



Resolución Directoral

Santa Anita, 31 de Enero de 2019

VISTO:

El Expediente N° 19MP-01174 e Informe N° 001/OGC-HHV/2019 sobre "Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2019";

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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

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

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



Que, la Oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Plan de Gestión de la Calidad del HHV 2019 del Hospital Hermilio Valdizán; con el fin de mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud mental estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar; así como dentro de sus objetivos generales esta mejorar la calidad de los servicios de salud en el hospital mediante la implementación del sistema de gestión de calidad; y como objetivos específicos el de promover y fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos, entre otros;



Que, mediante documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Hermilio Valdizán, el cual consta de cincuenta y dos (52) páginas; 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 la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el **PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN**, periodo 2019 el mismo que consta de cincuenta y dos (52) páginas, la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

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

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

Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

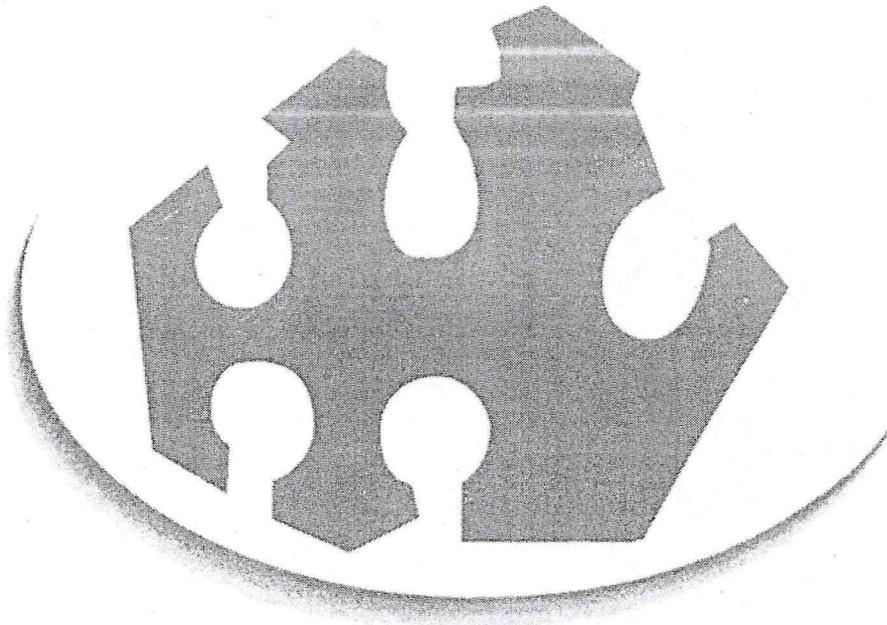
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (a)
C.M.P. N° 21499 R.N.E 12799

GLCV.
DISTRIBUCION:
SDG
OGC
OEPE
OAJ
OCI
INFORMATICA



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2019

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero

Lic. Alva Vitor Tolentino

Lic. Susy Larico Durand

Lic. Karim León Liza

Sra. Ruth Duran Gutiérrez

Sec. Miriam Loayza Alosilla



Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	4
IV. BASE LEGAL	5
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
VI. NATURALEZA, FINES Y MISION DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	7
VII. LINEAS O EJES DE ACCION DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD	8
VIII. ACCIONES PRIORITARAS	10
IX. ACTIVIDADES Y TAREAS	11
X. RESPONSABILIDAD	12
XI. CRONOGRAMA	13





I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de Nivel III-1 de complejidad, especializada en la prestación de servicios de Psiquiatría y Salud Mental que tiene como uno de sus objetivos generales, el de “Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar”.

La OMS define la calidad asistencial como “la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”

La calidad asistencial es el resultado de aunar los dos elementos de la calidad el primero intrínseco al acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de la tecnología y el segundo elemento que es extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde todo problema encontrado es una oportunidad para mejorar. Además la mejora constituye una exigencia ética, individual y organizacional de todos los trabajadores del hospital quienes estamos comprometidos de optimizar la calidad de atención de nuestro hospital.

