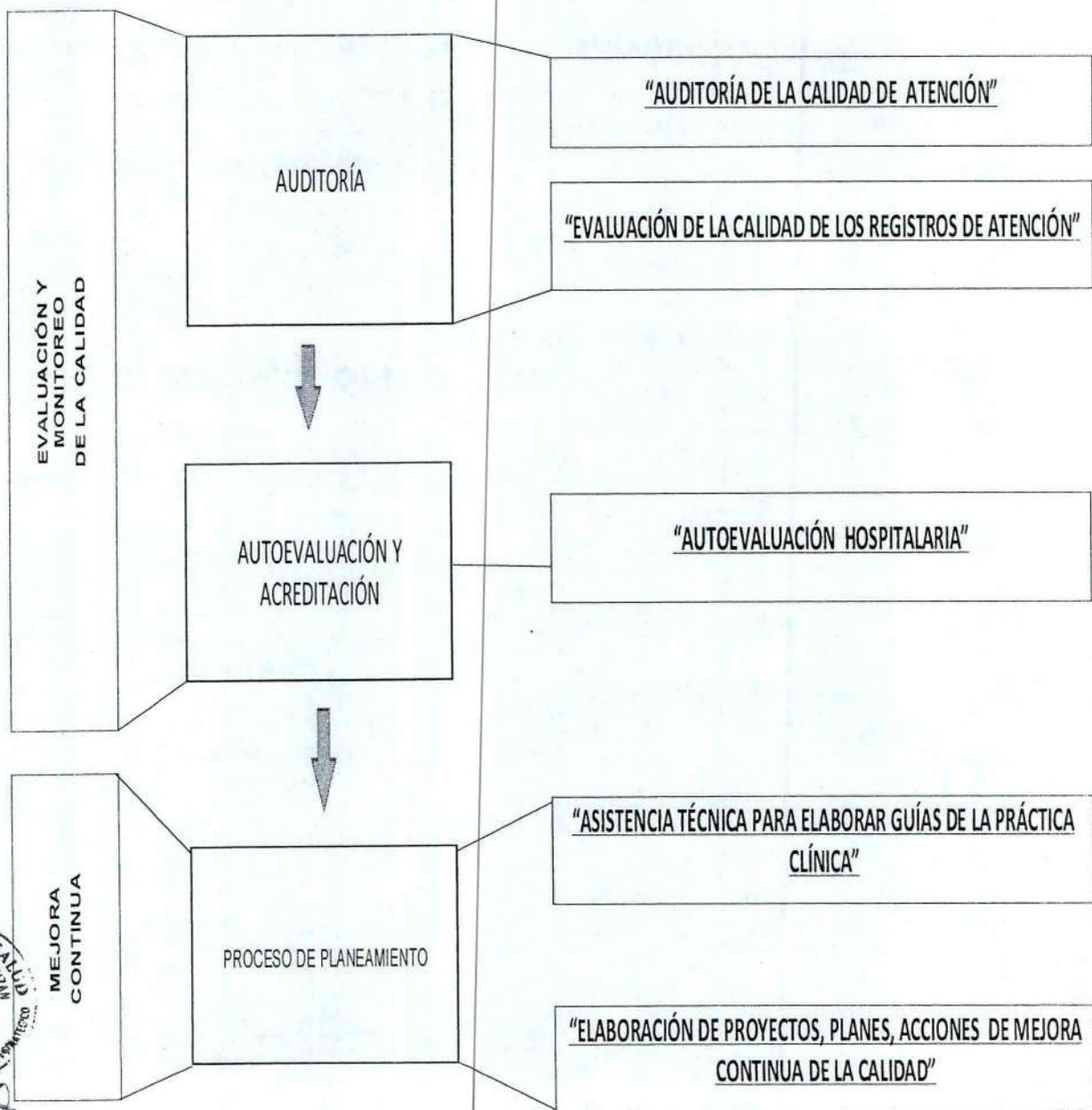
R Zapata



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
OPEP
URV/SEMI.



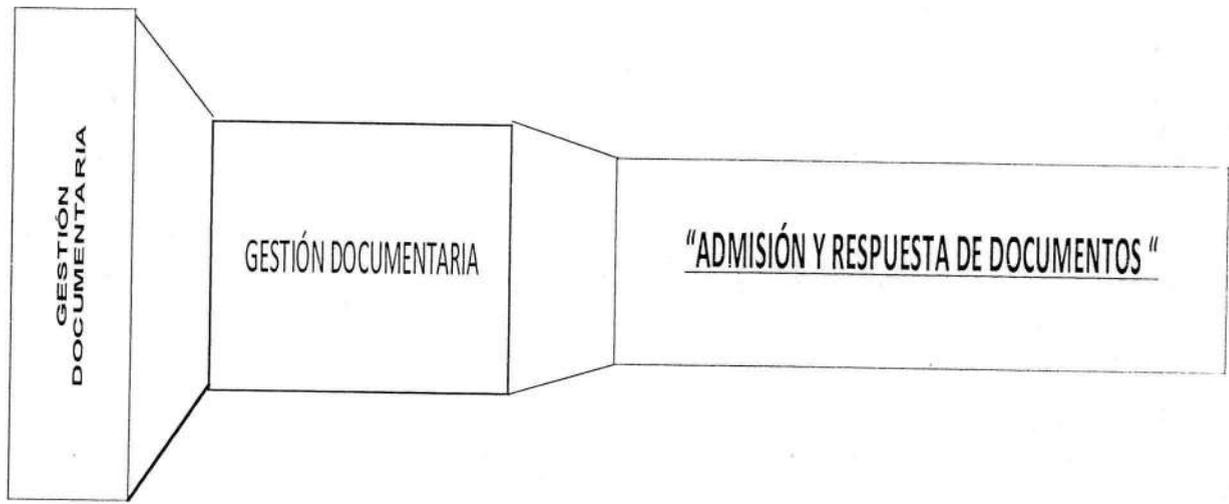
MAPA DE PROCESO 2



Zapata



MAPA DE PROCESO 2

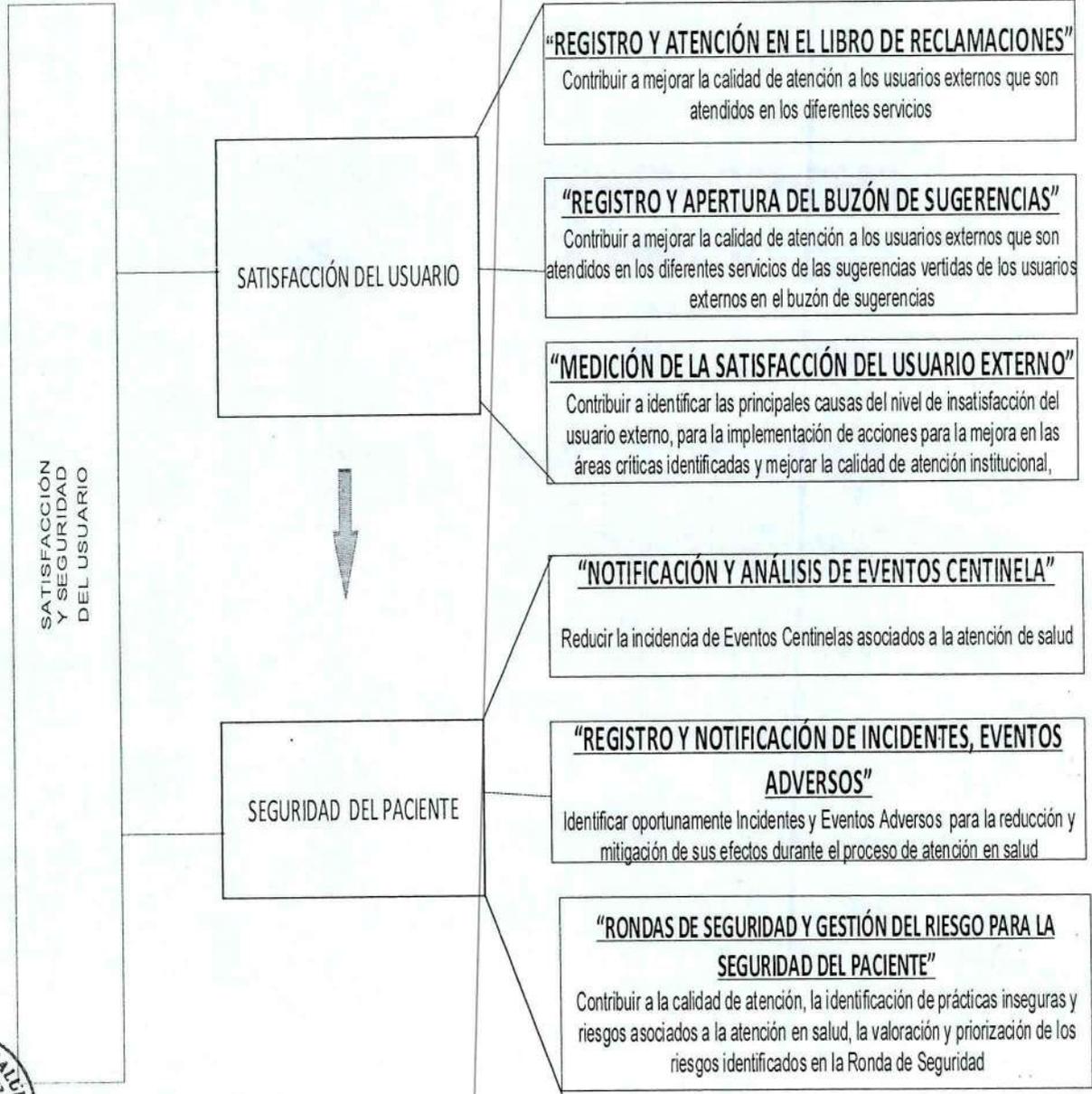


A Zapata

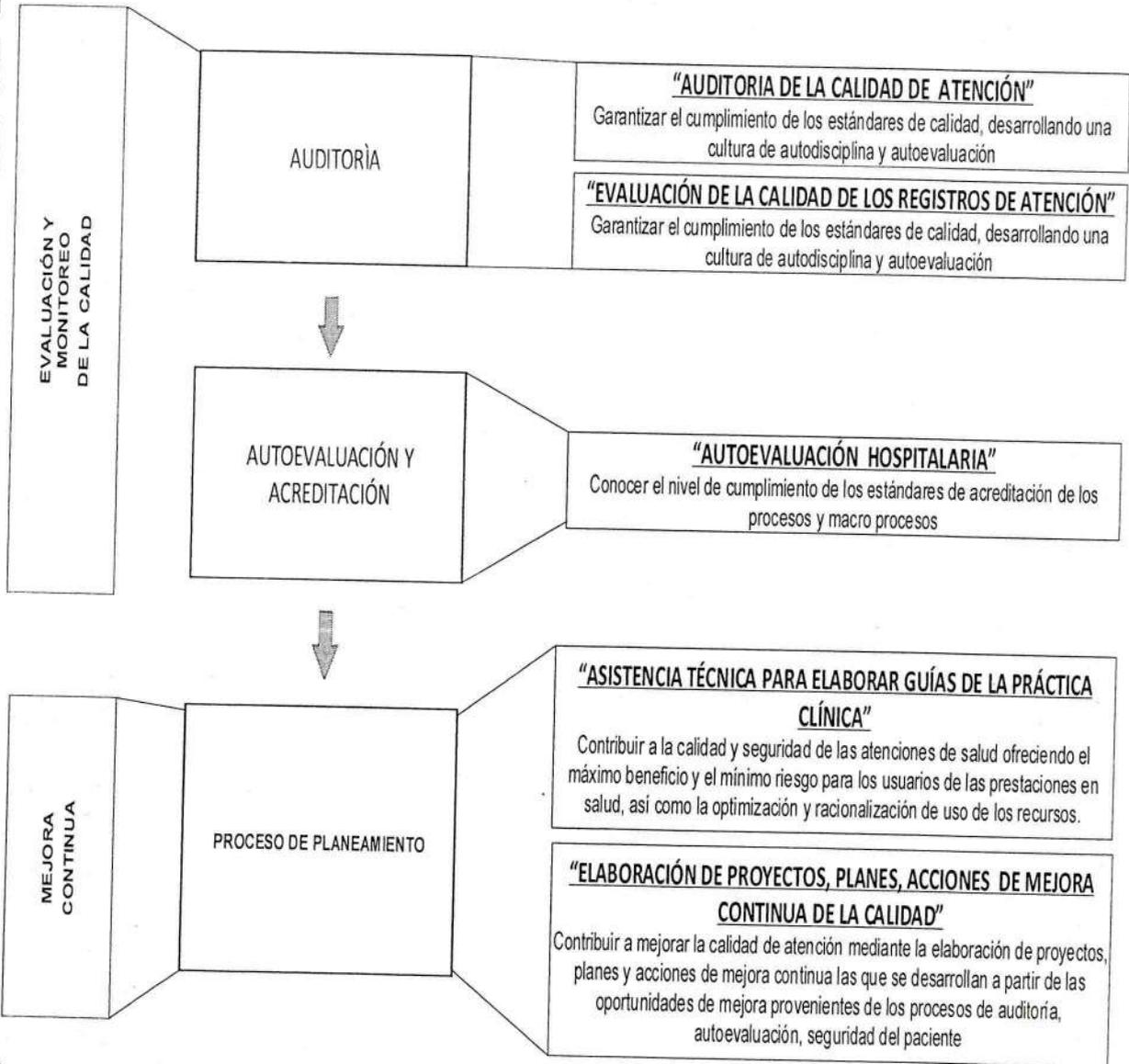


S. MARCA I.

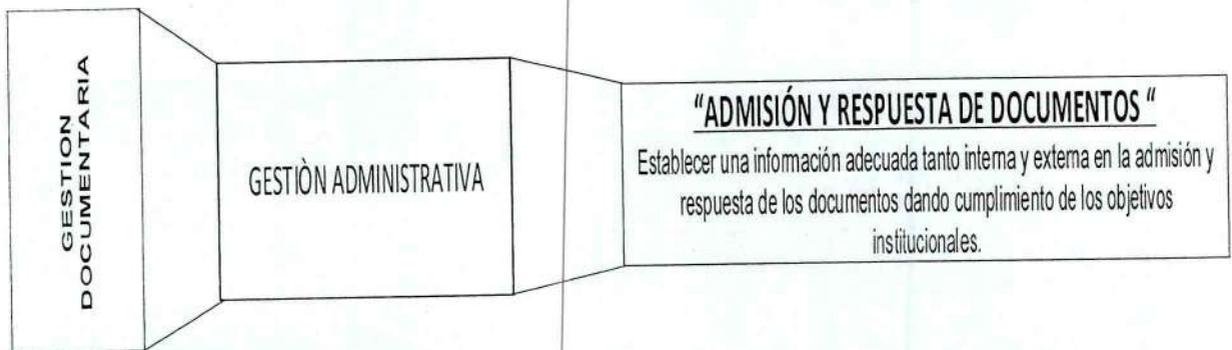
MAPA DE PROCESOS 3



MAPA DE PROCESOS 3



MAPA DE PROCESOS 3



[Handwritten signature]



RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES.
2. REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.
3. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL.
4. NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA
5. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS.
6. RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
7. AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.
8. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN.
9. AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA.
10. ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.
11. ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD.
12. ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS.



S. MARCA I.



IDENTIFICACIÓN DE SUB PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

SUB PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO	N° PROCEDIMIENTO	N° PÁGINA
SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO	REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES	SSU.-01	1	20
	REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS	SSU.-02	2	24
	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL	SSU.-03	3	28
	NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA	SSU.-04	4	32
	REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS	SSU.-05	5	37
	RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	SSU- 06	6	42
EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	EMC-07	7	46
	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN	EMC.-08	8	50
	AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA	EMC.-09	9	54
MEJORA CONTINUA	ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	MC - 10	10	58
	ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	MC - 11	11	62
GESTIÓN DOCUMENTARIA	ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS	GD- 12	12	66



CAPÍTULO V

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO
 SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES- RALR	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU.-01

PROPÓSITO : Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios externos que son atendidos en los diferentes servicios del Hospital "Hermilio Valdizán", mediante la atención a los reclamos de los usuarios externos o tercero legitimado en el Libro de Reclamaciones y solicitar informe de los Servicios involucrados y dar una respuesta en forma presencial y/o vía correo electrónico al reclamante.

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".

MARCO LEGAL

- a) Ley N° 26842 Ley General de la Salud.
- b) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- c) Ley N° 27815 Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- d) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- e) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- f) D. S. N° 042-2011-PCM, Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- g) D. S. N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.
- h) D. S. N° 030-2016-SA Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de IAFAS, IPRES y UGIPRES, Públicas, Privadas y Mixtas.
- i) Resolución Ministerial 519-2006/MINSA, Aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad.

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de reclamos presentados/N° total de Reclamos atendidos) X 100	% Reclamos registrados	Libro de Reclamaciones físico/ virtual	Plataforma de Atención al Usuario en Salud

NORMAS

Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán",
 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA.

Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.



Resolución Directoral N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
RESPONSABLE	INICIO
Responsable de la Plataforma de Atención al usuario	1. Recibe al usuario reclamante.
Usuario	2. Solicita registrar su reclamo en el Libro de Reclamaciones.
Responsable de la Plataforma de Atención al usuario-RALR	3. Atiende y proporciona el Libro de Reclamaciones al usuario. supervisa y monitorea al reclamante
Usuario	4. Registra el reclamo en el Libro de Reclamaciones y todos los campos de la hoja de reclamos, único requisito para ser admitido.
Registro Y Atención en el Libro De Reclamaciones - RALR	5. Evalúa el reclamo admitido en cuanto a su severidad, complejidad, impacto e identifica posibles acciones inmediatas y lo clasificará de acuerdo a la tabla de Clasificación de Causas de Reclamos. Si la causa del reclamo es muy grave, se realizará las coordinaciones con la Oficina de Comunicaciones o la que haga sus veces en la IPRESS, para tomar las acciones inmediatas según protocolo.
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	6. Deriva el reclamo mediante el memorando al jefe del órgano o unidad orgánica involucrada para su resolución.
Jefe de Órgano y/o jefe de Unidad Orgánica	7. Elabora informe que consolide información generada por los involucrados consignando: Descripción y análisis de los hechos, resultado del reclamo, señalando: Fundado, Infundado o Improcedente. Si el reclamo es fundado debe agregarse en el informe las acciones ejecutadas y/o las medidas correctivas que se aplicarán para mejorar los procesos. Remite el informe con memorando a la Oficina Gestión de la Calidad. Plazo 10 días.
Jefe de la OGC	8. Remite el informe del Órgano o de la Unidad orgánica Involucrado al responsable del Libro de Reclamaciones
Responsable de la Plataforma de Atención usuario	9. Envía repuesta por escrito al agraviado por vía correo electrónico o en forma presencial. Se archiva una copia del reclamo.
FIN	Plazo del procedimiento treinta (30) días hábiles Final del procedimiento.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Admisión del Reclamo	Libro de Reclamaciones Físico/ virtual Expediente ingresado por mesa de partes: DG/SUSALUD/Defensoría del Pueblo/ otros.	Diaria	Físico /Virtual

SALIDAS



NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Respuesta del Reclamo por escrito	Usuario Reclamante Institución Solicitante	Según plazo establecido	Físico /Virtual
DEFINICIONES	Libro de Reclamaciones: Es el libro que, por Decreto Supremo N° 042-2011-PMC, se pone a disposición de los usuarios para que estos escriban 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.		
	Reclamo: Es la expresión de inconformidad que presenta un usuario por el incumplimiento de una condición del servicio ofrecido por el hospital.		
	Usuario: Toda persona residente en el país que se encuentra bajo la cobertura de alguno de los regímenes del AUS, o que solicita su afiliación a un Plan de Aseguramiento en Salud en una IAFA.		
	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Son Instituciones o empresas públicas o mixtas, creadas o por crearse como persona natural o jurídica que tienen como objetivo, la prestación de servicio de Salud. Pará poder ejercer dentro de AUS están obligadas a registrarse en la Superintendencia Nacional (SUSALUD).		
	Plataforma de Atención al Usuario (PAU): Corresponde al espacio físico, recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consultas, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que ofrecen las instituciones Prestadoras.		
	Fundado: Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante o quejoso.		
	Improcedente: Declaración de resultado del Reclamo o Queja cuando no corresponde la atención del mismo por incumplimiento de aspectos de forma, no acreditar la legitimidad para obrar, no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo o queja, carecer de competencia la institución recurrida.		
	Infundado: Declaración de resultado del Reclamo o Queja cuando no se acredita los hechos que sustentan el mismo.		
	Conclusión anticipada: Se brinda una solución al reclamo antes de la entrega del informe de resultado. Se declara la conclusión anticipada del procedimiento en cualquiera de los siguientes casos:		
	a. Desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o tercero legitimado, con o sin expresión de causa. b. Trato Directo. , c. Conciliación., d. Transacción Extrajudicial.e. Laudo Arbitral.		
AUS: Aseguramiento Universal en Salud.			
IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.			
IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud			
SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud			
REGISTROS	Libro de Reclamaciones Reclamos ingresados con expediente		
ANEXOS	Memorandos remitidos a los Órganos y/o Unidad Orgánica involucrada. Diagrama de Flujo, Formato de hoja de Libro de Reclamaciones. Anexo 1		





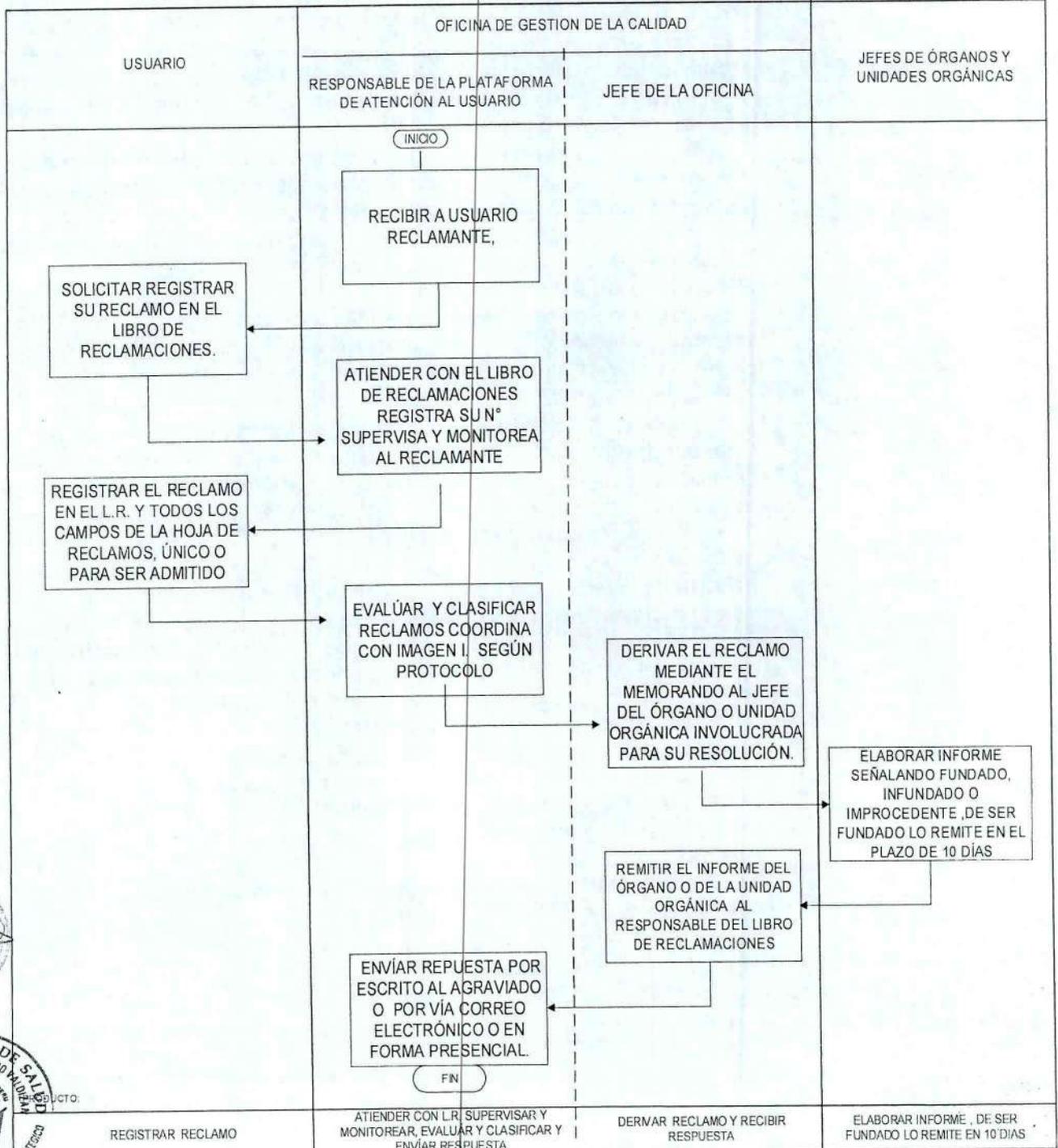
Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES

Nº Procedimiento:	01
Fecha:	5-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UO/OE/PE



PLAZO A RESOLVER: 30 Dias



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN SEMI.

S. MARCA I.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO
 SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU.-02

PROPÓSITO : Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios externos que son atendidos en los diferentes servicios del Hospital "Hermilio Valdizán" mediante el conocimiento, evaluación e implementación de las sugerencias vertidas por usuarios externos en el buzón de sugerencias.

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

MARCO LEGAL

a) Ley N° 26842 Ley General de Salud
 b) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud
 c) Ley N° 257815 Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.
 d) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657
 e) Ley N° 27656 Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud
 f) D. S. N° 042-2011-PCM, Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
 g) D. S. N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.
 h) D. S. N° 030-2016-SA Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de IAFAS, IPRES y UGIPRES, Públicas, Privadas y Mixtas.
 i) Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM-ROF
 j) Resolución Ministerial 519-2006/MINSA, Aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad.
 k) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA del 29 de octubre del 2009, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
 l) Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA del 14 de Julio del 2006, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Sugerencias recibidas/ Sugerencias Evaluadas *100	%	Sugerencias recibidas por Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo

NORMAS

Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán"
 Resolución Directoral. N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones



de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el CAP-Provisional del Hospital "Hermilio Valdizán"
 Norma Técnica N° 0011-MINSA/DGSP V01 Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE	INICIO
Usuario Externo	1. Deposita sugerencia en el Buzón correspondiente o hace entrega al personal de PAUS.
Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo	2. Apertura mensual de los Buzones de Sugerencias y dan lectura a las sugerencias recibidas. Registran y codifican las sugerencias para su gestión (año, mes y orden secuencial por estricto orden de presentación y se consignará el servicio, oficina, en la sugerencia). Evalúan las sugerencias de acuerdo a la factibilidad, importancia y otros criterios que el comité de Gestión de Relaciones con los Usuario Externo y de la Plataforma de Atención al Usuario, consideren. De ser factibles se remitirá informe a la Oficina de Gestión de la Calidad, para su consideración en acciones y o proyectos de mejora continua de la Calidad. Caso contrario serán archivadas y cuantificadas para el indicador
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	3. Evalúa el informe y remite al servicio o área involucrada las sugerencias factibles de ser implementadas
Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo	4. El personal encargado que labora en la Plataforma de Atención al Usuario de la IPRESS, comunicará al usuario sobre su Sugerencia implementada, por el medio que éste, haya indicado.
FIN	Final del Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sugerencias Vertidas en el Buzón de Sugerencias	Buzón de Sugerencia y PAUS	Diaria	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de la apertura del Buzón de Sugerencias	Oficina de Gestión de la Calidad. Usuario	Mensual	Digitado

DEFINICIONES
Buzón: Es un espacio físico, donde se depositan las sugerencias y/o comentarios expresadas por los usuarios que asisten al establecimiento de Salud.

Sugerencia: Es todo aporte o iniciativa formulada por la ciudadanía en forma individual o colectiva, a fin de contribuir en la mejora de la prestación de los servicios públicos en salud.

Buzón de sugerencias: Es un canal de comunicación, que nos permite conocer las necesidades y expectativas de los usuarios externos, la cual contribuye a la implementación de cambios en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de Salud

Usuario: Persona o conjunto de ellas que se beneficia con el resultado de una actividad. El cliente puede ser interno o externo

Queja: Expresión de insatisfacción del usuario externo sobre el proceso de atención, donde se espera una respuesta o resolución explícita o implícita.

Sugerencia: Planteamiento de ideas para mejorar la calidad de atención a los Usuarios externos que presta un proceso o subproceso, su eficacia o eficiencia.

Felicitaciones: Manifestación de satisfacción por los servicios de salud recibidos de los Usuario Externos

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Son Instituciones o empresas públicas o mixtas, creadas o por crearse como persona natural o jurídica que tienen como objetivo, la prestación de servicio de Salud. Para poder ejercer dentro de AUS están obligadas a registrarse en la Superintendencia Nacional (SUSALUD).

Plataforma de atención al Usuario (PAU): Corresponde al espacio físico, recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consultas, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que ofrecen las Instituciones Prestadoras.

Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

- **AUS:** Aseguramiento Universal en Salud.
- **IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.

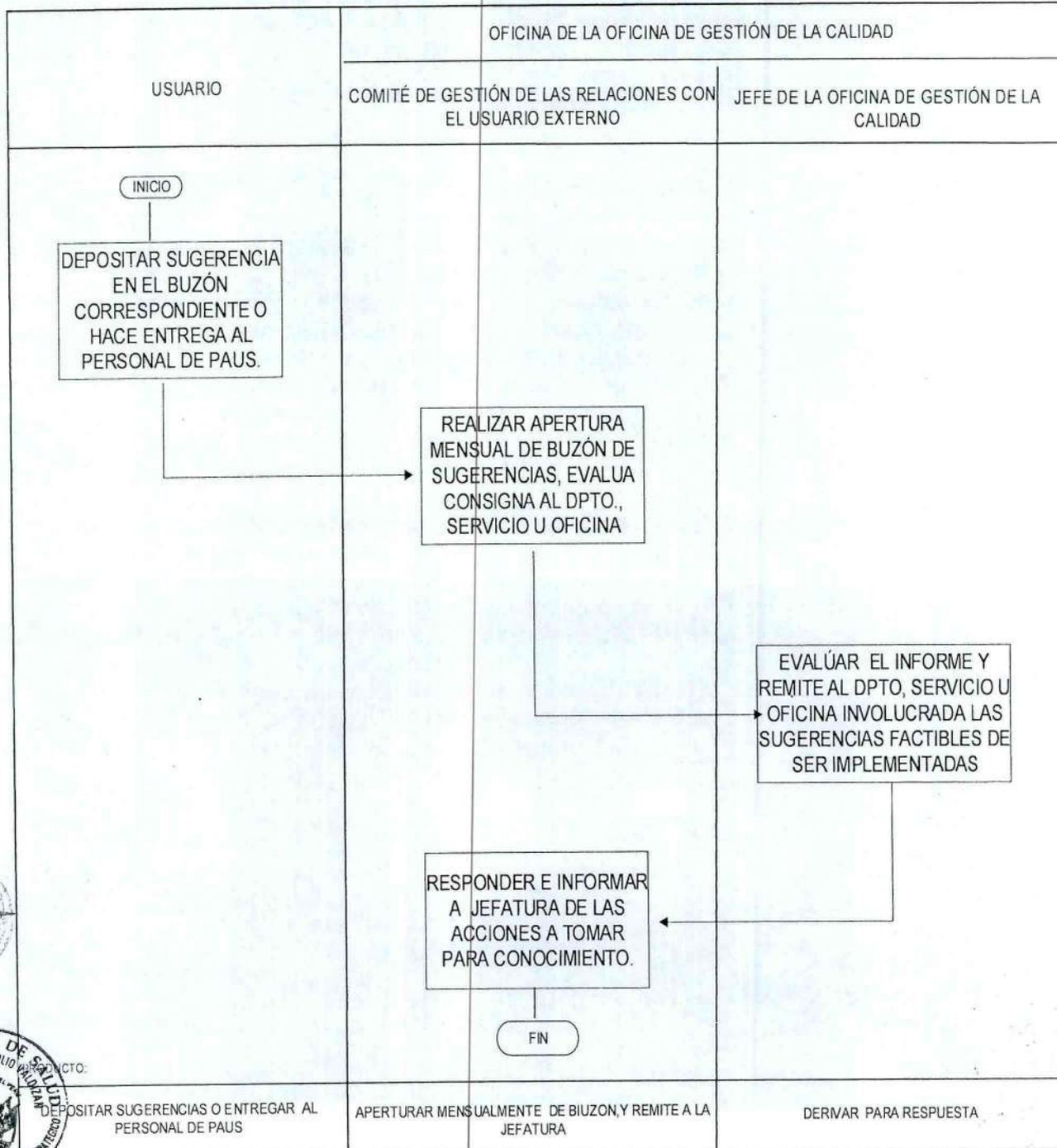
REGISTROS	Formato de Buzón de Sugerencia. Formato de Buzón de Sugerencias.
ANEXOS	Diagrama de Flujo, Formato de hoja de Libro de Reclamaciones.

Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de la Calidad OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS

Nº Procedimiento:	02
Fecha:	5-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UG/DEPE



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO
SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU.-03

PROPÓSITO : Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora en las áreas críticas identificadas y mejorar la calidad de atención institucional, basados en la satisfacción del usuario externo, así como el Nivel de Utilización de los Servicios y los Costos de Oportunidad en la Atención de los pacientes.

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

MARCO LEGAL

- a) Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- b) Ley N° 257815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.
- c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657
- d) Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- e) Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Unidades de gestión de la calidad de Hospitales.
- f) Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- g) Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- h) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud"

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de usuario externos satisfechos de la calidad de atención/ N° de usuarios atendidos x 100	%	Encuesta de satisfacción externo	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Norma Técnica N° 0011-MINSA/DGSP V01 Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGSP V01, Directiva Administrativa de los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica del año 2016, conforme a lo dispuesto en el Artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153
Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán"
Resolución Ministerial N°. 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional del Hospital "Hermilio Valdizán"



Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE	INICIO
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	1. Solicita realizar estudio de satisfacción del usuario externo y requiere muestra de población para el estudio de la Oficina de Estadística e Informática.
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática	2. Provee la Muestra de estudio.
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	3. Realiza reuniones de coordinación y capacitación con el Recurso Humano Voluntario para aplicación de la Encuesta SERVQUAL al usuario externo. Comunica al Jefe de Departamento de Adultos y Gerontes (DSMAG) el inicio de la encuesta en los Servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia.
Encargado de la Encuesta SERVQUAL de la OGC	4. Realiza la capacitación del Recurso Humano voluntario sobre infraestructura, ubicación de las áreas usuaria en los formatos de encuestas establecidos.
Auxiliar Administrativo (Asistente Ejecutiva)	5. Realiza digitación de las encuestas SERVQUAL
Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo	6. Revisa y da informe a la jefatura de los resultados de las encuestas realizadas en las áreas asignadas
Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad	7. Presenta informe final a la Dirección General Socializa el informe final con las áreas involucradas para realizar las acciones de mejora correspondientes. 10. Realiza seguimiento a las acciones de mejora para disminuir el nivel de insatisfacción del paciente
FIN	Final del Procedimiento

ENTRADAS

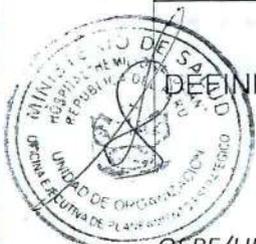
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Estudio de Satisfacción del Usuario Externo, mediante la Encuesta Servqual	Encuesta de los Usuario Externo	Anual	Digital

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe final de estudio satisfacción de usuario	Dirección General	Anual	Digital

DEFINICIONES

Expectativas: Son las "esperanzas" que los usuarios tienen por conseguir algo.
Percepción: Es un proceso que permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar información proveniente de su entorno.



	<p>Encuesta SERVQUAL: Es aquella que interpreta la satisfacción de los usuarios como la diferencia o brecha (P-E) entre sus percepciones (P) y Expectativas (E).</p> <p>Usuario: Paciente o acompañante que acude al establecimiento de salud para ser atendido.</p> <p>Encuesta: Son datos que se obtiene a partir de realizar un conjunto de preguntas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos.</p> <p>Consentimiento informado: Es el procedimiento mediante el cual el usuario acepta voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido en un lenguaje sencillo y práctico los objetivos del estudio y las mejoras que se realizarán posterior a ella.</p> <p>Encuesta de la Satisfacción de Usuario Externo: Es la medición del grado de satisfacción del usuario que asiste a las 3 grandes áreas del HHV, mediante la recopilación de información a través de encuestas que miden percepción y expectativa, analizando la información para consolidarla en un informe final.</p>
REGISTROS	<p>Formulario de encuestas para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia</p> <p>Instrumento de Medición SERVQUAL. Modificado versión 2</p>
ANEXOS	<p>Diagrama de Flujo,</p> <p>Anexo 1: Hoja de encuestas de Consulta Externa</p> <p>Anexo 2: Hoja de encuesta de Emergencia</p> <p>Anexo 3: Hoja de encuesta de Hospitalización</p>



Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad UC OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



S. MARCA I. OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.



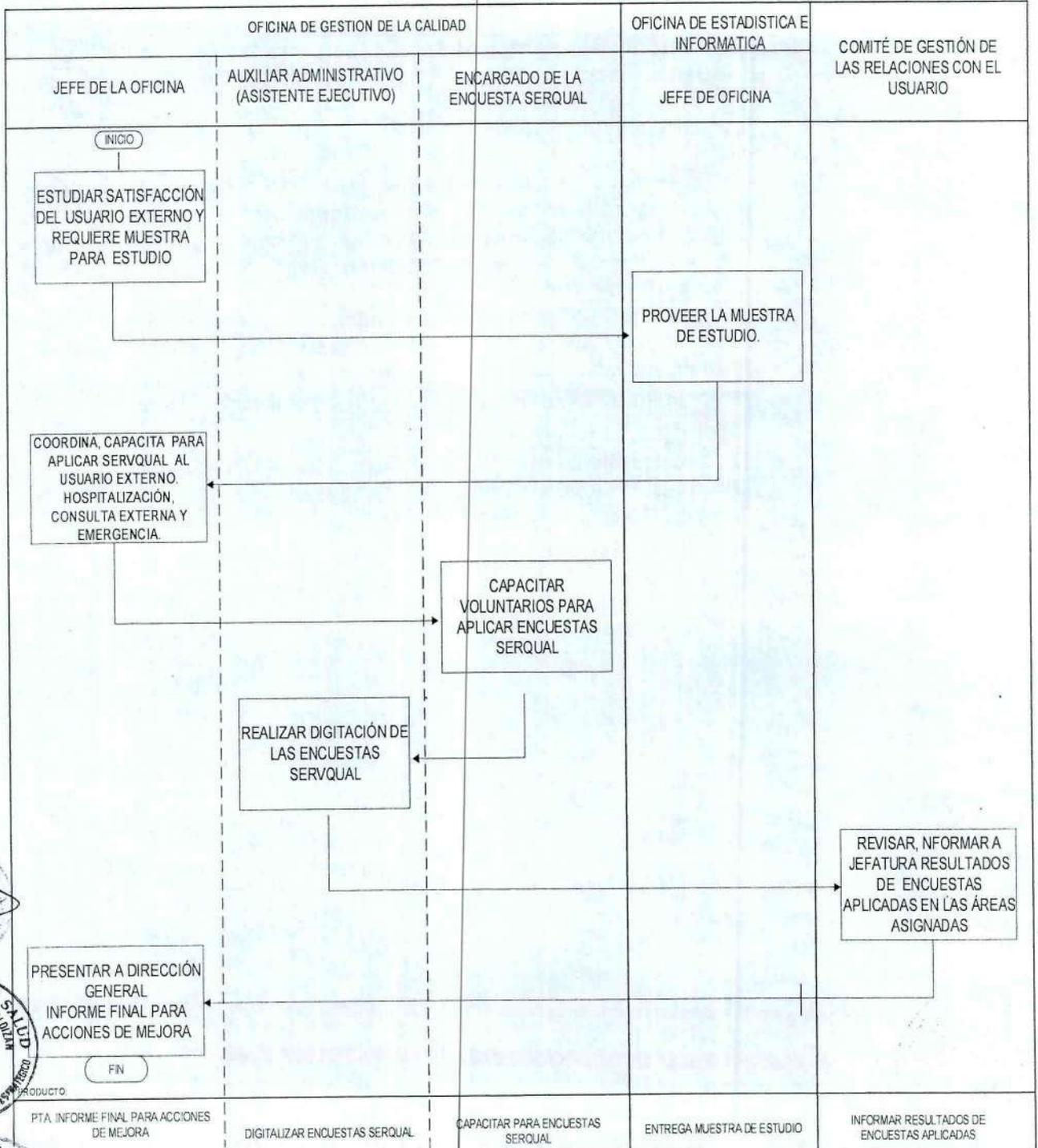
Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL

Nº Procedimiento:	08
Fecha:	5-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UQ/DEPE



Handwritten signature



DEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN MRW/SEMI.

S. MARCA 1a

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO
 SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU.-04
PROPÓSITO :	Reducir la incidencia de Eventos Centinelas asociados a la atención de salud en el Hospital "Hermilio Valdizán", estableciendo una cultura de aprendizaje colectivo a partir del análisis de los Eventos Centinelas.		

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".

MARCO LEGAL

- a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- c) Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo intangible Solidario de Salud
- d) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública
- e) Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM-ROF
- f) Resolución Ministerial 519- 2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- g) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- h) Directiva Sanitaria N° 009-IGSS-V.1, Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Eventos Centinelas analizados/ N° de Eventos Centinela reportados* 100	% Anual de Eventos Centinelas Analizados en el HHV	Informe de análisis eventos centinela. Sistema Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinela	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Resolución Ministerial N°. 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional del Hospital "Hermilio Valdizan"
 Resolución Directoral N° 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Hermilio Valdizán"
 Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad de los Pacientes del Hospital Hermilio Valdizán"
 Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
 Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
 CEPE/SEMI.



Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE

INICIO

Órganos y Unidades Orgánicas (Profesionales de la Salud y Técnicos de Salud

1. Ante la Evidencia o conocimiento de la ocurrencia de un Evento Centinela, implementa acciones inmediatas de corresponder.
Deja constancia de lo ocurrido en la ficha de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (Anexo 2) Reporta a su Jefe Inmediato Superior antes que termine el turno.
Comunica inmediatamente al Jefe de Servicio la ocurrencia del evento centinela, remitiendo la ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela.

Jefe de Departamento y/o Servicio

2. Verifica inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela.
Comunica al Jefe de Servicio y/o Jefe de Departamento, la ocurrencia del Evento Centinela, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela original.
Queda bajo su custodia la Copia de la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela para consolidar la información en la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Servicio (Anexo 3).
Comunica inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela al Director y al responsable de la Oficina de la Oficina de Gestión de la Calidad, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela original al responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Dirección General Imagen Institucional

3. Convoca a los integrantes del Equipo de Análisis del Evento Centinela dentro de las 24 horas siguientes, una vez que éste sea notificado de la ocurrencia del Evento Centinela.
Comunica la ocurrencia del Evento Centinela a los Órganos Directivos del MINSA.

Equipo de Análisis de Evento Centinela.

4. Participan en la aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela (Anexo N° 3), identificando los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras (Anexo N° 4) Registra todas las actividades en actas, las que están a cargo del Secretario Técnico del Equipo (Anexo N° 5)

Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad.

5. Elabora el Informe del Análisis del Evento Centinela. Con el equipo de Análisis del Evento Centinela y los responsables donde se produjo el evento, elabora el Plan de acción y las recomendaciones respectivas (Anexo N° 6).

Responsable de Imagen Institucional

6. Elabora un proyecto de nota de prensa/Comunicado Interno sobre el Evento Centinela, describe el evento presentado, las acciones inmediatas realizadas por el Hospital "Hermilio Valdizán" y los compromisos a corto y mediano plazo asumidos por el titular de la IPRESS, tomados del Plan de Acción respectivo.
Este proyecto de Nota de Prensa/Comunicado Interno es refrendado por el Titular responsable de la IPRESS (Anexo N° 7).



OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad.

7. Reporta mensualmente al Director del Hospital, en el formato de Monitoreo, el estado de implementación de las recomendaciones del Plan de Acción (Anexo N° 8).
Reporta mensualmente al MINSA el indicador: Porcentaje de Eventos Centinela Gestionados (Anexo N° 9).

FIN Final del Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Notificación de Eventos Centinelas.	Ficha de Registro de Eventos Centinelas.	Mensual	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe del Registro de Eventos Centinelas.	Dirección General	Mensual	Ficha de Registro de Eventos Centinelas.

DEFINICIONES

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

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

Daño: Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.

Discapacidad: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de un individuo.

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

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

Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.

Prevención de Riesgo: Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reparación reduciendo su impacto.