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



Por lo que pone a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Hermilio Valdizán el cual parte del informe final del año 2018 en nuestros diferentes ejes estratégicos como son: Gestión de las Relaciones con el usuario externo, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Autoevaluación en el marco de la acreditación, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y Mejora Continua. La evaluación de estos diferentes ejes estratégicos nos ha permitido identificar brechas de desempeño del hospital respecto a estándares previamente definidos, brechas que al ser subsanadas permiten mejorar la calidad de atención en el hospital.





II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad establecer los objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, del Hospital Hermilio Valdizán para el periodo 2019.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Mejorar la calidad de los servicios de salud en el HHV, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad

3.2 Objetivos Específicos:

- Desarrollar el proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.
- Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL.
- Promover y fortalecer la seguridad del paciente mediante la implementación del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
- Realizar las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en el HHV como instrumento de mejora de la calidad.
- Impulsar el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a las recomendaciones de las líneas de acción desarrolladas por la Oficina de Gestión de la Calidad





- Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad de los Hospitales del MINSA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprobó el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprobó la N.T. N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoria de Caso de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.





- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, aprobó la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprobó Guía Técnica: "Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 768-2001/MINSA, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud Clínica
- Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA /DST-V.02: Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM: Obligación de las entidades del sector público de contar con un libro de reclamaciones





V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

VI. NATURALEZA, FINES Y MISIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

a) Naturaleza y fines

Naturaleza:

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

Fines:

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

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





- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

b) Misión de la Oficina de Gestión de la Calidad

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

VII. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

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



AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

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

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

AUDITORIA EN SALUD

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



GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Oficina de Calidad, ello se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. La ejecución de rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

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

GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO – PAUS

Libro de Reclamaciones

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

Buzón de Sugerencias

Es un medio de escucha al usuario externo a través del cual podrá hacer llegar: Sugerencias, opiniones, reclamos, felicitaciones, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el HHV diariamente. Esta información permitirá conocer los puntos débiles y ayudará a establecer planes y emprender acciones para la mejora de nuestro servicio.

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

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





multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones como el sector de Educación, Salud, y otros. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una Organización o Institución, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.

VIII. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Continuar desarrollando el proceso de Autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover y fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos
- c) Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- d) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- e) Determinar el nivel de Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- f) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Unidad de Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones).
- g) Realizar seguimiento y asistencia técnica a las observaciones hechas llegar a las diferentes unidades orgánicas en el proceso de mejora de la calidad en el hospital
- h) Implementar el uso de Protocolos de Atención, Guías de la Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la calidad de atención.





IX. ACTIVIDADES Y TAREAS

9.1 AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2019.
- Conformar el Equipo de Autoevaluadores Internos
- Conformar el Equipo de Acreditación
- Realizar evento de capacitación a los autoevaluadores internos
- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de 22 macroprocesos
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

9.2 AUDITORIA EN SALUD

- Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud
- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.
- Ejecutar acciones de auditoría
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones



9.3 GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Conformar el Comité de Seguridad del Paciente
- Conformar el Comité de Evento Centinela
- Formular el Plan de Seguridad del paciente
- Elaborar un instrumento para análisis de comunicación interna y externa, ante presencia de evento centinela.
- Ejecutar rondas de seguridad del paciente
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.



9.4 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

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

9.5 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO: PAUS. LIBRO DE RECLAMACIONES Y BUZÓN DE SUGERENCIAS

- Conformar el Comité de Relaciones con el Usuario Externo
- Elaborar el Plan Plataforma de Atención al Usuario
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Atender el Libro de Reclamaciones
- Elaborar informe periódico del Libro de Reclamaciones a OCI y Dirección General
- Elaborar informe final de la Plataforma de Atención al Usuario

9.6 ENCUESTA SERVQUAL.

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

X. RESPONSABILIDADES

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



XI. CRONOGRAMA

OBJETIVO ESTRATEGICO GENERAL: FORTALECER PERMANENTEMENTE LAS ACCIONES DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD.		METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2019												RESPONSABLES				
ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2019	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		N	D		
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS DE APROBADO CON RD	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Oficina de Gestión de la Calidad	
	FORMULAR PLAN DE AUTOEVALUACION EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
	EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0		
	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LINEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Comité de Mejora Continua de la Calidad y Oficina de Gestión de la Calidad		
	CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			
	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	407	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	407	Oficina de Gestión de la Calidad



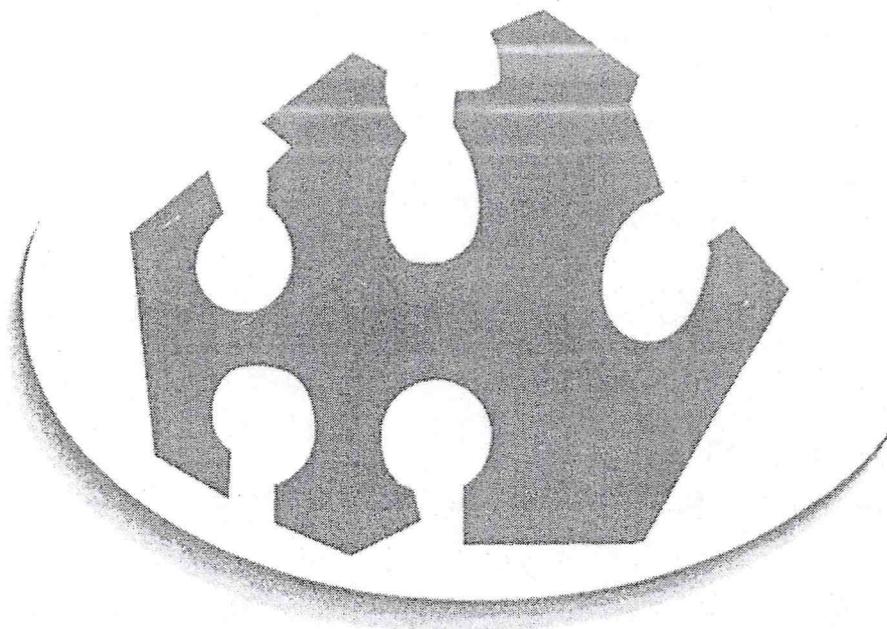
PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DEL PROCESO DE HIGIENE DE LAVADO DE MANOS	INFORME	4	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	Comité de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Gestión de la Calidad
	ELABORAR PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	REUNIONES TECNICAS DE COORDINACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	ACTAS	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
	INFORME DEL PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	CAS Y CAM APROBADO CON RD	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de la Auditoria y de la Oficina de la Gestión de la Calidad
	ELABORAR EL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	EJECUTAR AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	HC AUDITADA	04	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
	EJECUTAR AUDITORIAS DE CASO	HC AUDITADA	02	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
	EVALUACIÓN DE REGISTROS DE HC	HC EVALUADA	120	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA DE GUIAS DE LA PRACTICA CLINICA	INFORME	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	



G. Zapata
 Giovanna Zapata Coacalla
 Médico Psiquiatra - Psicoanalista
 C.M.P. 36635 R.N.E. 23990



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN



PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2019

EQUIPO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dra. Giovanna Zapata Coacalla

Dr. John Loli Depaz

Lic. Víctor Ramón García Herbozo

Lic. Lidia Aguilar Romero

Lic. Alva Vitor Tolentino

Lic. Susy Larico Durand

Lic. Karim León Liza

Sra. Ruth Duran Gutiérrez

Sec. Miriam Loayza Alosilla



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán, es un hospital de Nivel III-1 de complejidad, especializada en la prestación de servicios de Psiquiatría y Salud Mental que tiene como uno de sus objetivos generales, el de “Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generar una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar”.