Protocolo de Londres: Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos". Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Su propósito es facilitar la

R. Zapata



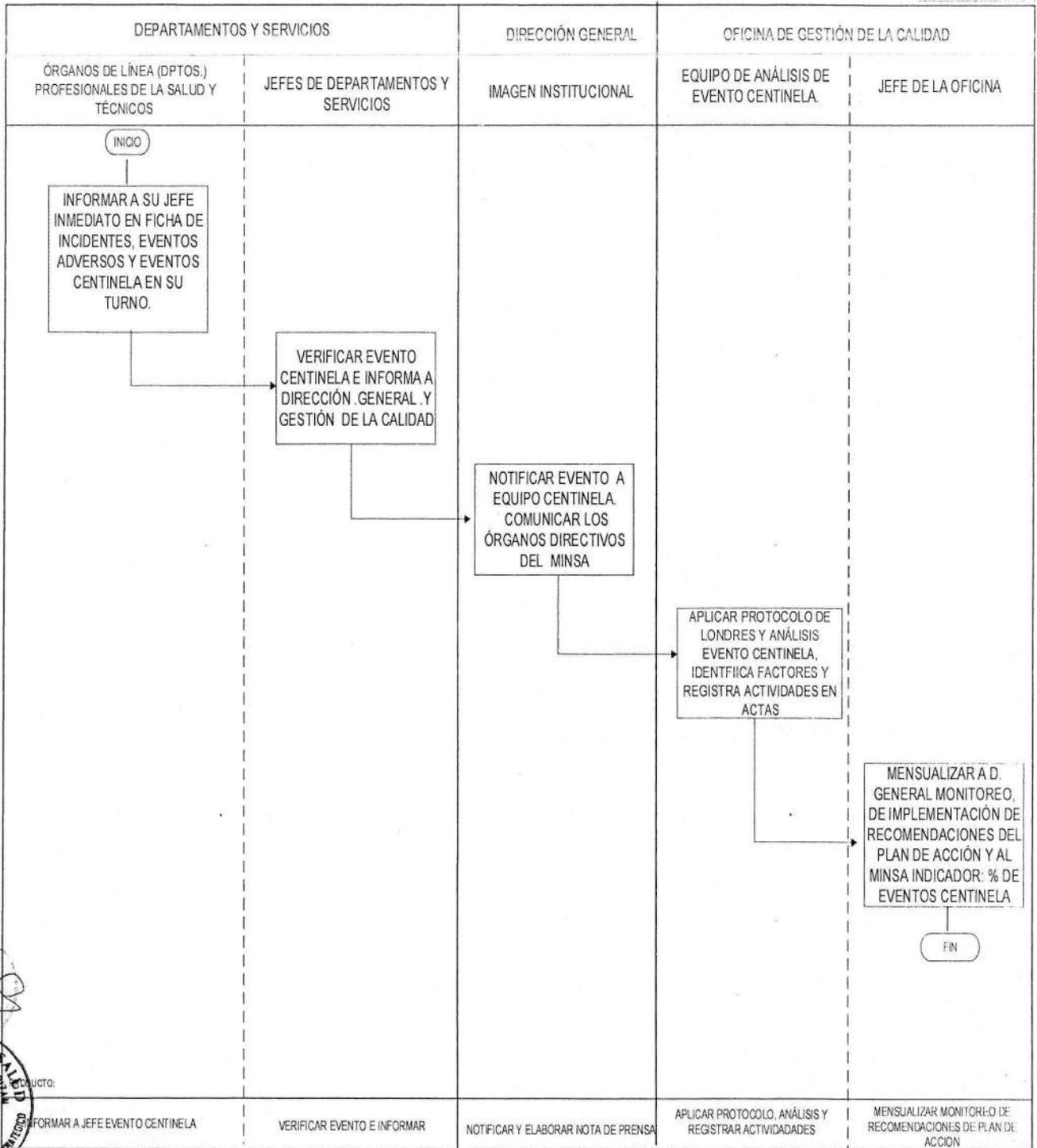
UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

	investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Riesgo: Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
REGISTROS	Reporte de la ocurrencia del Evento Centinela, Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela, Identifica los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras, Formato de Acta de Reunión, Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres, Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno, Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres, Indicador : Porcentaje de Eventos Centinela Analizados
ANEXOS	Diagrama de Flujo, Registro y Notificación de Evento Centinela Anexo 1 Ficha de Registro de Incidentes: Eventos adversos y Eventos Centinelas Anexo 2: Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela. Anexo 3: Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras Anexo 4: Formato de Acta de Reunión Anexo 5: Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres. Anexo 6: Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno. Anexo 7: Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres. Anexo 8: Indicador: Porcentaje de Eventos Centinela Analizados .

Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad UO. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General

PROCEDIMIENTO: NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA

Nº Procedimiento: _____
Fecha: 5 de 18
Situación: ACTIVA
Laborado: UO/SEMI



R. Zapata

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN
UNIDAD EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN
REPUBLICA DEL PERÚ
UNIDAD EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
SEMI

S. MARCA I.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO		
SUBPROCESO:	SEGURIDAD DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU.-05
PROPÓSITO :	Identificar oportunamente Incidentes y Eventos Adversos para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.		
ALCANCE	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	a) Ley N° 26842, Ley General de Salud. b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. c) Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud. d) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública. e) Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM-ROF. f) Resolución Ministerial 519- 2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". g) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud. h) Directiva Sanitaria N° 005-IGSS-V.1, denominada "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela".		

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de UPSS que reportan incidentes y/o <i>Eventos Adversos en el HHV.</i>	% de UPSS que Reportan <i>Eventos Adversos/ N° de UPSS de la IPRESS x 100</i>	Sistema de Notificación de <i>Eventos Adversos y Eventos Centinela.</i>	Oficina Gestión de la <i>Calidad.</i>

NORMAS

Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Hermilio Valdizán".
 Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
 Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE INICIO

OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.



Órganos y Unidades Orgánicas (Profesionales de la Salud y Técnicos de Salud)	1. Ante la Evidencia o conocimiento de la ocurrencia de un Incidente o Evento Adverso, implementa acciones inmediatas de corresponder. Deja constancia de lo ocurrido en la ficha de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (Anexo 2). Reporta a su Jefe Inmediato Superior antes que termine el turno.
Jefe de Órganos y Unidades Orgánicas	2. Se hace cargo de la custodia de la Ficha de Registro de Incidentes y Eventos Adversos reportadas durante el mes, las mismas que debe remitir al Jefe del Servicio el primer día útil del mes siguiente.
Jefe de Servicio	3. Recepciona las Fichas de Registro, consolida la información y en un plazo no mayor a cinco (5) días útiles, remite al Jefe de Departamento la "Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio" (Anexo 3) junto con las fichas de registro. De no haberse reportado ningún incidente o evento adverso durante el mes, deberá remitir la matriz de consolidación con la leyenda "NO SE REPORTARON INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS".
Jefe de Departamento	4. En un plazo no mayor a dos días útiles, cada Jefe de Departamento, deberá remitir al responsable de la oficina de Gestión de la Calidad la "Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio" (Anexo 3), junto con las fichas de registro de Incidentes y Eventos Adversos recolectados. Implementa acciones correctivas después de hacer un análisis mensual de los incidentes o eventos adversos más frecuentes,
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad.	5. Recepciona e integra todas las Matrices de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos de todos los servicios del hospital en una sola matriz. Clasifica los incidentes y eventos adversos registrados según la categoría y tipo de evento adverso (anexo 2). Consolida la información en la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del HHV (Anexo 4). Remite información mensual a los órganos directivos del MINSA.
FIN	Término de Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.	Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.	Trimestral	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe del Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.	Dirección General	Trimestral	Mecanizado

R. Zapata



DEFINICIONES

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

Daño: Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.

Error: Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).

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

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

Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.

Prevención del Riesgo: Son acciones que buscan: disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

Riesgo: Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

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

REGISTROS

Ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas
Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio

Categoría y Tipo de Eventos Adversos

Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del HHV

Indicadores de Evaluación para IPRESS del II y III Nivel de Atención

Diagrama de Flujo,

ANEXOS

Registro y Notificación de Eventos Adversos

Anexo 1 Ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas

Anexo 2: Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio



Anexo 3: Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del HHV

Anexo 4: Indicadores de Evaluación para IPRESS del II y III Nivel de Atención

Anexo 2: Reporte de la ocurrencia del Evento Centinela.

Anexo 3: Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela.

Anexo 4: Identifica los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras

Anexo 5: Formato de Acta de Reunión

Anexo 6: Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres.

Anexo 7: Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno.

Anexo 8: Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres.

Anexo 9: Indicador: Porcentaje de Eventos Centinela Analizados.

Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad	OEPE-Unidad de Organización	Dirección General
UO. OEPE	-S.E.M.I.	

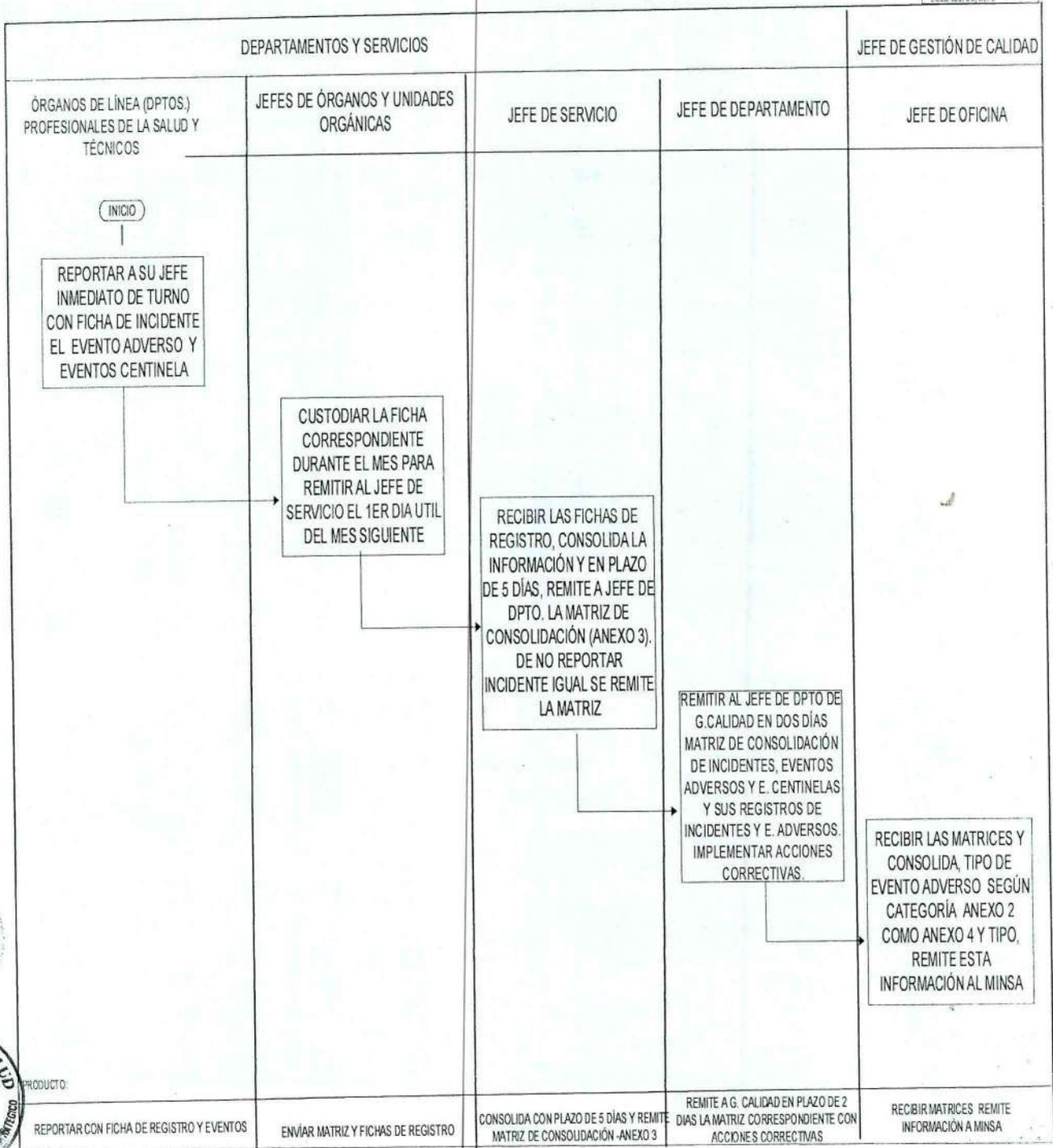


S. MARCA I.

OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS

Nº Procedimiento:	05
Fecha: 05.12.2018	
Situación: ACTUAL	
Elaborado: UO/DEPE	



Supate



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UO/DEPE)

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO
SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	FECHA	2018
		CÓDIGO	SSU- 06

PROPÓSITO : Contribuir a la calidad de atención en el Hospital "Hermilio Valdizán" mediante la identificación de prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención en salud. La valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad. La generación de compromisos con las Unidades Orgánicas para mejorar la seguridad del paciente. La disminución de los riesgos del paciente durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras.

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".

MARCO LEGAL

- a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- c) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.
- d) Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V.1, denominada "Ronda de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- e) Resolución Ministerial 676-2009/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- f) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de UPSS que cumplen con buenas prácticas de seguridad/ Total de UPSS*100	%	Informe trimestral de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad.	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
Resolución Directoral D N° 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad.
Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad de los Pacientes del Hospital Hermilio Valdizán.
Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos



Adversos y Eventos Centinelas.
Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1, Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
RESPONSABLE	INICIO
Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad	1. Solicita a la Dirección General oficializar la conformación del Comité de Seguridad del Paciente y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente mediante RD.
Dirección General	2. Emite y proporciona RD de conformación del Comité de Seguridad del Paciente así como aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.
Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad	3. Comunica a los directivos de las unidades orgánicas mediante memo y/o correos electrónicos inicio anual de las rondas de seguridad. Elabora el cronograma anual de Ronda de Seguridad del Paciente. Convoca a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, según cronograma elaborado. Determina el listado final de los criterios que se aplicaran para el servicio a visitar. El responsable de la Oficina de Calidad será el Secretario técnico del Comité, encargado del registro y custodia de la información relacionada a Ronda de Seguridad del Paciente.
Comité de Seguridad del Paciente	4. Se reúne y mediante sorteo identifica el servicio a ser visitado el mismo día de la programación. El Comité realiza la visita en un horario diferente a la visita médica en un máximo de dos horas.
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad.	5. Junto a su Comité de trabajo realiza la valoración de Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente. Realiza priorización de los riesgos identificados en la ronda de Seguridad del Paciente. Remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Comité de Seguridad del Paciente. Elabora el informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas. Comunica a Departamentos y servicios acciones inseguras encontradas para la implementación de plan de Acción respectivo.
Jefe de departamento y/o Servicio	6. Informa a la Oficina de Calidad el Plan de Acción a ser implementado con asistencia técnica de la Oficina de Calidad.
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad	7. Emite informe trimestral y lo remite a los órganos directivos correspondientes.
FIN	Final del procedimiento.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Memo de comunicación de inicio de Rondas de Seguridad.	Instrumento - Listado de Criterios de Evaluación	Trimestral	Informatizado / Mecanizado

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Ronda de Seguridad del Paciente.	Dirección General	Trimestral	Informatizado / Mecanizado



DEFINICIONES	<p>Apreciación del riesgo: Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.</p> <p>Acción insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del Comité. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.</p> <p>Cultura de Seguridad: Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.</p> <p>Daño: Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.</p> <p>Evento Adverso: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.</p> <p>Evento Centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.</p>
REGISTROS	<p>Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente, Listado de Criterios de Evaluación, Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad, Priorización de las intervenciones para erradicar, reducir o mitigar los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad, Plan de acción, Ficha de Monitoreo, Indicadores de Evaluación</p>
ANEXOS	<p>Diagrama de Flujo</p> <p>Anexo 1: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente</p> <p>Anexo 2: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad</p> <p>Anexo 3: Priorización de las intervenciones para erradicar, reducir o mitigar los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad</p> <p>Anexo 4: Plan de acción.</p> <p>Anexo 5: Ficha de Monitoreo</p> <p>Anexo 6: Indicadores de Evaluación</p>



Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad UO. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
S.E.M.I.



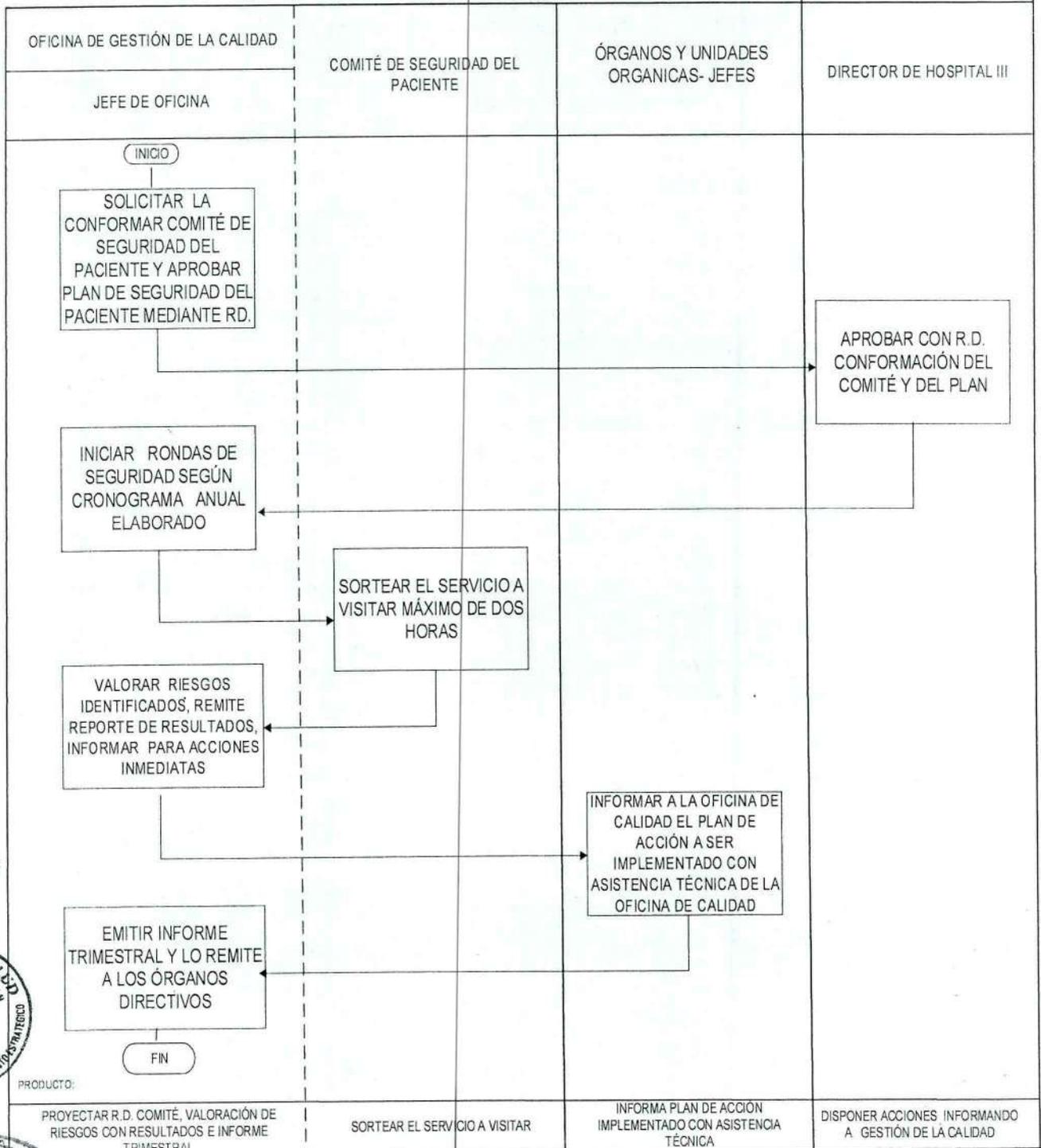
Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

PROCEDIMIENTO: RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº Documento:	
Fecha:	05.12.2018
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UO/OEPE



OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN MRV/SEMI.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO:	AUDITORIA Y ACREDITACIÓN		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	FECHA	2018
		CÓDIGO	EMC-07
PROPÓSITO :	Garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital "Hermilio Valdizán", para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.		
ALCANCE	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	<p>a) Ley N° 26842 - Ley General de Salud</p> <p>b) Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p> <p>c) Ley N° 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.</p> <p>d) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública</p> <p>e) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</p> <p>f) Decreto Supremo N° 043- 2003- PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p> <p>g) Decreto Supremo N° 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>h) Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.</p> <p>i) Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</p> <p>j) Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p>k) R.M. N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"</p> <p>l) Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica"</p> <p>m) Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo.</p>		

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de evaluaciones de los registros de atención/N° de evaluaciones programadas *100	Porcentaje de auditorías	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN



Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

N° Auditorías programadas realizadas/N° Total de Auditorías programadas*100	Porcentaje de auditorías	Informe del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
N° de Auditorías de caso	Número de Auditorías	Informe del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
 NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención.
 Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE	INICIO
Jefe de la Oficina de Gestión De La Calidad	1. Solicita a la Oficina de Estadística e Informática, las historias clínicas a auditar, de acuerdo a los criterios establecidos en el plan de auditoría.
Jefe de la Oficina de Estadística e informática	2. Determina la muestra mediante un sistema aleatorizado y dispone la entrega de historias clínicas al Comité de Auditoría Médica
Comité de Auditoría Médica	3. Recibe historias clínicas Recopila información de acuerdo al formato de auditoría Audita y entrega conclusiones al presidente del comité Elabora proyecto de informe de auditoría con recomendaciones a implementar en el hospital.
Jefe de la O.G. Calidad	Revisa el informe, visa y eleva a la dirección general
Director de Hospital III	Toma conocimiento y dispone las acciones que corresponden, informando de ello a la Oficina de Gestión de la Calidad.
Comité de Auditoría Médica	Realiza seguimiento de las recomendaciones y eleva informe trimestral a la dirección
FIN	Final del procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	O. Gestión de la Calidad	Mensual	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informes de Seguimiento	Dirección del Hospital	Mensual	Mecanizado

DEFINICIONES
Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Constituye el documento en que se establece la relación de actividades de auditoría que dentro del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad.



	<p>Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad en los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p> <p>Auditoría de Caso: (AC) Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genera repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada.</p>
REGISTROS	Cronograma de Auditoria Médica
ANEXOS	Diagrama de Flujo Anexo 1: Flujograma Anexo 2: Modelo General de Informe de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría Programada)

219



Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de la Calidad UO. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General

OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
S. MARGA/SEMI.