La OMS define la calidad asistencial como “la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”

La calidad asistencial es el resultado de aunar los dos elementos de la calidad el primero intrínseco al acto asistencial o científico, compuesto por los conocimientos y por el uso de la tecnología y el segundo elemento que es extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la atención hospitalaria.

La mejora continua de la calidad constituye la razón de ser de la Oficina de Gestión de la Calidad, donde todo problema encontrado es una oportunidad para mejorar. Además la mejora constituye una exigencia ética, individual y organizacional de todos los trabajadores del hospital quienes estamos comprometidos de optimizar la calidad de atención de nuestro hospital.

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





Por lo que pone a consideración el presente Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Hermilio Valdizán el cual parte del informe final del año 2018 en nuestros diferentes ejes estratégicos como son: Gestión de las Relaciones con el usuario externo, Gestión del riesgo y seguridad del paciente, Autoevaluación en el marco de la acreditación, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud y Mejora Continua. La evaluación de estos diferentes ejes estratégicos nos ha permitido identificar brechas de desempeño del hospital respecto a estándares previamente definidos, brechas que al ser subsanadas permiten mejorar la calidad de atención en el hospital.





- Desarrollar mecanismos de escucha al usuario externo mediante el Libro de Reclamaciones y Buzón de Sugerencia orientado a la mejora de la calidad de atención.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad de los Hospitales del MINSA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprobó el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprobó la N.T. N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".





- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, aprobó la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, aprobó Guía Técnica: "Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 768-2001/MINSA, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud Clínica
- Resolución Ministerial N° 603-2007/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 118-MINSA /DST-V.02: Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM: Obligación de las entidades del sector público de contar con un libro de reclamaciones





V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

VI. NATURALEZA, FINES Y MISIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

a) Naturaleza y fines

Naturaleza:

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

Fines:

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

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





- Desarrollar mecanismos de difusión de los resultados de la evaluación de la calidad y de la captación de la información del paciente.

b) Misión de la Oficina de Gestión de la Calidad

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

VII. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

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

AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

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

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

AUDITORIA EN SALUD

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





GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión del riesgo y seguridad del paciente es objetivo permanente de la Oficina de Calidad, ello se logrará mediante la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. La ejecución de rondas de seguridad y la vigilancia y monitoreo de eventos adversos constituyen los mecanismos o estrategias para lograr la seguridad del paciente

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

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

GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO – PAUS

Libro de Reclamaciones

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

Buzón de Sugerencias

Es un medio de escucha al usuario externo a través del cual podrá hacer llegar: Sugerencias, opiniones, reclamos, felicitaciones, etc. Sobre los diversos servicios que brinda el HHV diariamente. Esta información permitirá conocer los puntos débiles y ayudará a establecer planes y emprender acciones para la mejora de nuestro servicio.

MEDICIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

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





multidimensional para evaluar la calidad del servicio, brindado en las Instituciones como el sector de Educación, Salud, y otros. desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una Organización o Institución, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas como un indicador para mejorar.

VIII. ACCIONES PRIORITARIAS

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Continuar desarrollando el proceso de Autoevaluación en el HHV en el marco de la acreditación.
- b) Promover y fortalecer el Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos
- c) Realizar la Auditoria de la Calidad de Atención en salud para fortalecer la calidad de servicio.
- d) Formular e Implementar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- e) Determinar el nivel de Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.
- f) Monitorear e implementar mejoras en base a las sugerencias registradas a través de los módulos de escucha al usuario (Plataforma de Atención al Usuario, Unidad de Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones).
- g) Realizar seguimiento y asistencia técnica a las observaciones hechas llegar a las diferentes unidades orgánicas en el proceso de mejora de la calidad en el hospital
- h) Implementar el uso de Protocolos de Atención, Guías de la Práctica Clínica, Manuales de Procedimientos para mejorar la calidad de atención.





IX. ACTIVIDADES Y TAREAS

9.1 AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

- Conformar el Comité de Autoevaluación
- Formular el Plan de Autoevaluación 2019.
- Conformar el Equipo de Autoevaluadores Internos
- Conformar el Equipo de Acreditación
- Realizar evento de capacitación a los autoevaluadores internos
- Ejecutar la autoevaluación en base a criterios y estándares de 22 macroprocesos
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

9.2 AUDITORIA EN SALUD

- Conformar el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud
- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.
- Ejecutar acciones de auditoría
- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones

9.3 GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Conformar el Comité de Seguridad del Paciente
- Conformar el Comité de Evento Centinela
- Formular el Plan de Seguridad del paciente
- Elaborar un instrumento para análisis de comunicación interna y externa, ante presencia de evento centinela.
- Ejecutar rondas de seguridad del paciente
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente.
- Emitir informe de ocurrencias de eventos adversos
- Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones.





9.4 IMPLEMENTACIÓN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA

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

9.5 GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO: PAUS. LIBRO DE RECLAMACIONES Y BUZÓN DE SUGERENCIAS

- Conformar el Comité de Relaciones con el Usuario Externo
- Elaborar el Plan Plataforma de Atención al Usuario
- Fortalecer la continuidad de los módulos de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Emitir informe técnico del módulo de escucha al usuario externo (buzón de sugerencia)
- Atender el Libro de Reclamaciones
- Elaborar informe periódico del Libro de Reclamaciones a OCI y Dirección General
- Elaborar informe final de la Plataforma de Atención al Usuario

9.6 ENCUESTA SERVQUAL.

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

X. RESPONSABILIDADES

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





XI. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL 2019	METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2019												RESPONSABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE LA IPRES	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS APROBADO CON RD	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo Evaluadores y de Oficina de Gestión de la Calidad
	FORMULAR PLAN DE AUTOEVALUACION EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo Evaluadores y de Oficina de Gestión de la Calidad	
	DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo Evaluadores y de Oficina de Gestión de la Calidad	
	EJECUTAR LA EVALUACIÓN INTERNA EN BASE A CRITERIOS Y ESTÁNDARES	ACCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo Evaluadores y de Oficina de Gestión de la Calidad	
	ELABORAR INFORME DE RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	Equipo de Acreditación, de Equipo Evaluadores y de Oficina de Gestión de la Calidad	
IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	ELABORAR EL PLAN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y de Oficina de Gestión de la Calidad	
	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTO Y/O ACCIONES DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Comité de Mejora Continua de la Calidad y de Oficina de Gestión de la Calidad	
	CAPACITACIÓN A PERSONAL DEL HOSPITAL EN PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Comité de Mejora Continua de la Calidad y de Oficina de Gestión de la Calidad	
GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO	ELABORAR PLAN DE MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO - SERVQUAL	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	EJECUTAR ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO	ESCUESTA	407	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	407	Oficina de Gestión de la Calidad	





PERU
Ministerio de Salud

Hospital Hermito Valdivia

Oficina de Gestión de la Calidad

“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”

GESTIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	EMITIR INFORME DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ENCUESTA SERVQUAL	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	MEDICIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA Y MOVIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA/ HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA	INFORME	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	ELABORAR EL PLAN DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (BUZON DE SUGERENCIAS Y LIBRO DE RECLAMACIONES)	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (BUZON DE SUGERENCIA)	ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo
	EMITIR INFORME TECNICO DEL MODULO DE ESCUCHA AL USUARIO EXTERNO (APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIA)	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
	EMITIR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A AUTORIDAD DEL MINSA	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
	ELABORAR REPORTE DEL LIBRO DE RECLAMACIONES A OCI/HHV	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	ELABORAR INFORME DE GESTION DE PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA		ACCION	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		INFORME	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	



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

Establecimiento: _____

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

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

Firma:



Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones

Firma:



Anexo N° 4: Matriz de Selección

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

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total



Firma:



ANEXO N° 5

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				



DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita.	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					



ANEXO N° 6

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

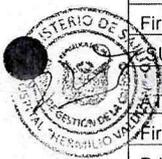
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA		NÚMERO DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO		FECHA DE AUDITORÍA	
ASUNTO		FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA		CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA		CIE 10	