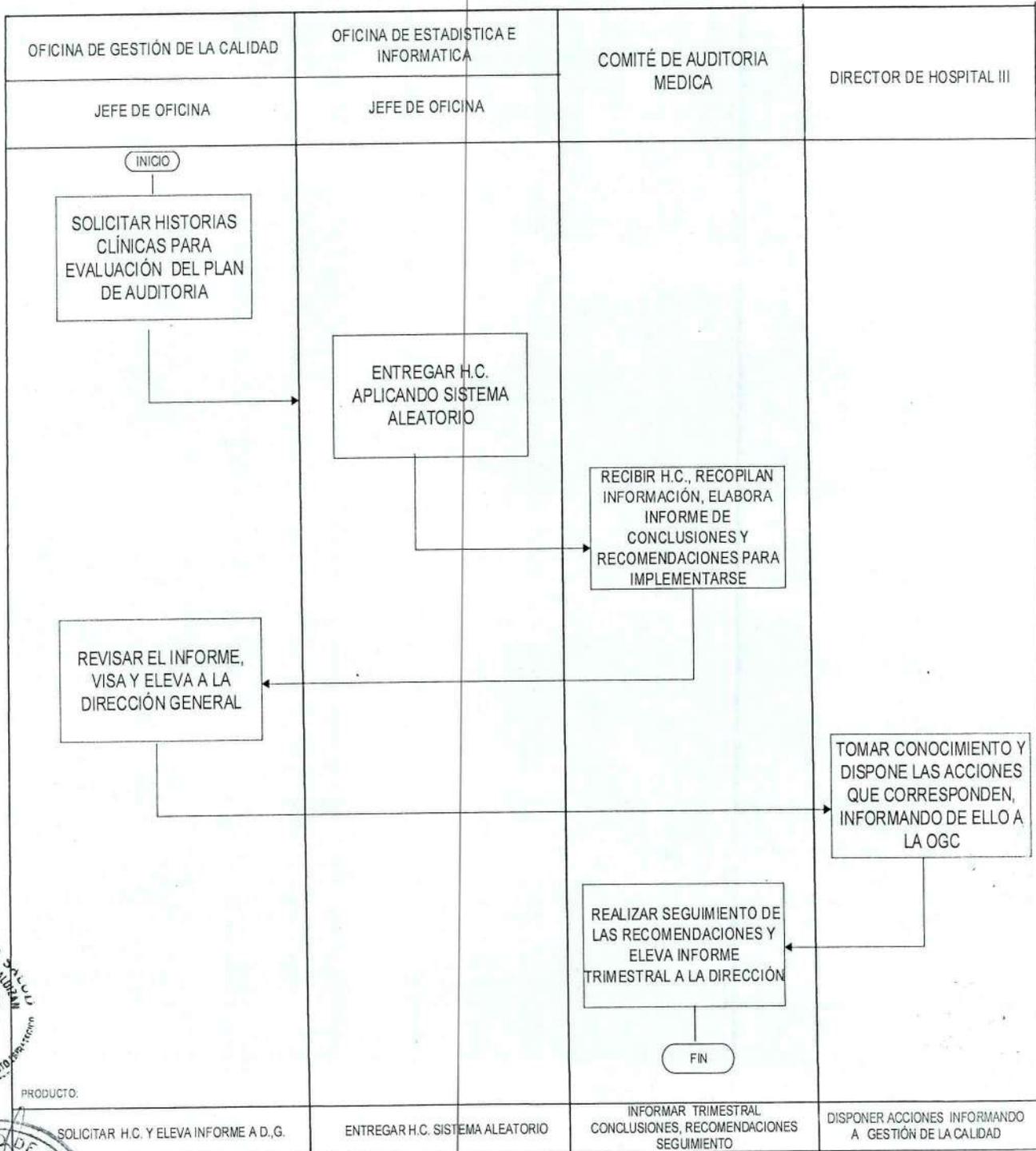


Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

PROCEDIMIENTO: AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Nº Procedimiento:	07
Fecha:	5-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	VO/OEPE



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD
 SUBPROCESO: AUDITORÍA Y ACREDITACIÓN

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE LA ATENCIÓN	FECHA	2018
		CÓDIGO	EMC.-08

PROPÓSITO : Garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital "Hermilio Valdizán", para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

ALCANCE : Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".

MARCO LEGAL

- a) Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- b) Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Ley N° 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.
- c) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública
- d) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- e) Decreto Supremo N° 043- 2003- PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- f) Decreto Supremo N° 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.
- g) Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
- h) Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- i) Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- j) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- k) Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica"
- l) R.M. N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTSN° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo.

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de evaluaciones de los registros de atención/Nº de evaluaciones programadas *100	Porcentaje de auditorías	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad



COPIA/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
 KARVISEMI.



Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

N° Auditorías programadas realizada/ N° Total de Auditorías programadas*100	Porcentaje de auditorías	Informe del Comité de Auditoría	Oficina de Gestión de la Calidad
--	--------------------------	---------------------------------	----------------------------------

NORMAS

Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
 NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
 Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE	INICIO
Oficina de Gestión de la Calidad	1. Solicita a la Oficina de Estadística e Informática, las historias clínicas cuyos registros van a ser evaluados, de acuerdo a los criterios establecidos en el Plan de Auditoría
Jefe de la Oficina de Estadística e informática	2. Determina la muestra mediante un sistema aleatorizado y dispone la entrega de historias clínicas al Comité de Auditoría
Comité de Auditoría Médica	3. Recibe historias clínicas. Recopila información de acuerdo a los Formatos de evaluación de Registros y entrega conclusiones al Presidente del Comité. Elabora proyecto de informe con recomendaciones a implementar en el Hospital
Jefe de la O.G. Calidad	4. Revisa el informe, visa y eleva a la Dirección General
Director de Hospital III	5. Toma conocimiento y dispone las acciones que corresponden, informando de ello a la Oficina de Gestión de la Calidad
Comité de Auditoría Médica	6. Realiza seguimiento de las recomendaciones y eleva informe trimestral a la Dirección General del Hospital.
FIN	Final del Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Ofic. Gestión de la Calidad	Mensual	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informes de Seguimiento	Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	Mecanizado

DEFINICIONES

Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:
 Constituye el documento en que se establece la relación de actividades de auditoría que dentro del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad.



Auditoría de Gestión Clínica o de Gestión Sanitaria: es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos.

Evaluación de la calidad de los registros asistenciales: Es el procedimiento a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente.

Se podrán utilizar según corresponda, los formatos de evaluación de:

- Registros del Médico: Notas de evolución, Hoja de Indicaciones, interconsultas y

demás notas clínicas correspondiente al profesional.

- Registros del (de la) Enfermero(a): Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos

Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería

- Registros del (de la) Obstetra no Médico Cirujano: Hoja de Balance Hídrico,

Partograma, Historia Clínica Materno-Perinatal, Kárdex de Obstetricia y Hoja Gráfica de Signos Vitales

- Registros del Odontólogo: Historia clínica odontológica y el odontograma.

Los formatos de evaluación de la calidad de registro y sus instrucciones, así como un

tipo de formatos para evaluar auditoria de la calidad estarán colocados en la página

VWEB del MINSa para poder descargados.

REGISTROS	Cronograma de Evaluación de Registros
ANEXOS	Evaluación de la Calidad de Registros de Atención Anexo 1: Formato de evaluación de la calidad de registro en Consulta externa Anexo 3: Formato de evaluación de la calidad de registro en Emergencia Anexo 4: Formato de evaluación de la calidad de registro en Hospitalización

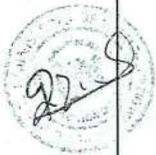
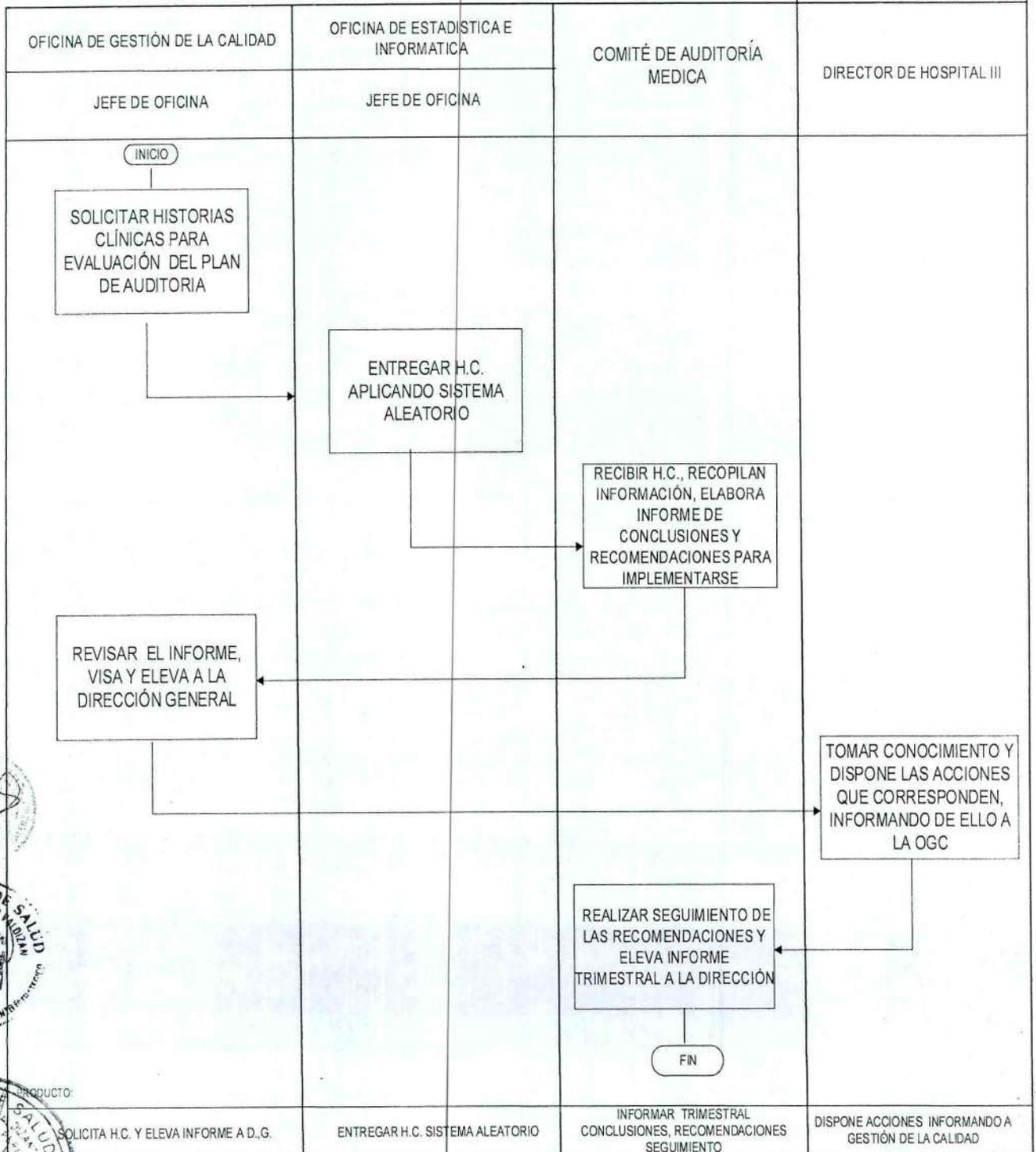
Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad O. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

PROCEDIMIENTO: EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE ATENCIÓN

Nº Procedimiento:	08
Fecha:	5-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UO/OEPE



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD		
SUBPROCESO:	AUDITORIA Y ACREDITACIÓN		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA	FECHA	2018
		CÓDIGO	EMC.-09
PROPÓSITO :	Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación de los procesos y macro procesos establecidos para hospitales de categoría III-1 a fin de promover acciones y planes de mejora continua de la calidad de atención en el Hospital "Hermilio Valdizán".		
ALCANCE	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	a) Ley N° 26842 Ley General de Salud b) Ley N° 27815 Ley de Código de Ética de la Función Pública. c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud d) Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, donde aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo e) Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA Aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo f) Resolución Ministerial N° 797-2003-S.A. aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán"		

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Porcentaje de cumplimiento de estándares de macroprocesos	Porcentaje	Hoja de Registro de Datos de Autoevaluación - Informe de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación

NORMAS

Resolución Ministerial N° 797-2003 SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán".
 Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 Resolución Directoral N° 112-DG/HHV-2018 conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.
 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE INICIO





Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

Oficina de Gestión de la Calidad	1. Elabora el Plan de Autoevaluación, conformación del Equipo de evaluadores internos, conformación del Equipo de Acreditación
Dirección General	2. Emite y proporciona Resolución Directoral - R.D. de la conformación del Comité de Acreditación, emite y proporciona RD de conformación del Equipo de Evaluadores Internos, emite y proporciona RD de aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital "Hermilio Valdizán".
Equipo de Acreditación	3. Realiza evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables al Hospital "Hermilio Valdizán".
Oficina de Gestión de la Calidad	4. Realiza evento de capacitación de los evaluadores Internos y Jefes de servicio, entrega cronograma de actividades de autoevaluación y refuerza los contenidos de la Guía del Evaluador Interno. A través de la Dirección General comunica a los directivos de las unidades orgánicas y evaluadores internos mediante Memorando y/o correos electrónicos fecha de inicio de la autoevaluación. Convoca a Equipo Evaluador, entrega programación, material e instrumentos para la autoevaluación
Equipo de Evaluadores Internos del HHV	5. Realizan la evaluación de acuerdo a un cronograma y distribución de los macro procesos y hacen entrega de: a. Hoja de Registro de Datos de Autoevaluación a la Unidad Orgánica evaluada. b. Hoja de Registro de Datos de Autoevaluación y Hoja de Recomendaciones a la Oficina de Gestión de la Calidad
Oficina de Gestión de la Calidad	6. Revisa y analiza Hoja de Registro de Datos de Autoevaluación y Hoja de Recomendaciones. Hace llegar resultado al Comité de Acreditación y a la Unidad Orgánica correspondiente para el levantamiento de observaciones y la implementación de acciones o planes de mejora
Equipo de Acreditación	7. Emite informe final previo procesamiento y análisis de datos e informa a Dirección General
Órganos y Unidad Orgánica del HHV	8. Informa a la Oficina de Gestión de la Calidad acciones o planes de mejora implementadas para el levantamiento de observaciones y la mejora de la calidad
Oficina de Gestión de la Calidad	9. Realiza el seguimiento del levantamiento de observaciones a las Unidades Orgánicas involucradas.
FIN	Final del Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE

FUENTE

FRECUENCIA

TIPO

OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.



Proceso de Autoevaluación HHV	Plan Anual de Autoevaluación Hospital "Hermilio Valdizán"	Anual	Mecanizado
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe final de autoevaluación HHV	Dirección General del HHV	Anual	Mecanizado
DEFINICIONES	<p>Acreditación: Es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a compartir si una entidad prestadora cumple con los estándares establecidos que brindan seguridad en la atención y que generan ciclos de mejoramiento continuo.</p> <p>Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.</p> <p>Listado de estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio</p>		
REGISTROS	Listado de estándares de acreditación aplicables al Hospital Hermilio Valdizán, Hoja de Registro para Autoevaluación, Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación, Hoja de Recomendaciones, Matriz de Selección.		
ANEXOS	Autoevaluación Anexo 1: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación Anexo 2: Hoja de Recomendaciones Anexo 3: Matriz de Selección		

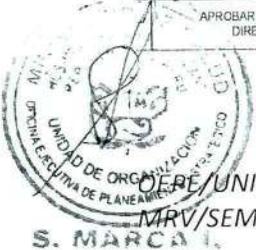
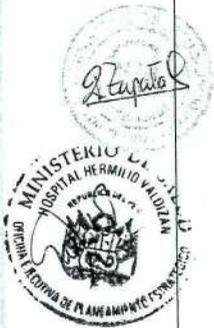
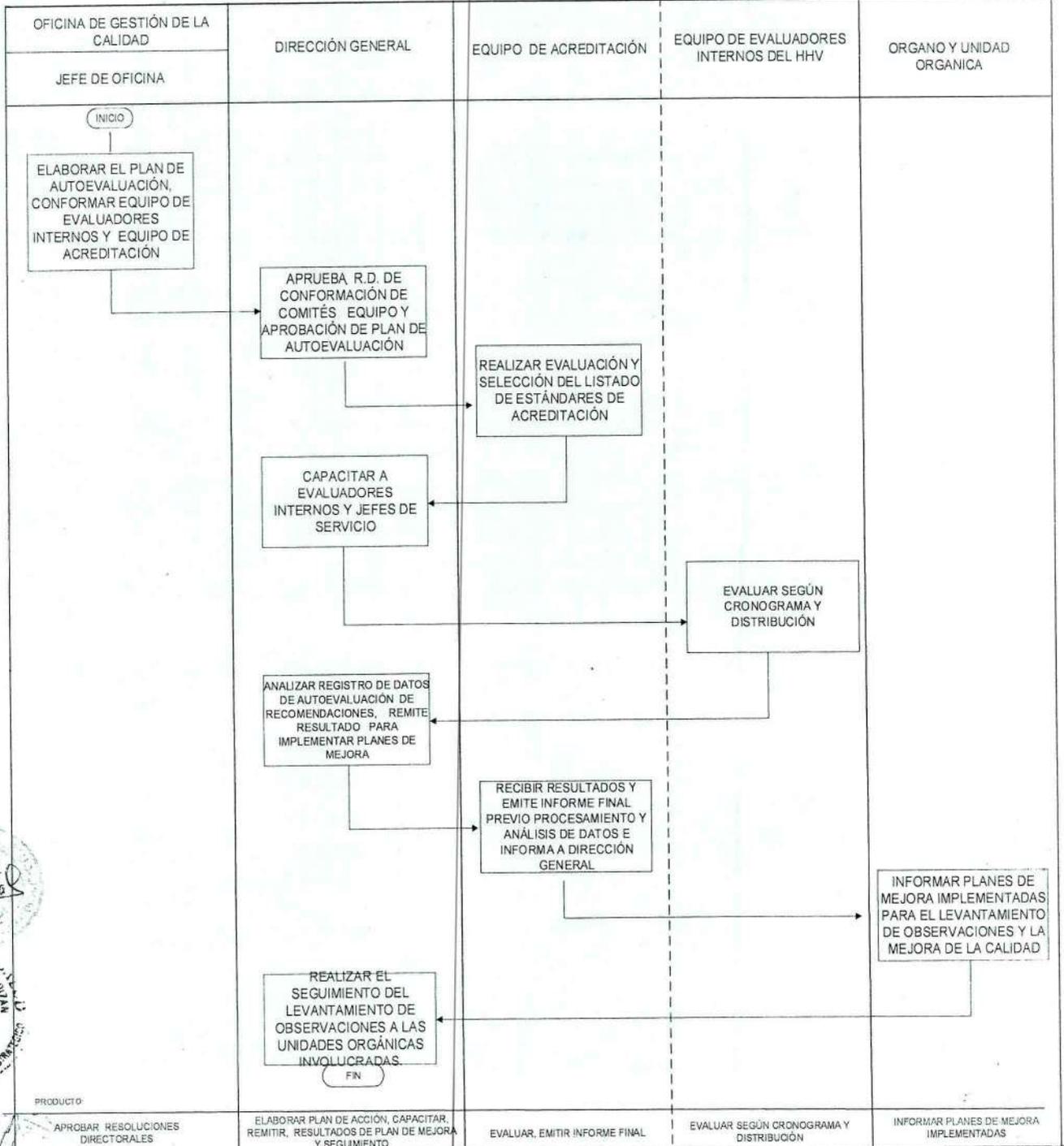
R. Zapata



Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad UO. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General

PROCEDIMIENTO: AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA

Nº Procedimiento: 05
 Fecha: 5 de 18
 Situación: ACTUAL
 Elaborado: P. Z. C. P. E.



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	MEJORA CONTINUA		
SUBPROCESO:	PROCESO DE PLANEAMIENTO		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)	FECHA	2018
		CÓDIGO	MC - 10
PROPÓSITO :	Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización de uso de los recursos.		
ALCANCE	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	a) Ley N° 26842 Ley General de Salud b) Ley N° 257815 Ley de Código de Ética de la Función Pública. c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657 d) Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud. e) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud" f) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, aprueba las normas para elaboración de Documentos Técnicos Normativos del Ministerio de Salud. g) Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de la Guía de Práctica Clínica del MINSA h) Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, aprueba el documento técnico metodológico para la elaboración de Guías Prácticas Clínicas		

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Guías aprobadas en determinado tiempo/ N° de Guías programadas en determinado tiempo*100	% N° de GPC aprobadas por RD en tiempo determinado	registro de trámites de GPC aprobada con RD	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud (RM N° 526-2011/MINSA)
 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (RM N° 302-2015/MINSA)
 Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica (R.M.N° 414-2015/MINSA)
 NT N° 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma técnica para elaboración de Guías de Práctica Clínica.
 Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.





Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
Organo y/o Unidad Orgánica	INICIO	1. Solicita aprobación de Guías de Práctica Clínica	
Oficina G. de la Calidad Auxiliar Administrativo(A. Ejecutiva)		2. Recepciona, registra el proyecto de guía de práctica clínica de los órganos y deriva al jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.	
Jefe de Gestión de la Calidad		3. Recibe proyecto de guía de práctica clínica, evalúa, revisa y pide opinión técnica a especialistas del tema.	
Equipo Elaborador de Guia de la Práctica Clínica Médico Especialista		4. Revisa los proyectos de guía práctica clínica de las unidades orgánicas, observa y los devuelve al órgano correspondiente	
Jefe de Gestión de la Calidad		5. En caso de haber observaciones indica devolver el proyecto al órgano correspondiente para levantar observaciones.	
Órgano y/o Unidad Orgánica		6. Recibe y revisa los proyectos de guía de práctica clínica de las unidades orgánicas, hace las observaciones y devuelve los proyectos de guía de práctica clínica para ser remitidos al órgano correspondiente	
Jefe de Gestión de la Calidad		7. En caso de haber observaciones indica devolver el proyecto al órgano correspondiente para levantar observaciones. en caso de no haber observaciones elabora informe con opinión favorable para la aprobación de las guías de práctica clínica y lo remite a la Dirección General para la respectiva aprobación con Resolución Directoral	
Asistente Ejecutiva		8. Recibe y deriva a la Dirección General para la aprobación de las GPC	
Director de Hospital III		9. Aprueba las Guías de la Práctica Clínica	
Jefe de Gestión de la Calidad		10. Recibe aprobación de la guía de Práctica Clínica con Resolución Directoral y remite a las Unidades Orgánicas correspondientes	
FIN		Término de Procedimiento	

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Memorando solicitando aprobación de GPC	Dptos. y/o Servicios	Semestral	Informatizado / Mecanizado

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO



UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.
S. MARCA I.