II) OBSERVACIONES

FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLIC
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			



Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



ANEXO N° 7

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA		NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA		SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO		FECHA DE HOSPITALIZACIÓN			
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA		COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA		CIE 10			
II) OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Condiciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				
EXAMEN CLÍNICO					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respi- ratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutri- ción, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concor- dantes y coherentes.	4	2		0	



Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	NA
Plan diagnóstico	0.5			0	
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN					
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
III.- NO CONFORMIDAD					
IV.- CONCLUSION					
V.- RECOMENDACIONES					



Anexo 2: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad

IPRESS:

RESPONSABLE (*):

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:
ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA									
ROND 1	/ /	:									
ROND 2	/ /	:									

SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:	ROND 1	/ /	:
ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:	ROND 2	/ /	:

Titular responsable de la IPRESS

Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la
Calidad o quien haga sus veces

Responsable de Epidemiología o quien
haga sus veces

Responsable del Departamento/
Servicio de Enfermería



Anexo 3: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad

1. **PROBABILIDAD:** Es la frecuencia en la que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador es casi inevitable. Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- b. **PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
- c. **OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d. **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e. **RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

2. **GRAVEDAD/IMPACTO:** Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el cliente (que pueda ser el paciente, su familia o el gestor); valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del cliente, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/penalización/indemnización.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- a. **CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias. Origina la total insatisfacción del cliente, ya que produce la muerte del paciente.
- b. **IMPORTANTE (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevada. Requiere de constantes reintervenciones, poniendo en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de normas reglamentarias. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de incapacidad permanente.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el cliente. El cliente observará el deterioro en el rendimiento del sistema. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.
- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un ligero inconveniente al cliente. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo sin generar discapacidad.



- e. **INSIGNIFICANTE (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia origine efecto real algunos sobre el rendimiento del sistema. Probablemente, el cliente no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.

*Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad.

GRAVEDAD/IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

3. **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.

- a. **RIESGO INTOLERABLE (35-50):** El incumpliendo del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia.
- b. **RIESGO IMPORTANTE (20-34):** El incumpliendo del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición, pero con repercusiones significativas.
- c. **RIESGO MODERADO (4-19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición y de trascendencia moderada o tolerable.
- d. **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 4: 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 evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:
 - 1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.
 - 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 normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- a. **EVITABLE (3):** Cuando la factibilidad científica, 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.
- b. **REDUCIBLE (2):** Cuando la factibilidad científica, 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.
- c. **INEVITABLE (1):** Cuando la factibilidad científica, económica y de costo- oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un plan de mitigación de riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA – CIENTÍFICA)

EVITABLE	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 del cual se construye el listado de priorización de intervenciones del Plan de Acción.



Anexo 5: Plan de Acción

ÓRGANO DESCENTRALADO:	TRIMESTRE:	AÑO:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	FECHA EJECUCIÓN:	
UPSS:	ESPECIALIDAD:	
DIRECTOR GEN/EJEC:	JEFE DE LA UPSS:	
ADMINISTRADOR:	JEF. OFICINA DE CALIDAD:	
JEF. ENFERMERÍA:	OTRAS JEFATURAS:	

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (*) (/ /)



Anexo 6: Ficha de Monitoreo

ÓRGANO DESCENCENTRADO:	TRIMESTRE:	AÑO:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	FECHA EJECUCIÓN:	
UPSS:	ESPECIALIDAD:	
DIRECTOR GEN/EJEC:	JEFE DE LA UPSS:	
ADMINISTRADOR:	JEF. OFICINA DE CALIDAD:	
JEF. ENFERMERÍA:	OTRAS JEFATURAS:	

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (*) (/ /)	MONITOREO (/ /)	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN



Anexo 7: Indicadores de Evaluación

1. PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD EJECUTADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a. Fórmula de cálculo: N° de Rondas de seguridad Ejecutadas/ N° de Rondas de seguridad Programadas X 100
- b. Tipo de Indicador: De proceso.
- c. Fuente auditable: Cronograma de rondas de seguridad, Actas de rondas de seguridad.
- d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas en la institución Prestadora de Servicios de la Salud $\geq 90\%$.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- 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 Rondas de Seguridad 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.