1. Memorando informando la aprobación de GPC	Dptos. y/o Servicios	Semestral	Informatizado / Mecanizado
DEFINICIONES	<p>Guía de Práctica Clínica (GPC): Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objeto de optimizar la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.</p> <p>Medicina Basada en Evidencia (MBE): Es el uso concienzudo, juicioso y explícito de la mejor evidencia científica disponible, para la toma de decisiones al momento de brindar una atención de salud, sea esta individual y/o colectiva.</p>		
REGISTROS	No corresponde		
ANEXOS	Diagrama de Flujo		

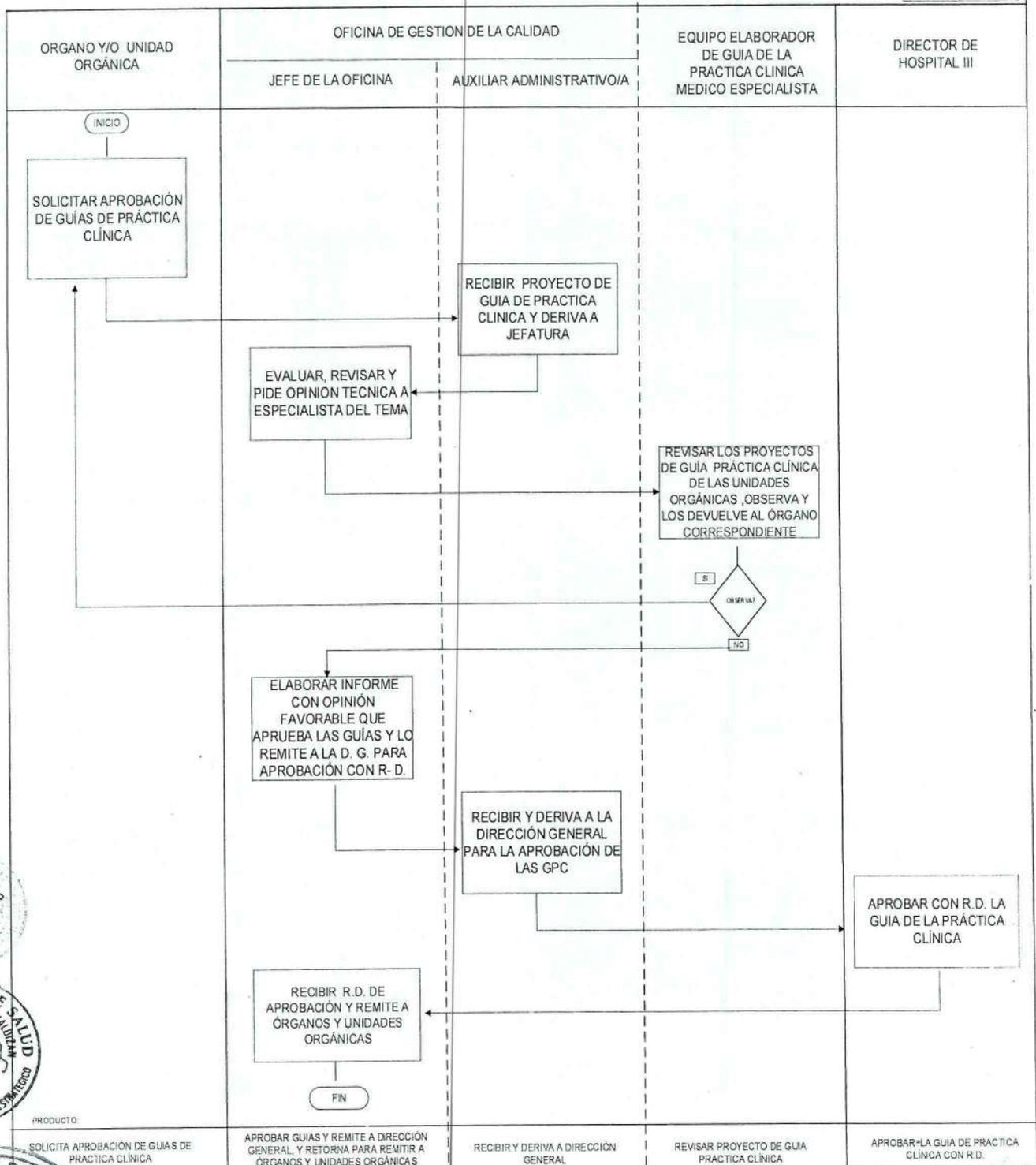


Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad	OEPE-Unidad de Organización	Dirección General
UO. OEPE	-S.E.M.I.	



OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

S. MARCA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	MEJORA CONTINUA		
SUBPROCESO:	PROCESO DE PLANEAMIENTO		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	FECHA	2018
		CÓDIGO	MC - 11
PROPÓSITO :	Contribuir a mejorar la calidad de atención mediante la elaboración de proyectos, planes y acciones de mejora continua las que se desarrollan a partir de las oportunidades de mejora provenientes de los procesos de auditoría, autoevaluación, seguridad del paciente, así como de la percepción de los usuarios externos expresadas en la encuesta SERVQUAL, en el buzón de sugerencias y en el libro de reclamaciones del Hospital "Hermilio Valdizán"		
ALCANCE	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	<p>a) Ley N° 26842 Ley General de Salud</p> <p>b) Ley N° 257815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657</p> <p>d) Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.</p> <p>e) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, aprueba las normas para elaboración de Documentos Técnicos Normativos del Ministerio de Salud.</p> <p>f) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".</p> <p>g) Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".</p> <p>h) Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.</p> <p>i) Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.</p>		
ÍNDICE DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Proyectos, planes, acciones de mejora programados en determinado tiempo/ N° de Proyectos, planes, acciones de mejora presentados en determinado tiempo	RD de Proyecto, plan, acciones de mejora elaborado	Matriz de Plan de trabajo	Oficina de Gestión de la Calidad
NORMAS			
<p>Norma Técnica -NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</p> <p>Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA Aprueba Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</p> <p>Norma Técnica -NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p>			



COEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

Resolución Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
 Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	
RESPONSABLE	INICIO
Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad	1. Solicita la evaluación anual del año anterior de todos los ejes estratégicos de Calidad. Cita a reunión a todos los integrantes del Comité de Mejora Continua y al equipo de Gestión de la Calidad para proponer proyectos, planes, acciones de mejora, según las oportunidades de mejora encontradas.
Equipo Responsable del Desarrollo e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del HHV Y Comité Mejora Continua de la Calidad	2. Realiza un análisis del problema identificado.
Equipo Responsable del Desarrollo e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del HHV	3. Determina los objetivos, metas, plan de acción y cronograma del proyecto.
Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad	4. Remite el Proyecto, Plan o Acciones de Mejora a la Dirección General para la probación con Resolución Directoral.
Asistente Ejecutiva	5. Recibe y deriva el documento a la Dirección General para su respectiva aprobación con Resolución Directoral
Director de Hospital III	6. Aprueba con Resolución Directoral-R.D.
Asistente Ejecutiva	7. Recibe los documentos aprobados con Resolución Directoral
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	8. Socializa los Proyectos, Planes, Acciones de Mejora, y da inicio a la fase de ejecución. Realizó la evaluación correspondiente y emite un informe final a la Dirección General
Dirección General	9. Institucionalización de Resolución Directoral
FIN	Final del Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Memorando a D. G. p/aprobación de Proyecto, Plan, Acciones de mejora Continua	Oficina de Gestión de la Calidad	Cuando se requiera	Informatizado / Mecanizado

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe Final	Dirección General	Anual	Informatizado / Mecanizado

DEFINICIONES **Mejoramiento Continuo de la Calidad.-** Es una metodología que implica



el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

Proyecto de Mejora.- Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Acciones de Mejora.-Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Plan de acción.-Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.

Institucionalización.-Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programado de una organización.

REGISTROS	
ANEXOS	Diagrama de Flujo



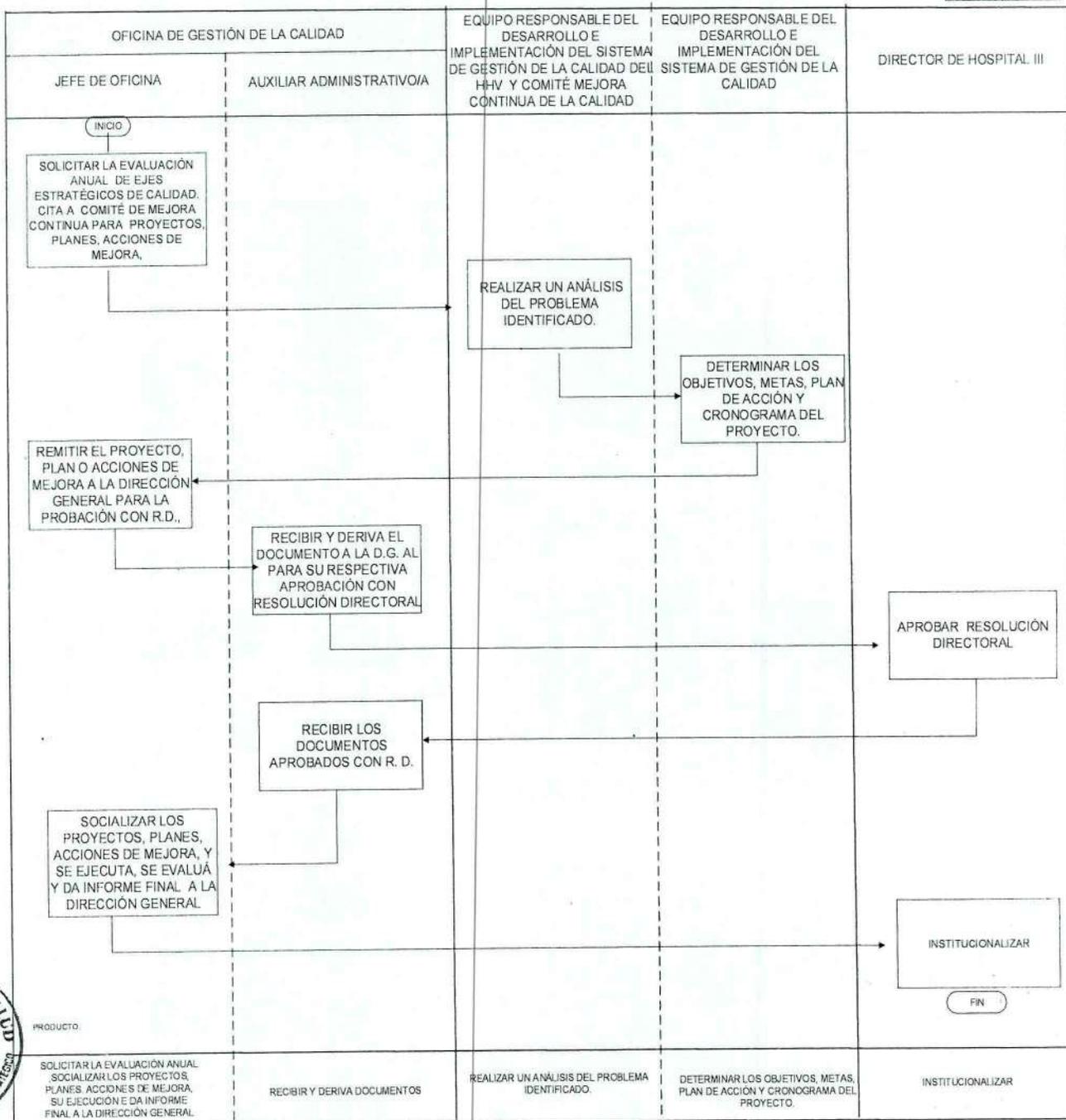
Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad O. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
MRV/SEMI.

PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Nº Procedimiento:	13
Fecha:	5-de-12
Edición:	01
Elaborado por:	LUIS P. P.



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO :	GESTIÓN DOCUMENTARIA		
SUBPROCESO:	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS	FECHA	2018
		CÓDIGO	GD- 12
PROPÓSITO :	Brindar y establecer una información adecuada tanto interna y externa en la admisión y respuesta de los documentos dando cumplimiento de los objetivos institucionales.		
ALCANCE	A todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán".		
MARCO LEGAL	a) Ley 27657 – Ley General de Salud y su Reglamento con Decreto Supremo N° 013-2002 SA b) Ley 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado c) Ley 27444 – Ley de Procedimientos Administrativo General.		

ÍNDICE DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° documentos atendidos al mes/ N° documentos recibidos al mes x 100	% Documentos respondidos	Registro de ingreso y egreso de documentos	Oficina de Gestión de la Calidad

NORMAS

Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento D. S. N° 005-90-PCM

Resolución Ministerial. N° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.

Resolución Directoral N° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

RESPONSABLE	INICIO
Dirección General, Órganos y Unidades Orgánicas	1. Emite documento solicitante y/o informativo
Auxiliar Administrativo	2. Recepciona, registra, selecciona y prioriza el documento ingresante. Registra número de proveído y entrega a jefatura para conocimiento.

OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
SEMI.



Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

Jefe de Oficina	3. Recibe y toma conocimiento del documento y determina la acción inmediata. Si es para respuesta la jefatura lo deriva al personal responsable. No es para respuesta hace de conocimiento a los trabajadores de la Oficina de Gestión de la Calidad y archiva. Indica respuesta al documento por el personal responsable de la Oficina
Órganos y/o Unidades Orgánicas de Línea	4. Realizan respuesta e informan a la jefatura de las acciones a tomar para conocimiento.
Jefe de Oficina	5. Da V° B° al documento e indica dar respuesta al documento ingresan
Auxiliar Administrativo	6. Elabora documento y entrega a la jefatura para su firma
Jefe de Oficina	7. Recibe y firma documento indicando se derive al órgano solicitante de la respuesta
Auxiliar Administrativo	8. Registra documento con fecha, hora y número de salida y entrega documento al órgano solicitante y archiva el cargo.
FIN	Término de Procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
N° total de documentos solicitante y/o informativo	Dirección General, Órganos y Unidades Orgánicas	Diaria	Informatizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
N° total de documentos atendidos	Dirección General, Órganos y Unidades Orgánicas	Diaria	Informatizado

DEFINICIONES

Documento Ingresante: Son los documentos recibidos de los diferentes órganos y unidades orgánicas del hospital Hermilio Valdizán.

Documentos Emitidos: Son los documentos elaborados en la Oficina de Gestión de la Calidad y remitidos a los diferentes órganos y unidades orgánicas del hospital Hermilio Valdizán.



OEPE/UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

S. MARCAN/SEMI.

	<p>Acción Inmediata: Es la acción inmediata que se le da a los documentos recibidos en la Of. De Gestión de la Calidad</p> <p>Archivo: Lugar donde se conservan los documentos ordenados y clasificados en la Of. De Gestión de la Calidad</p>
REGISTROS	Memorandos, Informes, Citaciones
ANEXOS	Diagrama de Flujo



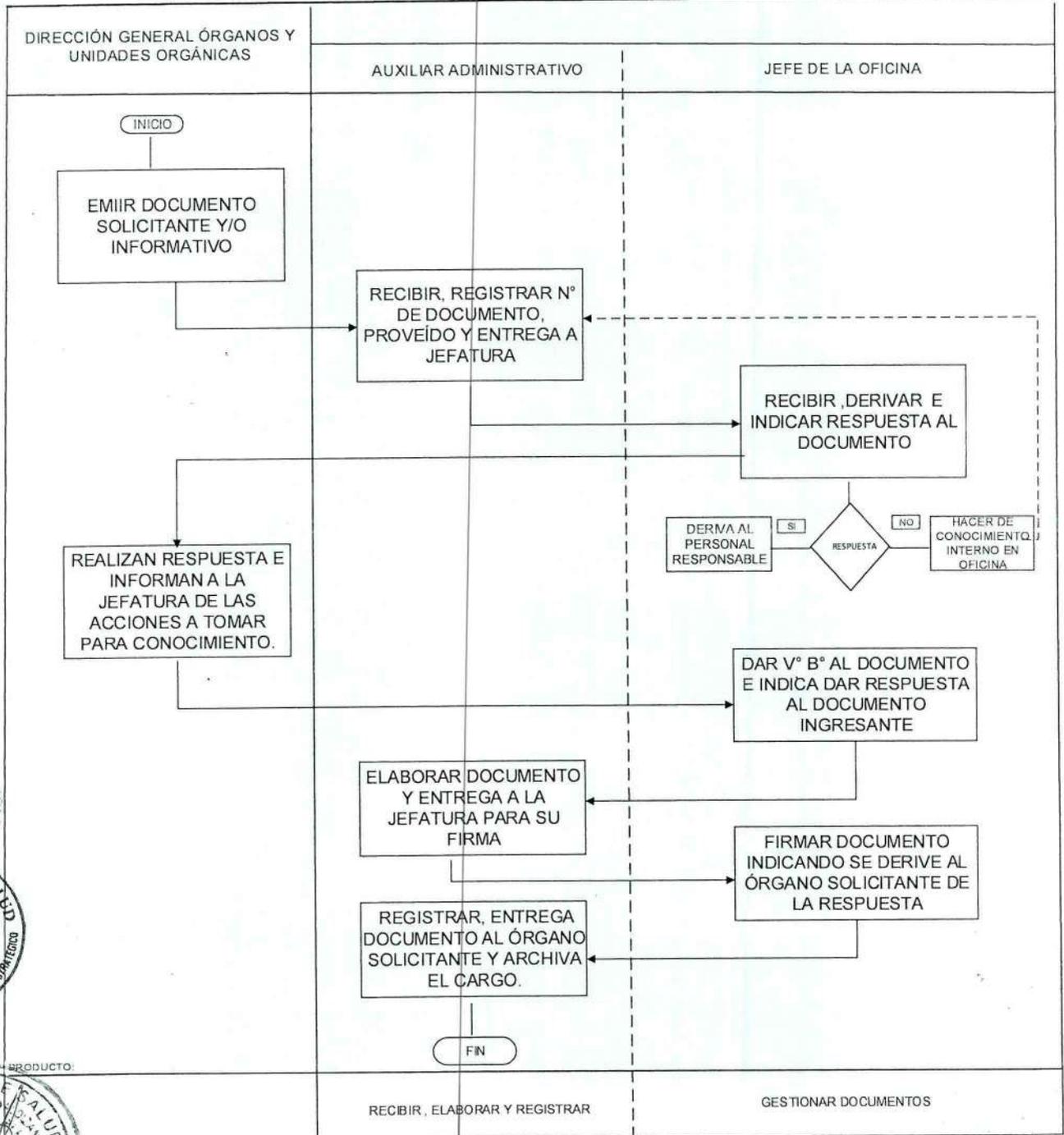
Elaborado por:	Validado por :	Aprobado por:
Oficina de Gestión de Calidad UO. OEPE	OEPE-Unidad de Organización -S.E.M.I.	Dirección General



OEPE UNIDAD DE ORGANIZACIÓN
-S.E.M.I.

PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS

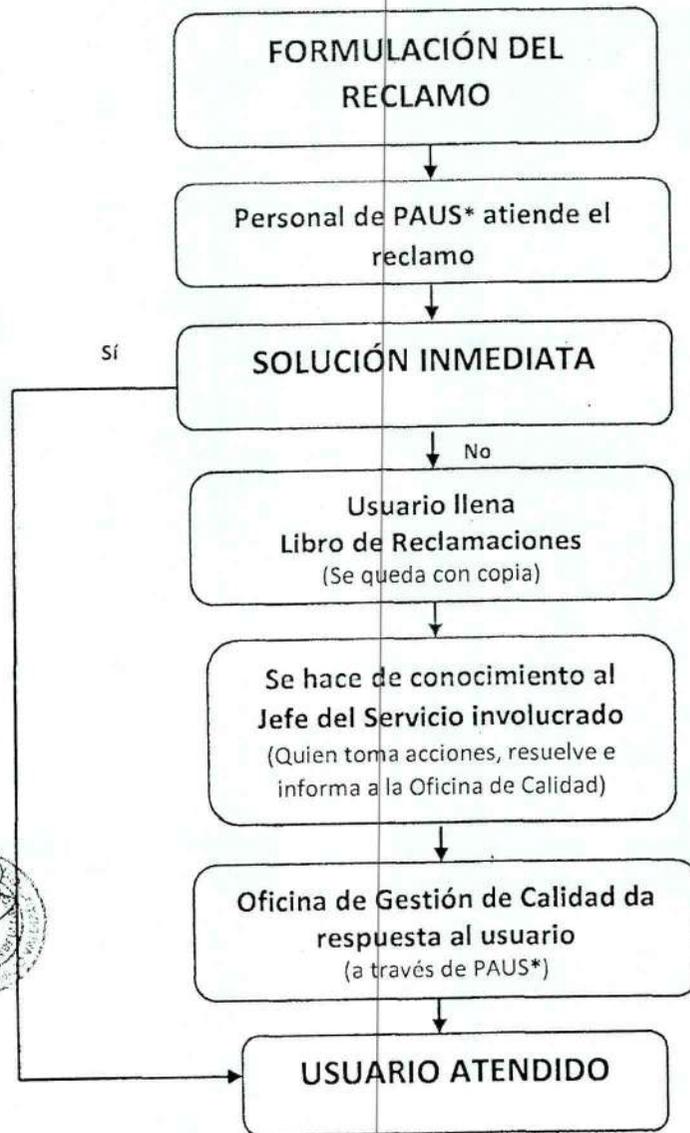
Nº Procedimiento:	17
Fecha:	6-dic-18
Situación:	ACTUAL
Elaborado:	UO/OEPE



ANEXOS



LIBRO DE RECLAMACIONES



EL LIBRO DE RECLAMACIONES SE ENCUENTRA EN:

Plataforma de Atención al Usuario – PAUS*
De Lunes a viernes
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábados 7:00 a.m. a 1:00 p.m.

SERVICIO DE EMERGENCIA
Sábados a partir de la 1:00p.m.
Domingos y feriados las 24 horas.

*PAUS: Plataforma de Atención al Usuario en Salud.
Plazo del Procedimiento =30 días hábiles

Anexo 1: Formato de hoja del Libro de Reclamaciones

HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

HOJA DE RECLAMACIÓN EN
SALUD

CARRETERA CENTRAL KM 3.5 – SANTA ANITA

0000000001

FECHA: / /

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

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 RAZON SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ()DNI ()CE ()PASAPORTE ()RUC N° DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)



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

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

Two empty rectangular boxes for the claimant's signature and stamp.