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

- a. Fórmula de cálculos: N° de Verificadores conformes/ N° de Verificadores evaluados X 100
- b. Tipo de indicador: De resultado
- c. Fuente auditable: Listado de criterios de evaluación, Acta de rondas de Seguridad.
- d. Meta Anual: Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- 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 Rondas de Seguridad 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.

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

- a. Fórmula de cálculos: N° de acciones de mejora implementadas/ N° de acciones de mejora propuestas X 100
- b. Tipo de indicador: De proceso y resultado
- c. Fuente auditable: Actas de Rondas de Seguridad, informe de cumplimiento de actividades de mejora.
- d. Meta Anual: Porcentaje de acciones implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- 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 responsable de la Oficina/ Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.



Anexo 2 : 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)



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 5: 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: N° de UPSS o Servicios que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS X 100/ N° de UPSS o servicios de la IPRESS.
- b. Tipo de Indicador: De resultado.
- c. Fuente auditable: Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS.
- d. Meta Anual: Porcentaje de UPSS o servicios que reportan Eventos Adversos en la IPRESS \geq 90%.
- 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/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.



Anexo 6: Formato de Plan de Acción – Protocolo de Londres

FECHA:

IPRESS:

EVENTO CENTINELA:

Nº	FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN DE MEJORA/CORRECTIVA	NIVEL DE RECOMENDACIÓN*	RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓN	REQUERIMIENTO DE RECURSOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*NIVEL DE RECOMENDACIÓN: INDIVIDUAL, EQUIPO, DIRECCIÓN, ORGANIZACIÓN



Anexo 7: Formato de Nota de Prensa/ Comunicado Interno

IPRESS	
FECHA	
DESCRIPCIÓN BREVE DEL EVENTO CENTINELA*:	
1.	
2.	
3.	
4.	
ACCIONES INMEDIATAS REALIZADAS POR LA IPRESS*:	
1.	
2.	
3.	
4.	
COMPROMISOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO POR EL TITULAR DE LA IPRESS*:	
1.	
2.	
3.	
4.	
FIRMA DEL TITULAR DE LA IPRESS	

*LA DESCRIPCIÓN EN LA NOTA DE PRENSA/Comunicado Interno debe realizarse en lenguaje sencillo y comprensible para todo público.



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

FECHA:

IPRESS:

EVENTO CENTINELA:

Nº	FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN DE MEJORA/CORRECTIVA	RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN**	FECHA DE CIERRE FORMAL
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

**ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN: NO IMPLEMENTADO, EN PROCESO, IMPLEMENTADO.



Anexo 9: Indicador - Porcentaje de Eventos Centinela Analizados

- a. Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Eventos Centinela reportados y analizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de Eventos Centinela reportados}} \times 100$.
- 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.



Anexo 2: Formato de hoja del Libro de Reclamaciones

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

HOJA DE RECLAMACIÓN EN
SALUD

CARRETERA CENTRAL KM 3.5 – SANTA ANITA

- 000000001

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 NOFIACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI () NO ()

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

--	--

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLICIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO RECLAMACIONES





PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

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

Nombres y Apellidos:.....

Edad:..... Sexo: (M) (F) DNI N°.....

Dirección: Distrito:.....

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

Fecha de ocurrencia: / /

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

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

¿Cuál es tu sugerencia u opinión?

Area with horizontal dotted lines for writing the suggestion or opinion.



¡ No olvides de responder al reverso de la hoja !