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO RECLAMACIONES

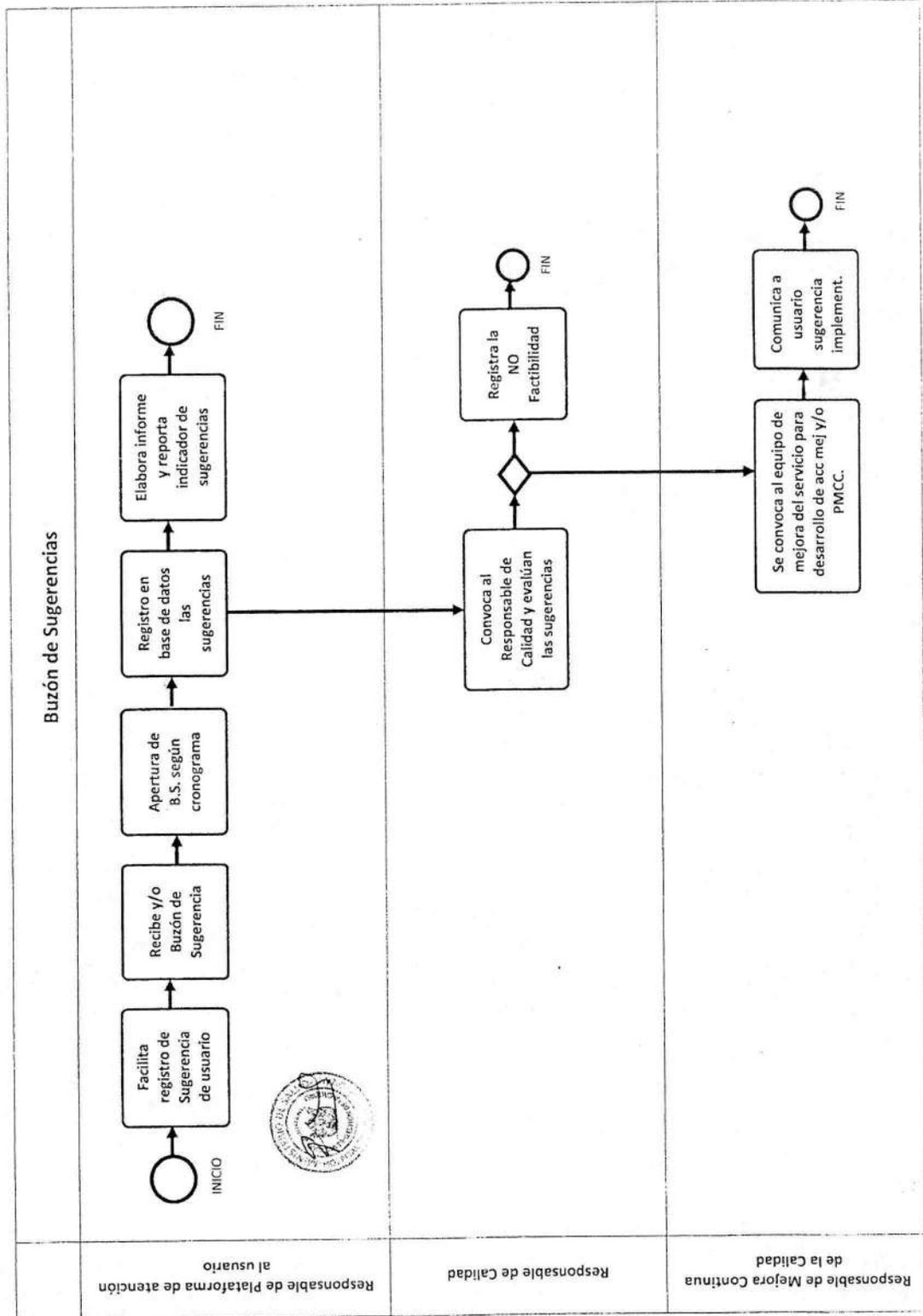




ANEXO 1: FORMATO DE BUZÓN DE SUGERENCIAS

 <p>Tu identificación es importante para nosotros, queremos hacerte llegar respuestas sobre la sugerencia u opinión que has planteado</p>	 <p>Tu identificación es importante para nosotros, queremos hacerte llegar respuestas sobre la sugerencia u opinión que has planteado</p>	 <p>Tu identificación es importante para nosotros, queremos hacerte llegar respuestas sobre la sugerencia u opinión que has planteado</p>	 <p>Tu identificación es importante para nosotros, queremos hacerte llegar respuestas sobre la sugerencia u opinión que has planteado</p>
<p>NOMBRE: PAREDES EDAD: 54 años DNI: 45.454.545 DIRECCIÓN: Calle 100 TELEFONO: 0241 454545 FECHA DE CONTACTO: 10/10/2010 SERVICIO DE INTERÉS: Medicina NOMBRE DE SERVIDOR: PAREDES</p>	<p>NOMBRE: PAREDES EDAD: 54 años DNI: 45.454.545 DIRECCIÓN: Calle 100 TELEFONO: 0241 454545 FECHA DE CONTACTO: 10/10/2010 SERVICIO DE INTERÉS: Medicina NOMBRE DE SERVIDOR: PAREDES</p>	<p>NOMBRE: PAREDES EDAD: 54 años DNI: 45.454.545 DIRECCIÓN: Calle 100 TELEFONO: 0241 454545 FECHA DE CONTACTO: 10/10/2010 SERVICIO DE INTERÉS: Medicina NOMBRE DE SERVIDOR: PAREDES</p>	<p>NOMBRE: PAREDES EDAD: 54 años DNI: 45.454.545 DIRECCIÓN: Calle 100 TELEFONO: 0241 454545 FECHA DE CONTACTO: 10/10/2010 SERVICIO DE INTERÉS: Medicina NOMBRE DE SERVIDOR: PAREDES</p>
<p>Hospital Hermilio Valdizán</p>			
<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>			
<p>¿Cuál es tu sugerencia u opinión?</p>			
<p>No dudes de responder a nuestro buzón de sugerencias</p>	<p>No dudes de responder a nuestro buzón de sugerencias</p>	<p>No dudes de responder a nuestro buzón de sugerencias</p>	<p>No dudes de responder a nuestro buzón de sugerencias</p>
<p>Ministerio de Salud Hospital Hermilio Valdizán</p>			





Anexo 1: ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HHV

Nº 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: / /

Hora Final: / /

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)

Acompañante

2. Edad del encuestado en años

3. Sexo

Masculino

Femenino

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. Especialidad /servicio donde fue atendido: _____





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							



PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO 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?							
	P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
	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?							





Hospital
Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de
Planeamiento Estratégico

Anexo 2 : ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHV.

Nº 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: / / Hora Final: / /

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.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:

1. Condición del encuestado

Usuario (a)

Acompañante

2. Edad del encuestado en años

3. Sexo

Masculino

Femenino

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: _____



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							





PERCEPCIONES

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

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

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	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?							

Handwritten signature



Anexo 3: ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HHV

N° 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 type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hora Final: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>										
<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 type="text" value="0"/> Acompañante <input type="text" value="1"/>										
	Padre <input type="text" value="1.1"/>										
	Madre <input type="text" value="1.2"/>										
	Otro <input type="text" value="1.3"/>										
2. Edad del encuestado en años	<input type="text"/>										
3. Sexo	Masculino <input type="text" value="1"/> Femenino <input type="text" value="2"/>										
4. Grado de Instrucción	<table border="1"> <tr><td>Ninguno</td><td>0</td></tr> <tr><td>Primaria</td><td>1</td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td>2</td></tr> <tr><td>Superior</td><td>3</td></tr> <tr><td>No Sabe</td><td>4</td></tr> </table>	Ninguno	0	Primaria	1	Secundaria	2	Superior	3	No Sabe	4
Ninguno	0										
Primaria	1										
Secundaria	2										
Superior	3										
No Sabe	4										
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	<table border="1"> <tr><td>SIS</td><td>0</td></tr> <tr><td>SOAT</td><td>1</td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td>2</td></tr> <tr><td>Otro</td><td>3</td></tr> </table>	SIS	0	SOAT	1	Ninguno	2	Otro	3		
SIS	0										
SOAT	1										
Ninguno	2										
Otro	3										
6. Servicio donde permaneció hospitalizado:	_____										
7. Tiempo de hospitalización en días:	_____										





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							



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?							



R. Zapata



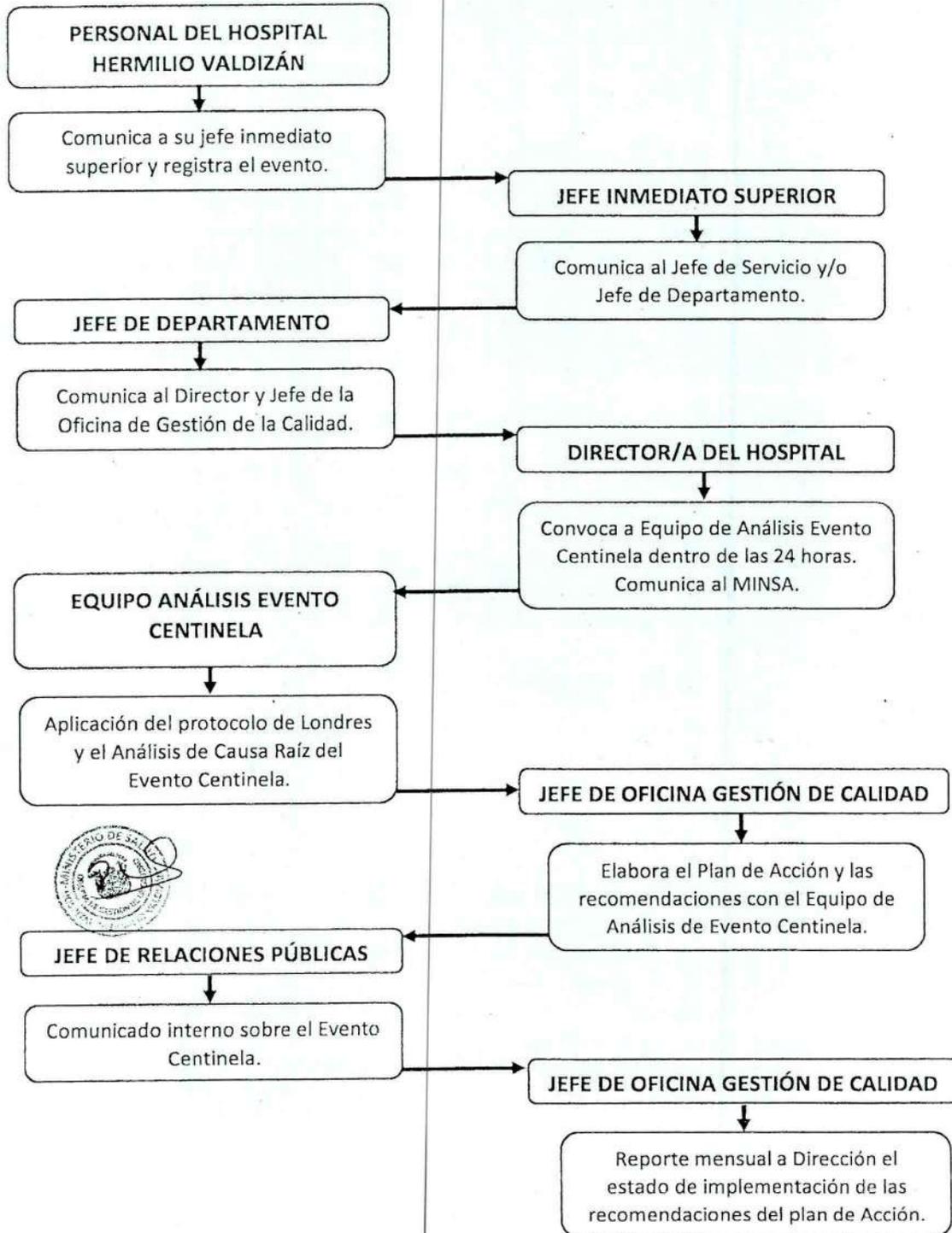


Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Registro y Notificación de EVENTOS CENTINELA



ANEXO 1 : FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

I. DATOS GENERALES

NOMBRE:			
N° DE HCL:		DX PRINCIPAL:	
SEXO:	F	M	EDAD:
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:			

II. TIPO DE EVENTO/INCIDENTE

INCIDENTE	<input type="checkbox"/>
EVENTO ADVERSO	<input type="checkbox"/>
EVENTO CENTINELA	<input type="checkbox"/>

***INCIDENTE.**- circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

***EVENTO ADVERSO.**- daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.

***EVENTO CENTINELA.**- es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

FECHA:	HORA:
LUGAR:	
CIRCUNSTANCIA:	
OBJETO USADO:	

IV. DESCRIPCIÓN NARRATIVA (Breve y Objetiva)





Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LOS CUIDADOS	1	AUTOAGRESIONES Y/O AUTOLESIONES
	2	HETEROAGRESIVIDAD DE UN PACIENTE A OTRO
	3	ACTOS IMPROPIOS DE NATURALEZA SEXUAL
	4	ACTOS IMPROPIOS DE NATURALEZA SEXUAL DEL SERVIDOR DE SALUD
	5	CAÍDA DEL PACIENTE CON DAÑO
	6	CAÍDA DEL PACIENTE SIN CONSECUENCIA
	7	CONDUCTA DESTRUCTIVA QUE PRODUCE DAÑO A OTRO PACIENTE
	8	FUGA DEL PACIENTE
	9	INTENTO DE FUGA
	10	SUICIDIO DE UN PACIENTE
	11	INTENTO DE SUICIDIO
	12	ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
	13	ERROR EN LA ENTREGA DE PACIENTE A PADRES O TUTORES
	14	EXTRAVASACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA
	15	ÚLCERA POR PRESIÓN
	16	ERITEMA DEL PAÑAL
CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	1	REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS
	2	PACIENTE ERRÓNEO
	3	HIPOTENSIÓN ARTERIAL POR MEDICAMENTO
	4	ERROR EN LA MEDICACIÓN (PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN).
	5	MUERTE O GRAVE DISCAPACIDAD POR MEDICAMENTO
	6	NAÚSEAS, VÓMITOS Y/O DIARREAS POR FÁRMACOS
	7	ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR FÁRMACOS
	8	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR USO DE MEDICACIÓN
	9	HIPOGLUCEMIA POR MANEJO INADECUADO DE TRATAMIENTO CON INSULINA
	10	HEMORRAGIA DIGESTIVA
	11	DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL POR DOSIS EXCESIVA
CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	1	ABSCESO SECUNDARIO A INYECCIÓN IM
	2	FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO
	3	RIESGO DE FLEBITIS
	4	NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA
	5	MUERTE POR INFECCIÓN NOSOCOMIAL
CATEGORÍA	TIPO DE EVENTO	
RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS	1	QUEMADURA POR TEC
	2	FRACTURA POR TEC
	3	HEMATOMA POST PROCEDIMIENTO

PERSONAL QUE NOTIFICA

- Médico ()
 Enfermero ()
 Técnico de Enfermería ()
 Otros ()

SELLO Y FIRMA DEL QUE NOTIFICA

ANEXO 2: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES Y EL ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ DEL EVENTO CLÍNICO

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento desarrollado por el Instituto de Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos (Institute for Clinical Investigation and Analysis of Incidents) de la Universidad de Londres.

La nueva versión se inspiró en tener en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado significativamente en su proceso. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica el uso de métodos de investigación científica rigurosa y de establecer quién tuvo la culpa.

Por tanto se trata de un proceso de reflexión y análisis y bien estructurado tanto como el método de análisis de hecho que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sucesos de causas y consecuencias basados de expertos. La metodología de análisis de hecho se basa en las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de forma adecuada.

El modelo propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil generar acciones o intervenciones como causa raíz, investigar el incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos desencadenantes que conducen al resultado adverso. La identificación de una desviación clave con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el camino y el análisis de una investigación de planeación y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática en primera instancia, el resultado es mejor entendido.
- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en proporcionar un ambiente de apoyo y que contrasten con los tradicionales basados en señalamientos personales y al grado de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No solo basta con una metodología de protesta tiene que dirigirse, hasta donde sea posible, de procedimientos de diseño y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la culpa, buscar de culpas a los individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la culpabilidad sea un elemento que que significa es que más no debe ser el punto de partida, entre otras cosas, porque el culpable responsable de culpa difusoria y difusa para posterior investigación. Ser y reflejar. Además, más importante, es siempre implica tener en cuenta todos los factores, cambios en ambiente y también las fallas por acción o omisión de las personas. Solo cuando es posible en una organización, es necesario incorporar las consideraciones de personas. Para que la investigación de incidentes, que finalmente se realiza que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que sustenta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigación, metodología y en la comprensión de la salud. En caso de y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación es un proceso



es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS



De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un

papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físicos (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ – INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir que tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)



PASO 1: IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR

Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero sí el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

PASO 2: SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.) o Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

PASO 3: OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentar o por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.



La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La siguiente tabla ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA	
Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

R. Zapata



PASO 4: PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE

Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar las cronologías:

- o Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- o Línea de tiempo. Es el seguimiento del incidente y permite a los investigadores descubrir las partes del proceso en el que se hayan producido problemas. Este enfoque es particularmente útil cuando un equipo trabaja en conjunto para generar la cronología.
- o Cuadro Tiempo/Persona. Permite realizar un seguimiento de los movimientos de las personas antes, durante y después de un incidente.
- o Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

PASO 5: IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS

Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención.

Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como "mala comunicación" o "trabajo en equipo deficiente", las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

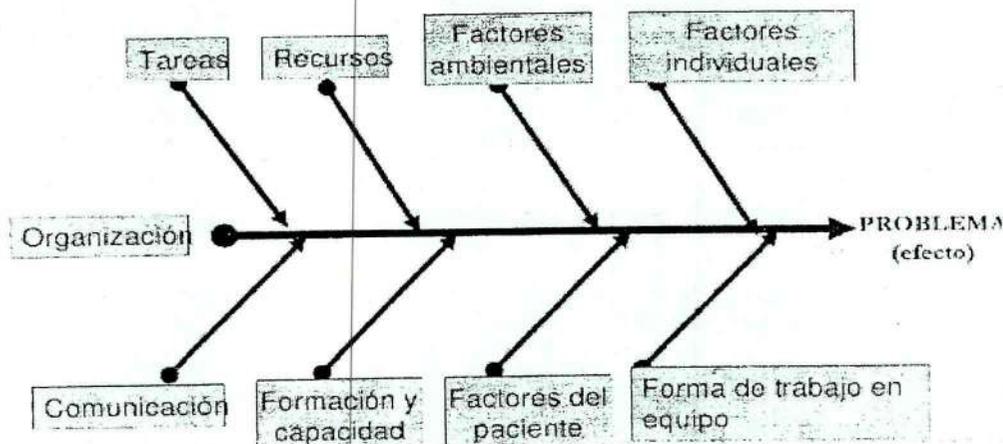
PASO 6: IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS

El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).

DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Diagrama de Ishikawa (fishbone analysis)



PASO 7: RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.



ANEXO 3: FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE PROPICIARON LAS ACCIONES INSEGURAS

1. FACTORES DEL PACIENTE (FP):

Incluyen aquellos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.

FACTORES DEL PACIENTE	COMPONENTES
FP1 Condición Clínica	FP11 Comorbilidad pre-existente FP12 Complejidad del estado del paciente. FP13 Gravedad/severidad del estado del paciente. FP14 Difícil de tratar clínicamente
FP2 Factores Sociales	FP21 Cultura/creencia religiosa que dificulten la condición. FP22 Hábitos nocivos, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...). FP23 Idioma diferente o no comprensible. FP24 Bajo nivel económico (miseria). FP25 No existencia de redes de apoyo
FP3 Factores Físicos	FP31 estado físico-mal nutrición, problemas de sueño
FP4 Factores Mentales y Psicológicas	FP41 Motivación (agenda, incentivos) FP42 Stress (presión familiar, financiera) FP43 Presencia de desorden mental FP44 Trauma
FP5 Relaciones Interpersonales no adecuadas	FP51 Personal a paciente y paciente a personal. FP52 paciente a paciente. FP53 Entre familia – pariente, padres, hijos.

2. FACTORES DE COMUNICACIÓN (FC):

Aspectos relacionados con cualquier aspecto de la comunicación (oral, escrita o no-verbal) que afecte a la realización de las tareas o al desempeño de las funciones, tanto entre los diferentes profesionales implicados y con el propio paciente y familiares: información confusa, tardía, etc.

FACTORES DE COMUNICACIÓN	COMPONENTES
FC1 Comunicación verbal	FC11 Órdenes / indicaciones verbales ambiguas FC12 Tono de voz y forma de expresión inapropiada a la situación FC13 Uso incorrecto del lenguaje FC14 Dirigido a la(s) persona(s) inadecuada(s) FC15 No se usan los canales de comunicación establecidos, reconocidos (ej: jefe de servicio)
FC2 Comunicación escrita, registros	FC21 Los registros e informes son difíciles de leer FC22 Los datos importantes no se guardan juntos ni están fácilmente accesibles cuando se necesitan FC23 Los datos están incompletos o no actualizados? (ej: disponibilidad de historial clínico, valoración de los riesgos para el paciente,...) FC24 Las circulares no llegan a todos los miembros del equipo FC25 Los comunicados no se dirigen a las personas adecuadas
FC3 Comunicación no verbal	FC31 Aspectos de lenguaje corporal (cerrado, disperso, agresivo, cara severa,...)



3. FACTORES INDIVIDUALES (FI):

Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

FACTORES INDIVIDUALES	COMPONENTES
FI1 Aspectos físicos	FI11 Salud general, problemas de (ej.: nutrición, dieta, ejercicio, forma física,...) FI12 Discapacidades físicas (ej.: problemas de visión, dislexia,...) FI13 Fatiga
FI2 Aspectos psicológicos	FI21 Stress (ej.: distracción / preocupación) FI22 Enfermedades de salud mental específicas (ej: depresión) FI23 Impedimentos mentales (ej.: enfermedad, drogas, alcohol, dolor) FI24 Falta de Motivación (ej.: aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral) FI25 Factores cognitivos (ej.: falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)
FI3 Aspectos sociales	FI31 Problemas domésticos / Modo de vida inadecuado
FI4 Aspectos de personalidad	FI41 Baja autoestima/ autoestima demasiado alta FI43 Gregario/ interactivo, solitario FI43 Evita riesgos/ tendencia por los riesgos

4. FACTORES DE TAREA (FT):

Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios. Por ejemplo: existencia o no de protocolos, documentos de procedimientos (actualizados o no, comprensibles o no), etc.

FACTORES DE TAREA	COMPONENTES
FT1 Guías, protocolos, políticas y procedimientos	FT11 No actualizadas FT12 No disponible y inaccesible FT13 No inteligible ni usable FT14 Inadecuado: no claro, ambiguo; incorrecto; contenido complejo FT15 Desfasado, no disponible o ilocalizable, no realista; inexistente FT16 No cumplirlas, no seguirlas FT17 Dirigidas a personal inadecuado (ej.: destinadas a una audiencia inadecuada)
FT2 Ayudas a la toma de decisiones	FT21 Falta de disponibilidad de ayudas, "check list" (herramientas de valoración de riesgos, Informáticas, fax para permitir la valoración a distancia de resultados) FT22 Difícil acceso a especialistas y personal con mayor experiencia FT23 Difícil acceso a gráficos y diagramas o mapas FT24 Información incompleta – resultados de análisis, historial clínico...
FT3 Diseño de procedimientos o tareas	FT31 Las guías, protocolos no pueden llevarse a cabo por falta de tiempo FT32 El personal no está de acuerdo con el diseño de tareas, procedimientos y/o protocolos FT33 Con realismo, no todos los pasos de las tareas se pueden llevar a cabo

R Zapata S





5. FACTORES DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO (FFE):

La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones. En resumen, aspectos que valoren la competencia profesional, programas de formación continuada, etc.

FACTORES DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	COMPONENTES
FFE1 Competencia de la formación o entrenamiento	FFE11 Falta de conocimientos adecuados FFE12 Destrezas inadecuadas FFE13 Tiempo de experiencia corto, falta de tiempo FFE14 Calidad de la experiencia no apropiada FFE15 Desconocimiento de la tarea FFE16 Evaluación y valoración inadecuadas
FFE2 Supervisión de la formación o entrenamiento	FFE21 No hay una supervisión adecuada FFE22 No disponibilidad de monitores FFE23 No adecuación de los monitores
FFE3 Disponibilidad /Accesibilidad de la formación o entrenamiento	FFE31 Falta de formación en el propio trabajo FFE32 Falta de formación en Emergencias FFE33 Falta de formación en trabajo en equipo FFE34 Falta de formación Básica FFE35 Falta de cursos de actualización
FFE4 Conveniencia de la formación o entrenamiento	FFE41 Contenidos incorrectos FFE42 Destinatarios incorrectos o sin destinatarios FFE43 Forma de expresión inadecuada FFE44 Horario inadecuado

6. FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES (FES):

Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de dirección. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES	COMPONENTES
FES1 Congruencia de Rol o función	FES1 No están las funciones, definiciones del rol perfectamente entendidas FES1 No están los roles, funciones claramente definidos
FES2 Liderazgo	FES21 No hay liderazgo efectivo – clínicamente FES22 No hay liderazgo efectivo – administrativamente FES23 El líder no puede dirigir FES24 Las responsabilidades del líder no están claras y/o entendidas FES25 El líder no es respetado
FES3 Apoyo y factores culturales	FES31 No existen mecanismos de apoyo para los trabajadores FES32 Reacción inadecuada del equipo frente a incidentes de seguridad del paciente FES33 Reacción inadecuada del equipo frente a conflictos FES34 Reacción inadecuada del equipo frente a recién llegados



FES35 Equipo no abierto no receptivo

7. FACTORES DE EQUIPAMIENTO Y RECURSOS (FER):

En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error. Ejemplos: mantenimiento y almacenamiento del material, idoneidad del material y equipamiento y el conocimiento de su uso, distribución del personal, etc.