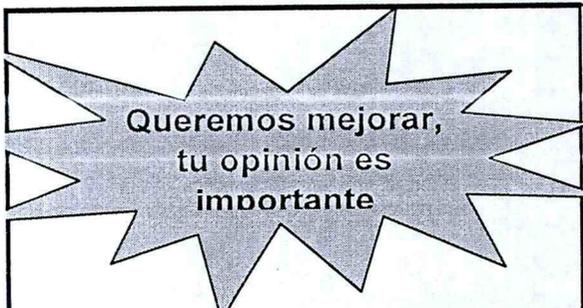


Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo del Buzón de Sugerencias





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

				
	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
Médico tratante				
Enfermera				
Psicólogo(a)				
Asistente Social				
Odontólogo				
Técnica de Enfermería				
Cajero				
Personal de Admisión				
Personal de Farmacia				
Personal de Consultorio 11				
Personal de Hospitalización				
Personal de Laboratorio				
Personal de Rx				
Personal de SIS				
Personal Administrativo				
Personal de Archivo de Historias Clínicas				
Personal de Vigilancia				
Personal de Limpieza				
VALORACION	4	3	2	1



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

ANEXO 1

Encuestas según servicio de atención, nivel y categoría

N° Encuesta: _____											
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III											
Nombre del encuestador:	_____										
Establecimiento de Salud:	_____										
Fecha:	Hora de Inicio: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> Hora Final: <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>										
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.											
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:											
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text"/> 1 Acompañante <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text"/> 2										
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>										
3. Sexo	Masculino <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text"/> 1 Femenino <input style="width: 50px; text-align: center;" type="text"/> 2										
4. Nivel de estudio	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Analfabeto</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>Primaria</td><td align="right">2</td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td align="right">3</td></tr> <tr><td>Superior Técnico</td><td align="right">4</td></tr> <tr><td>Superior Universitario</td><td align="right">5</td></tr> </table>	Analfabeto	1	Primaria	2	Secundaria	3	Superior Técnico	4	Superior Universitario	5
Analfabeto	1										
Primaria	2										
Secundaria	3										
Superior Técnico	4										
Superior Universitario	5										
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SIS</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>SOAT</td><td align="right">2</td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td align="right">3</td></tr> <tr><td>Otro</td><td align="right">4</td></tr> </table>	SIS	1	SOAT	2	Ninguno	3	Otro	4		
SIS	1										
SOAT	2										
Ninguno	3										
Otro	4										
6. Tipo de usuario	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nuevo</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>Continuador</td><td align="right">2</td></tr> </table>	Nuevo	1	Continuador	2						
Nuevo	1										
Continuador	2										
7. Especialidad /servicio donde fue atendido: _____											



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

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



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

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted 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?							
19	P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							



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

		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: <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 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.</p>		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input type="text" value="1"/>	Acompañante <input type="text" value="2"/>
2. Edad del encuestado en años	<input type="text"/>	
3. Sexo	Masculino <input type="text" value="1"/>	Femenino <input type="text" value="2"/>
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4
6. Tipo de usuario	Nuevo	1
	Continuador	2
7. Tópico o área donde fue atendido:	_____	



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

EXPECTATIVAS

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

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

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



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

PERCEPCIONES

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

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

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



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

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" value="/"/> / <input type="text" value="/"/> / <input type="text" value=""/> Hora Final: <input type="text" value="/"/> / <input type="text" value="/"/> / <input type="text" value=""/>
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.	
<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 style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
3. Sexo	Masculino <input type="text" value="1"/>
	Femenino <input type="text" value="2"/>
4. Grado de Instrucción	Ninguno <input type="text" value="0"/>
	Primaria <input type="text" value="1"/>
	Secundaria <input type="text" value="2"/>
	Superior <input type="text" value="3"/>
	No Sabe <input type="text" value="4"/>
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS <input type="text" value="0"/>
	SOAT <input type="text" value="1"/>
	Ninguno <input type="text" value="2"/>
	Otro <input type="text" value="3"/>
6. Servicio donde permaneció hospitalizado:	_____
7. Tiempo de hospitalización en días:	_____



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

EXPECTATIVAS

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

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

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



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

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

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