FACTORES DE EQUIPAMIENTO Y RECURSOS	COMPONENTES
FER1 Monitores de aparatos	FER11 Información incorrecta FER12 Información inconsistente y/o poco clara FER13 Información ilegible FER14 Con interferencias
FER2 Funcionamiento/ Fiabilidad	FER21 Funcionamiento incorrecto FER22 Tamaño inadecuado FER23 No fiabilidad FER24 Especificaciones de seguridad no efectivas FER25 Programa de mantenimiento inadecuado
FER3 Situación	FER31 Situación o lugar incorrectos para el uso FER32 Almacenamiento adecuado Usabilidad
FER4 Usabilidad/ utilización	FER41 Controles no claros FER42 Manual de usuario inadecuado FER43 Equipamiento no familiar FER44 Nuevo equipo no utilizable. Necesidad de nuevo equipo FER45 Falta de estandarización

8. FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS (FOE):

Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos. La agrupación de los factores contribuyentes en un sistema de clasificación es importante por numerosas razones. Primero, proporciona un marco para el análisis y un nivel de consistencia que de otra forma sería difícil de encontrar. En segundo lugar, el uso de un marco estandarizado proporciona la oportunidad de recoger y agrupar datos dispersos de una manera consistente. Estos pueden ser luego analizados tanto a nivel micro como macro, para identificar los aspectos que han de ser tenidos en cuenta en el trabajo de mejora y para proporcionar las soluciones previstas para mejorar la seguridad del paciente. Por Ej.: si un aspecto recurrente en su Sistema de Incidentes en la Seguridad del Paciente es – “fracaso en el seguimiento de los procedimientos/protocolos porque están desfasados, o lejos de los procesos y las prácticas actuales” – como organización debe saber que existe un aspecto de gestión organizativo que necesita ser “arreglado”. Para cada uno de los factores contributivos identificados será necesario considerar si el aspecto es causante o influyente.

FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS	COMPONENTES
FOE1 Estructura organizativa	FOE11 No existe estructura jerárquica, conduce a discusiones, problemas no compartidos,... FOE12 No hay responsabilidades claramente delimitadas FOE13 Modelo administrativo frente a modelo clínico
FOE2 Prioridades	FOE21 No Orientadas hacia la seguridad de paciente FOE22 No orientadas a evaluación externa

FOE1 Riesgos externos	FOE23 Enfocadas en exceso al balance financiero FOE11 Ausencia/inadecuación de política de subcontratación/externalización FOE32 Subcontratas con responsabilidad no delegada FOE33 Arrendamiento, subcontratas inadecuadas de equipos
FOE4 Cultura de Seguridad	FOE41 Balance inadecuado seguridad / Eficiencia FOE42 No se siguen de las reglas FOE43 Términos y condiciones inadecuadas en los contratos FOE44 No hay liderazgo basado en el ejemplo (ej: no hay evidencia visible de compromiso con la seguridad del paciente) FOE45 Cultura no abierta, falta de concienciación

9. CONDICIONES DE TRABAJO (CT):

Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej.: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente. Analizar si hubo distracciones, interrupciones, temperatura, luz, ruido, espacio de trabajo, etc.

FACTORES DE AMBIENTE DE TRABAJO	COMPONENTES
CT1 Factores administrativos	CT11 Ineficiencia en general de los sistemas administrativos ej: nivel de confianza CT12 Forma inadecuada de requerir datos médicos CT13 Forma incorrecta de encargar medicamentos CT14 No confianza en el apoyo administrativo
CT2 Diseño del entorno físico	CT21 Diseño inadecuado de oficinas: sillas de ordenador, altura de mesas, pantallas antireflejos, pantallas de seguridad, botones antipánico, situación de archivadores, lugares de almacenamiento,... CT22 Diseño de zona incorrecto: longitud, forma, visibilidad, espacioso, estrecho,...
CT3 Entorno	CT31 Aspectos domésticos – limpieza inadecuada CT32 Temperatura inadecuada CT33 Iluminación deficiente CT34 Nivel de ruidos excesivo
CT4 Plantilla	CT41 Habilidades o destrezas no adecuadas CT42 Ratio inadecuado del personal/ paciente CT43 Valoración inadecuada de la carga de trabajo CT44 No hay Liderazgo CT45 Uso excesivo de personal temporal CT46 No permanencia de la plantilla / rotación excesiva de plantilla
CT5 Carga de trabajo/ horas de trabajo	CT51 Fatiga ligada a loa turnos de trabajo CT52 Sin descansos entre horas de trabajos CT53 Ratio personal/ paciente inapropiado CT54 Tareas ajenas CT55 Sin esparcimiento social, descanso o tiempo de recuperación
CT6 Tiempo	CT61 Retrasos debidos a fallos del sistema o de diseño CT62 Presión de tiempo



ANEXO 4: FORMATO DE ACTA DE REUNION

ACTA DE REUNION

PRESENTE

FECHA

HORA DE INICIO

HORA DE TÉRMINO

HORA DE REDESARROLLO DEL ACTA

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES DE LA REUNION

1

2

3

4

ACTIVIDADES REALIZADAS

1

2

3

4

COMPROMISOS

1

2

3

4

FIRMAS

Handwritten signature

Handwritten signature





Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

ANEXO 5 - FORMATO DE PLAN DE PREVENCIÓN COMUNICACIONAL

ORDEN	ACTIVIDAD
1	
2	
3	
4	

ACTIVIDADES Y RESPONSABLES POR EL SERVIDOR PÚBLICO

1	
2	
3	
4	

CONTRIBUCIONES A LOS PLANES DE PREVENCIÓN COMUNICACIONAL

1	
2	
3	
4	

FECHA DE ELABORACIÓN



Elaborado por: [Firma]



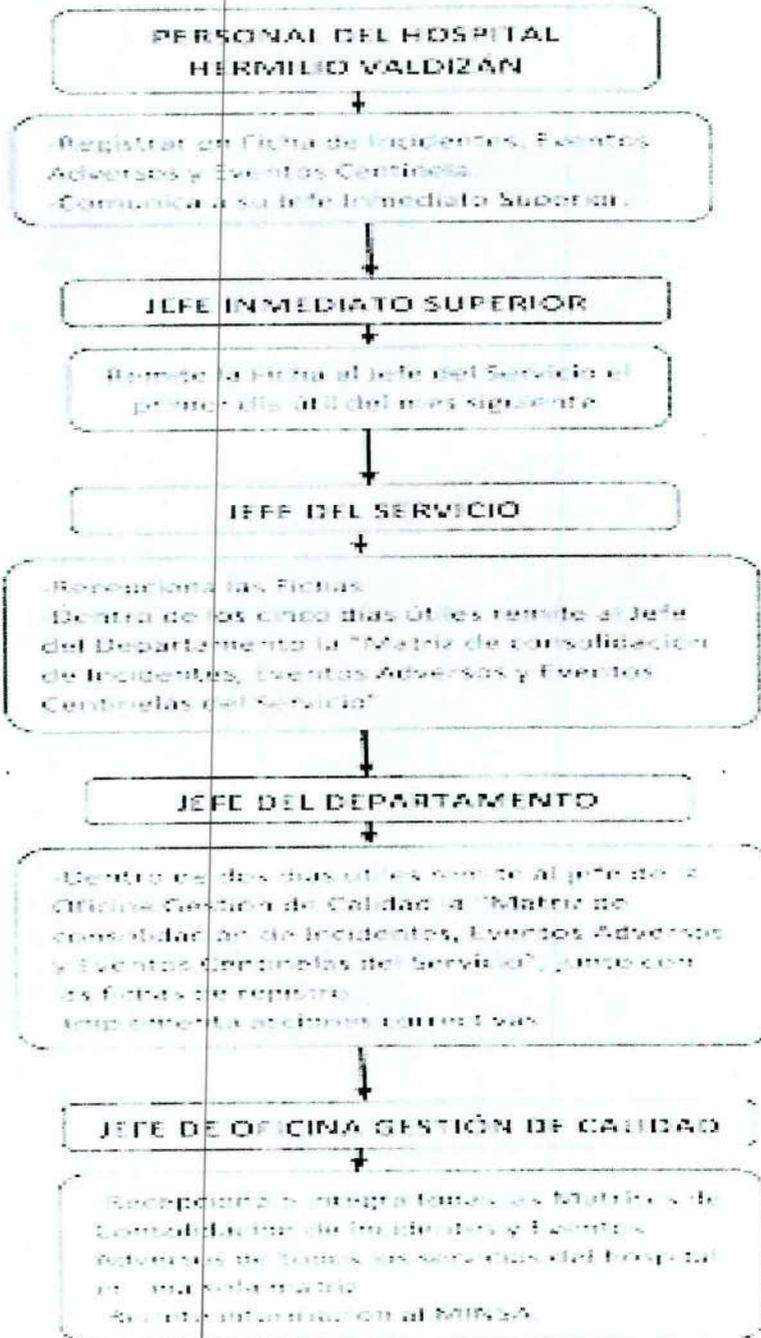
ANEXO 8: INDICADOR - PORCENTAJE DE EVENTOS

CENTINELA ANALIZADOS

- a. Fórmula de cálculo: N° total de Eventos Centinela reportados y analizados / N° total de Eventos Centinela reportados X 100.
- b. Tipo de Indicador: De proceso y resultado.
- c. Fuente auditable: Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos adversos.
- d. Meta Anual: Porcentaje de eventos Centinela Analizados:
 - I y II Nivel de atención: $\geq 60\%$
 - III Nivel de Atención: $\geq 85\%$
- e. Frecuencia de Reporte: Mensual
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El equipo de Análisis de Evento Centinela será responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.



Registro y Notificación de Eventos Adversos



ANEXO 1 : FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

I. DATOS GENERALES

NOMBRE:	
N° DE HCL:	DX PRINCIPAL:
SEXO: F M	EDAD:
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:	

II. TIPO DE EVENTO/INCIDENTE

INCIDENTE	
EVENTO ADVERSO	
EVENTO CENTINELA	

***INCIDENTE.**- circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

***EVENTO ADVERSO.**- daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.

***EVENTO CENTINELA.**- es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

FECHA:	HORA:
LUGAR:	
CIRCUNSTANCIA:	
OBJETO USADO:	

IV. DESCRIPCIÓN NARRATIVA (Breve y Objetiva)



ANEXO 3 MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, PUNTOS AGROSES Y PUNTOS CENTRALES DEL SERVICIO

SECRETARÍA DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO NACIONAL

UNIDAD DE SERVICIO	INCIDENTES	PUNTOS AGROSES	PUNTOS CENTRALES
...



[Handwritten signature]

CATEGORIA	TIPO DE EVENTO
RELACIONADO CON LOS SUJECOS	1. LESIONES FISICAS Y PSICOLÓGICAS
	2. RETENCIÓN DE UN PACIENTE A OTRAS
	3. ACTOS IMPROPIOS DE NATURALEZA SEXUAL
	4. ACTOS IMPROPIOS DE NATURALEZA SEXUAL DEL SERVIDOR DE SALUD
	5. CAÍDA DEL PACIENTE CON DAÑO
	6. CAÍDA DEL PACIENTE SIN CONSECUENCIA
	7. CONDUCTA DESTRUCTIVA QUE PRODUCE DAÑO A OTRAS PERSONAS
	8. TIRADA DEL PACIENTE
	9. INTENTO DE FUGA
	10. SUICIDIO DE UN PACIENTE
	11. INTENTO DE SUICIDIO
	12. ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
	13. ERROR EN LA ETIQUETA DE PACIENTE A PACIENTE DIFERENTE
	14. EXTRAVIACIÓN DE VIA LACRIMOSA
	15. LESIÓN POR PRESIÓN
	16. ENTENEA DEL CANAL

CATEGORIA	TIPO DE EVENTO
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN	1. REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS
	2. PACIENTE PARADO
	3. INFORMACIÓN ERRÓNEA POR MEDICAMENTO
	4. ERROR EN LA MEDICACIÓN (PRESCRIPCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN)
	5. OLVIDO DE LA DISTRIBUCIÓN POR MEDICAMENTO
	6. NAUSEAS, VÓMITOS Y/O DIARREA POR FÁRMACOS
	7. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR FÁRMACOS
	8. DAÑO EN LA RESPIRATORIA POR USO DE MEDICACIÓN
	9. HIPOTENSIÓN POR MANEJO INADECUADO DE TRATAMIENTO CON VASOPRESORES
	10. HEMORRAGIA DIGESTIVA
	11. DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL POR USO EXCESIVO

CATEGORIA	TIPO DE EVENTO
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS	1. ASBESTO SECUNDARIO A INFECCIÓN IV
	2. FLEBITIS ASOCIADA A CATERETEROVENOSO PERIFÉRICO
	3. FLEBITIS DE FLEBITE
	4. NEUMONÍA NEURONAL O BACTERIANA
	5. MALARIA POR INFECCIÓN NOSOCOMIAL

CATEGORIA	TIPO DE EVENTO
RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS PERSONAL QUE NOTIFICA	1. QUERATINIZACIÓN POR TATU
	2. FRACTURAS POR TATU
	3. HEMATOMAS POR PROCEDIMIENTO

- Médico : 1
- Enfermero : 1
- Técnico de Enfermería : 1
- Otros : 1

SELLO Y FIRMA DEL QUE NOTIFICA



ANEXO 4: INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. Para IPRESS del II y III Nivel de Atención:

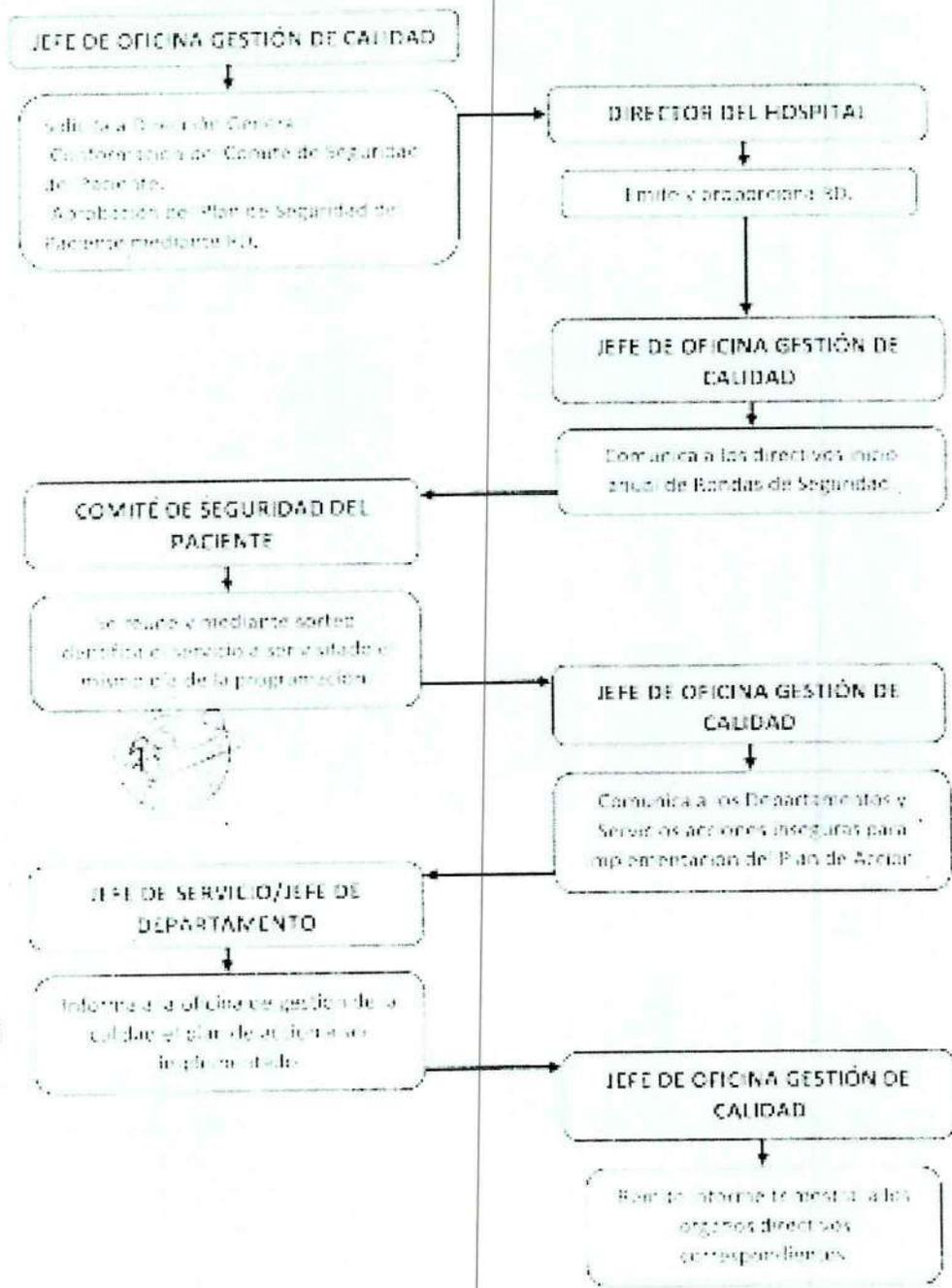
PORCENTAJE DE UPSS O SERVICIOS QUE REPORTAN EVENTOS ADVERSOS EN LA IPRESS

- a. Fórmula de cálculo: $\frac{N^{\circ} \text{ de UPSS o Servicios que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS}}{N^{\circ} \text{ de UPSS o servicios de la IPRESS}} \times 100$
- b. Tipo de Indicador: De resultado.
- c. Fuente de datos: Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos e Eventos Centinelas de la IPRESS.
- d. Meta Anual: Porcentaje de UPSS o servicios que reportan Eventos Adversos en la IPRESS a 60%.
- e. Frecuencia de Reporte: Mensual.
- f. Responsable de la Medición: Responsable de los servicios/Departamentos/UPSS de la IPRESS.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: Responsable de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.





Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente



ANEXO 1: MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD

PROYECTO

RESPONSABLE (*)

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /	
RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /	
MAYO			JUNIO			AGOSTO			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /	
RONDA 5	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /	
SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /		RONDA 1	/ /	
RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /		RONDA 2	/ /	



Este cronograma es de carácter informativo y no constituye un compromiso de ejecución. El responsable de cada ronda es el responsable de la ejecución de la misma. Se reservan todos los derechos.



ANEXO 2: VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONCA DE SEGURIDAD

1. **PROBABILIDAD:** Es la frecuencia con la que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produce y da lugar a un fallo exterior, afectando la seguridad del paciente. Selecciona una de las siguientes opciones:

- a. **FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador es casi inevitable. Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- b. **REGULAR (4):** El cumplimiento del verificador se ha presentado en una gran mayoría de ocasiones en múltiples situaciones o procesos, produciendo casi un fallo exterior. Alta probabilidad de ocurrencia.
- c. **OCCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en pocas situaciones o procesos actuales. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d. **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en pocas situaciones o casi inexistentes. Baja probabilidad de ocurrencia que se este cumpliendo.
- e. **RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a procesos casi inexistentes. No se ha ocurrido en el pasado pero es probable que ocurra.

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
REGULAR	4
OCCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

2. **GRAVEDAD/IMPACTO:** Determina la importancia o seriedad del incumplimiento del verificador para el cliente que pueda ser el paciente, su familia o el sistema, cuando el fallo va acompañado por lo que el valor de índice aumenta en función de la manifestación o consecuencia, la magnitud de las prestaciones esperadas y las consecuencias de no haberse producido el cumplimiento.

Selecciona una de las siguientes opciones:

- a. **CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta a consecuencias de seguridad del paciente, de atención o de otros aspectos relevantes e incumplimiento de normas regulatorias. Debería haberse manifestado de forma crítica y que produce un impacto importante.
- b. **IMPORTANTE (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar a los valores de prestigio. Requiere un grado de seriedad elevado. Requiere de acciones inmediatas, previendo el impacto de duración. No existe un nivel mínimo de normas regulatorias, lo que puede afectar a la imagen y a la calidad de los servicios.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce un efecto moderado en los valores de prestigio. Requiere un grado de seriedad moderado y acciones inmediatas de cumplimiento de normas regulatorias y de calidad de los servicios.
- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar a los valores de prestigio, pero no produce un impacto moderado en los valores de prestigio. Requiere de acciones inmediatas de cumplimiento de normas regulatorias y de calidad de los servicios.



- INSIGNIFICANTE (1):** No es necesario esperar que el cumplimiento del verificador de alta importancia tenga efecto real alguno sobre el funcionamiento del sistema. Inapropiamente, cuando no se da cuenta del error. Puede reparar incrementalmente la atención hospitalaria de calidad.

Se evalúa la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor relevancia.

GRAVEDAD/IMPACTO

LA/ASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

- VALORACIÓN DEL RIESGO:** Es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, a partir de la cual se construye la matriz de evaluación de riesgos.

Seleccione una de las siguientes propuestas:

- RIESGO INTOLERABLE (35-50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su alta probabilidad y trascendencia.
- RIESGO IMPORTANTE (20-34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición, pero con repercusiones significativas.
- RIESGO MODERADO (4-19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición y de trascendencia moderada a tolerable.
- RIESGO BAJO (1-3):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia.

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD/IMPACTO				
5	PROBABILIDAD	5	10	20	35	50
4		4	8	16	28	40
3		3	6	12	21	30
2		2	4	8	14	20
1		1	2	4	7	10

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	35-50
RIESGO IMPORTANTE	20-34
RIESGO MODERADO	4-19
RIESGO BAJO	1-3



**ANEXO 3: PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES
PARA ERRADICAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS
EN LA RONDA DE SEGURIDAD**

1. **FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN:** El estudio de la viabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:
- 1.1 La factibilidad técnica, por medio de un análisis de la existencia de recursos humanos, técnicos y de infraestructura.
 - 1.2 La factibilidad económica y el costo - oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.
 - 1.3 La estrategia de reducción, considerando si va hacer por medio de iniciativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccione una de las siguientes opciones:

1. **ERRADICABLE [3]:** Cuando la factibilidad técnica, económica y de costo - oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un plan de erradicación de riesgos.
2. **REDUCIBLE [2]:** Cuando la factibilidad técnica, económica y de costo - oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un plan de reducción de riesgos.
3. **INEVITABLE [1]:** Cuando la factibilidad técnica, económica y de costo - oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario, evitar sus consecuencias, a través de un plan de mitigación de riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN ECONÓMICA - CLINICA

ERRADICABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. **PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN:** Es el producto de la relación existente entre el resultado de la valoración del riesgo con la factibilidad de la intervención, a partir de cual se establece un sistema de priorizar un determinado riesgo del Plan de Acción.





ANEXO E INDICADORES DE EVALUACION

1. PORCENTAJE DE BANDAS DE MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a) Fórmula de cálculo: Nº de bandas de seguridad ejecutadas/ Nº de bandas de seguridad programadas x 100
- b) Tipo de indicador: De proceso
- c) Fuente cuantitativa: Cronograma de bandas de seguridad, Actas de comités de seguridad
- d) Meta Anual: Porcentaje de Bandas de Seguridad ejecutadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud > 90%
- e) Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f) Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces
- g) Responsable del análisis y consolidación: El equipo de Bandas de Seguridad con el responsable de vitales y el responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces de la consolidación

2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a) Fórmula de cálculo: Nº de Verificadores conformes/ Nº de verificadores programados x 100
- b) Tipo de indicador: De resultado
- c) Fuente cuantitativa: Listados de prácticas de evaluación, Actas de Comités de Seguridad
- d) Meta Anual: Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud > 90% por Banda de Seguridad
- e) Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f) Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces
- g) Responsable del análisis y consolidación: El equipo de Bandas de Seguridad con el responsable del análisis y el responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces de la consolidación

3. PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a) Fórmula de cálculo: Nº de acciones de mejora implementadas/ Nº de acciones de mejora programadas x 100
- b) Tipo de indicador: De proceso y resultado
- c) Fuente cuantitativa: Actas de Comités de Seguridad, Informe de cumplimiento de las acciones de mejora
- d) Meta Anual: Porcentaje de acciones implementadas por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud > 90% por Banda de Seguridad
- e) Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f) Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces
- g) Responsable del análisis y consolidación: El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPSS a quien haga sus veces de la consolidación





ANEXO N° 1

FORMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

1. DATOS GENERALES DE LA AUTENTIA

1.1. NOMBRE DEL CENTRO

1.2. NOMBRE DE LA REGIÓN

1.3. CATEGORÍA DE AUTENTIA

1.4. NOMBRE DEL HOSPITAL

1.5. AÑO

1.6. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.7. NOMBRE DEL JEFE DE REGISTRO

1.8. AÑO

1.9. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.10. AÑO

1.11. NOMBRE DEL REGISTRO

1.12. AÑO

1.13. DESCRIPCIONES

1.14. AÑO

1.15. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.16. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.17. NOMBRE DEL REGISTRO

1.18. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.19. AÑO

1.20. AÑO

1.21. DESCRIPCIONES

1.22. AÑO

1.23. DESCRIPCIONES

1.24. AÑO

1.25. AÑO

1.26. DESCRIPCIONES

1.27. AÑO

1.28. AÑO

1.29. AÑO

1.30. AÑO

1.31. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.32. AÑO

1.33. AÑO

1.34. AÑO

1.35. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.36. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.37. NOMBRE DEL REGISTRO

1.38. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.39. NOMBRE DEL REGISTRO

1.40. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.41. AÑO

1.42. AÑO

1.43. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.44. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO

1.45. NOMBRE DEL REGISTRO

1.46. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.47. NOMBRE DEL REGISTRO

1.48. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.49. NOMBRE DEL REGISTRO

1.50. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.51. NOMBRE DEL REGISTRO

1.52. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.53. NOMBRE DEL REGISTRO

1.54. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.55. NOMBRE DEL REGISTRO

1.56. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.57. NOMBRE DEL REGISTRO

1.58. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.59. NOMBRE DEL REGISTRO

1.60. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.61. NOMBRE DEL REGISTRO

1.62. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.63. NOMBRE DEL REGISTRO

1.64. NOMBRE DEL RESPONSABLE

1.65. NOMBRE DEL REGISTRO

COMPLETO INCOMPLETO EN DEBE NO EN DEBE NO EN DEBE

COMPLETO INCOMPLETO EN DEBE NO EN DEBE

COMPLETO INCOMPLETO EN DEBE NO EN DEBE



Handwritten initials



	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
MANEJO DE LOS SERVICIOS					
• Estructura organizativa					
• Distribución de recursos					
• Mecanismos de control					
PLAN DE TRABAJO					
• Mecanismos de Planeación Clínica y no clínica					
• Planes de trabajo de los servicios por especialidades clínicas					
• Interconsultas y otros servicios dentro del establecimiento de salud					
• Mecanismos de otros establecimientos de salud					
• Programas y diagnósticos de los servicios clínicos					
• Mecanismos de planeación					
DEBIDA					
TATAMIENTO					
• Registro de ingresos, egresos y mortalidad					
• Mecanismos de control de calidad					
• Normas de medicamentos, conchas y complementos con certificación de Control Internacional (CIC)					
• Control de calidad de					
• Dosis del medicamento					
• Vía de administración					
• Reacción del paciente					
• Seguridad del medicamento					
DEBIDA					
ATENDIDOS DE LA ESTADIA CLÍNICA					
• Seguimiento del Tratamiento de Atención					
• Atención de los pacientes de alta y baja					
• Seguimiento					
• Letalidad					
• Mecanismos de control de calidad					
• Seguimiento del medicamento					
DEBIDA					
SEGUIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN DEBIDA					
CLASIFICACIÓN SEGUN PUNTAJE					
• SATISFACCIÓN	IGUAL O MEJOR QUE				
• POR MEJORAR	ENTRE 25 A 60%				
• DEFICIENTE	MEJOS 10%				
• SI NO CONFORMAR					
CONCLUSIONES					
RECOMENDACIONES					

[Handwritten signature]





ANEXO N° 2

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

INDICADORES OPERATIVOS DE LA REGISTRO		EVALUACIÓN		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	CONFORME	NO CONFORME	OTRO
1. Número de puntos de atención				
2. Tipo de atención				
3. Tipo de atención				
4. Tipo de atención				
5. Tipo de atención				
6. Tipo de atención				
7. Tipo de atención				
8. Tipo de atención				
9. Tipo de atención				
10. Tipo de atención				
11. Tipo de atención				
12. Tipo de atención				
13. Tipo de atención				
14. Tipo de atención				
15. Tipo de atención				
16. Tipo de atención				
17. Tipo de atención				
18. Tipo de atención				
19. Tipo de atención				
20. Tipo de atención				
21. Tipo de atención				
22. Tipo de atención				
23. Tipo de atención				
24. Tipo de atención				
25. Tipo de atención				
26. Tipo de atención				
27. Tipo de atención				
28. Tipo de atención				
29. Tipo de atención				
30. Tipo de atención				
31. Tipo de atención				
32. Tipo de atención				
33. Tipo de atención				
34. Tipo de atención				
35. Tipo de atención				
36. Tipo de atención				
37. Tipo de atención				
38. Tipo de atención				
39. Tipo de atención				
40. Tipo de atención				
41. Tipo de atención				
42. Tipo de atención				
43. Tipo de atención				
44. Tipo de atención				
45. Tipo de atención				
46. Tipo de atención				
47. Tipo de atención				
48. Tipo de atención				
49. Tipo de atención				
50. Tipo de atención				

Handwritten signature



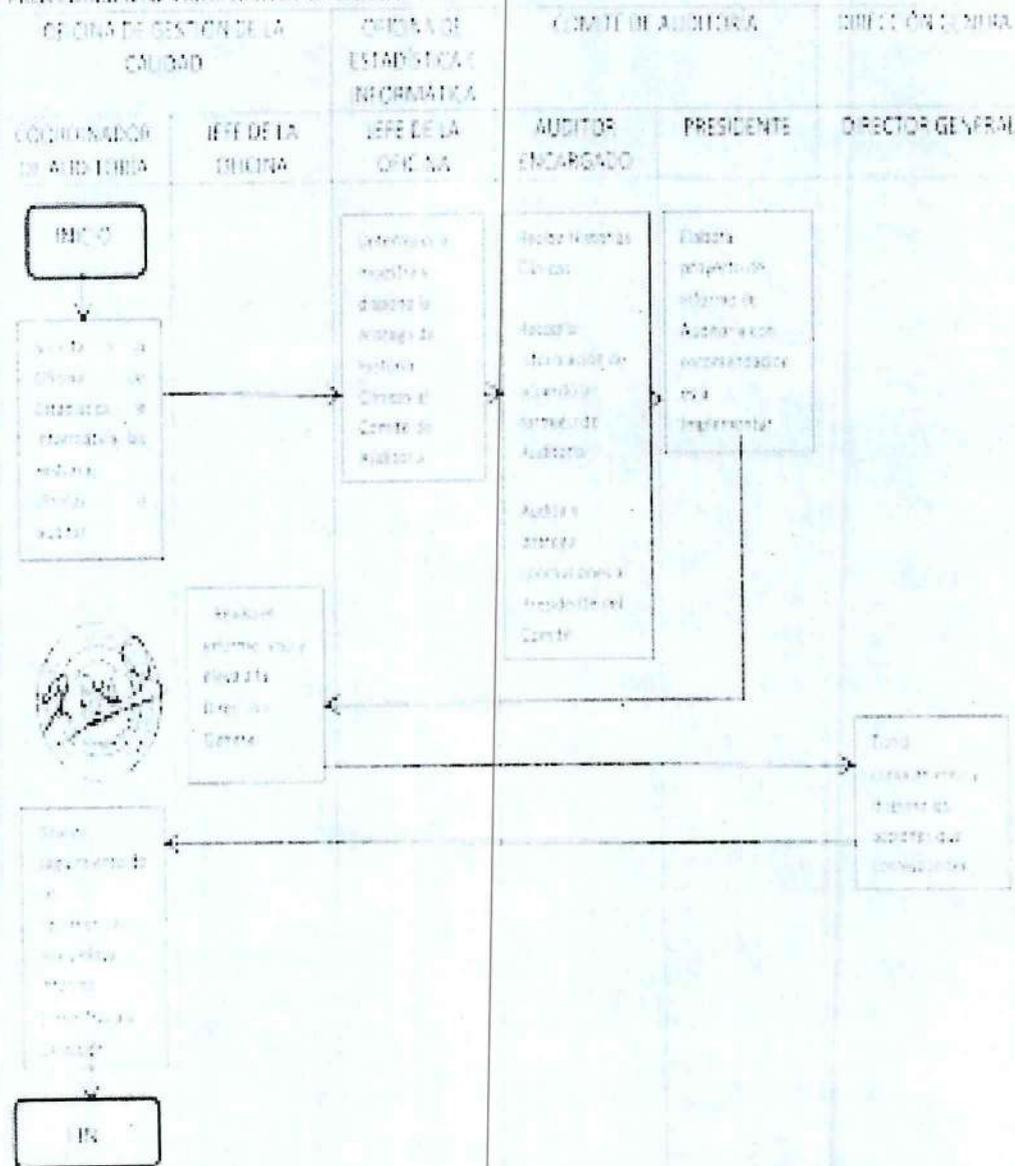
Handwritten initials



PROCEDIMIENTO AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

PROGRAMA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

PROCEDIMIENTO AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN



MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoria Programada)

Informe N°

A. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

D. Médico Auditor

Asunto: Auditoria Programada de la Calidad Paciente (indicar el nombre) Historia Clínica N°

Referencia

Fecha del Informe

1. ANTECEDENTES: Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otras).
2. ORIGEN DE LA AUDITORIA: Indicar que documento originó la realización de la auditoría.
3. TIPO DE AUDITORIA: Referirse a la auditoría según el numeral 5.3.
4. ALCANCE DE LA AUDITORIA: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realizó la auditoría (Atención brindada al paciente XX, en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año).
5. METODOLOGIA: Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
 - a. Acciones de Evaluación de Documentos
 - 5.1.1
 - 5.1.2
 - b. Técnicas: En la ejecución de la investigación se aplicó las siguientes técnicas
 - 5.2.1
 - c. Revisión de Guías de Prácticas Clínicas
 - 5.3.1
6. INFORMACION CLINICA: Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales y diagnósticas, usando en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalización y los informes de personas asistenciales o administrativos que participó en la atención del paciente.





67

- 7. **HALLAZGOS:** Se consignar las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente e mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

Inconformidades mayores

	Hallazgo 7.1
Sumilla	
Condición	
Criterio	

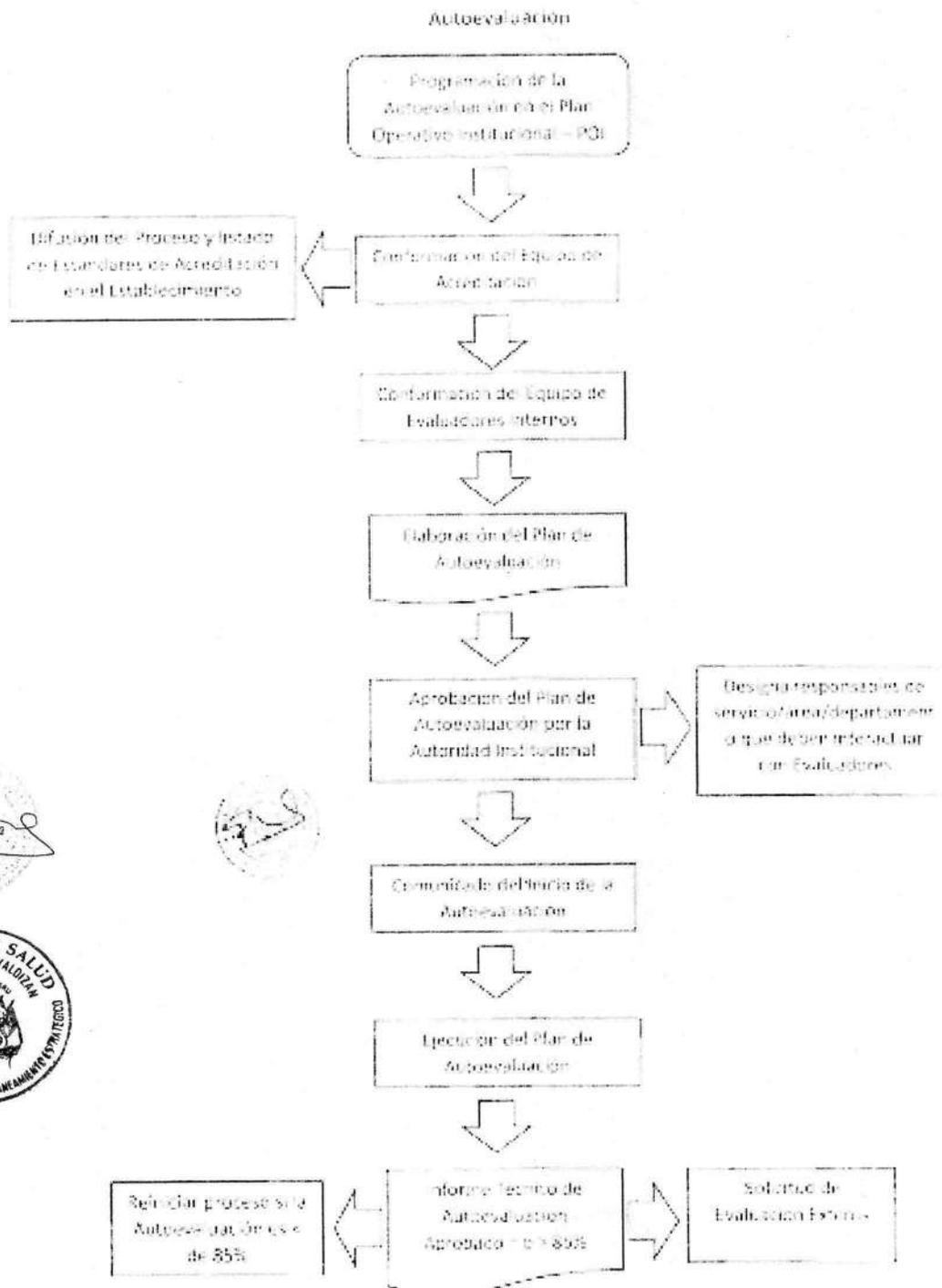
Inconformidades menores

	Hallazgo 7.5
Sumilla	
Condición	
Criterio	



- 8. **CONCLUSIONES:** La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia
- 9. **RECOMENDACIONES:** Describir las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieren ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas
- 10. **FIRMAS:** Registrar al pie de Informe: Nombre, Sexo, N° de colegio profesional del médico auditor o los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participó en la realización del informe
- 11. **ANEXOS**

Handwritten signature



Anexo N° 2. Hoja de Recomendaciones

Localidad: _____

Tipo: _____

Servicios Evaluados: _____

Macroproceso

Observaciones

Recomendaciones

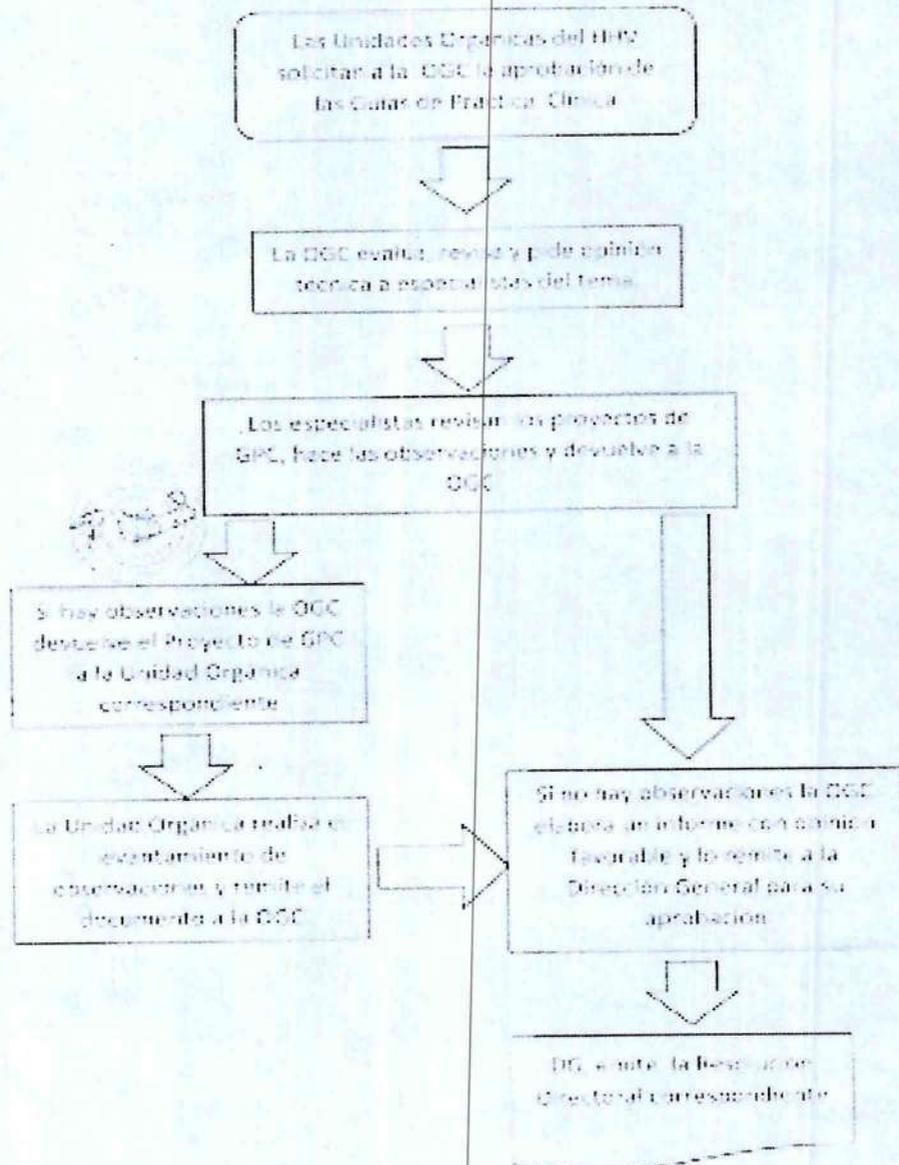
200



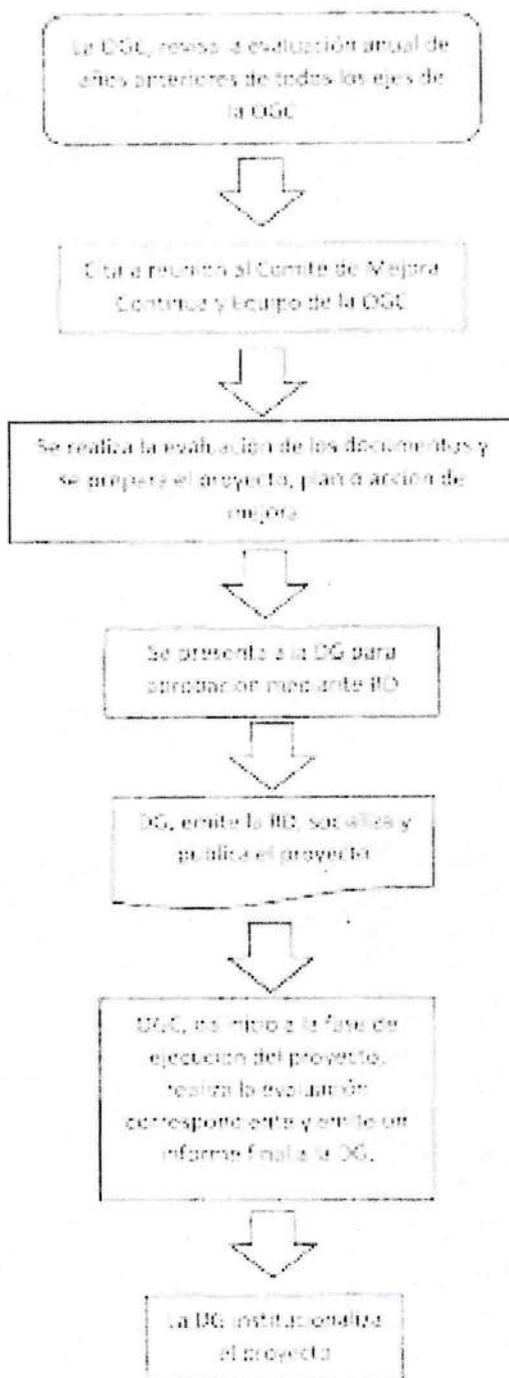
Firma:



Asistencia Técnica para elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC)



ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



Admisión y Respuesta de Documentos

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Jefe de la Oficina

Equipo Técnico de la OGC

Asistente Ejecutiva

DIRECCIÓN GENERAL DE UNIDADES ORGÁNICAS

7058

