MINISTERIO SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DIRECCION GENERAL

Nº 275 -DG/HHV-2018

# Resolución Directoral

Santa Anita, 31 de Diciembre de 2018

**VISTO:**

El Expediente Nº 19MP-00455-00, sobre Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizan ;

**CONSIDERANDO:**

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

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

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

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

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

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

**SE RESUELVE:**

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

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

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

Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizan"

M.C. Gloria Luz Lueva Vergara
Director General (e)
C.M.P Nº 27499 R.N.E. 12799

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
RECIBIDO
31 ENE. 2019
Hora: 11:10 am
Firma:
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

## SANTA ANITA - 2018

INDICE



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

# DIRECTORIO DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

**Director General:**

**Dra. GLORIA LUZ CUEVA VERGARA**

**Sub Directora General.:**

**Dra. ROSA ILA CASANOVA SOLIMANO**

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

**Lic. Adm. MARÍA MILDRED RUIZ VILLACORTA**

**Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad**

**Mg. GIOVANNA ZAPATA COACALLA**

---

**Equipo técnico y de redacción:**

**Mg. SILVIA ELVIRA MARCA IGNACIO**

**Responsable de la Unidad de Organización de la OEPE:**

**Mg. SILVIA ELVIRA MARCA IGNACIO**

# ÍNDICE

**CAPÌTULO II**
OBJETIVOS DEL MANUAL 5

**CAPÌTULO III**
BASE LEGAL 6 - 7

**CAPÌTULO IV**

EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS. 7

MAPA DE PROCESOS NIVEL 0, 1, 2 Y 3 9 - 17

RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS 18

IDENTIFICACIÓN DE SUB PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS 19

**CAPÌTULO V**
FICHAS DE PROCEDIMIENTOS Y FLUJOGRAMAS 20 - 69

**ANEXOS** 70 - 133

# CAPÌTULO I

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

# CAPÌTULO II

## 2.1 OBJETIVOS DEL MANUAL

### Objetivo General

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

### Objetivos Específicos

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

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

# CAPÌTULO III

## BASE LEGAL

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

- D. S. N° 013-2006/MINSA Reglamento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- D. S. N° 001-2016-SA– Aprueba el TUPA DEL Ministerio de Salud, modificado por las R.M. N° 242 y 263 – 20169/MINSA
- Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA Política Nacional de Calidad en Salud
- Resoluciòn Ministerial N ° 727-2009/MINSA Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial Nº 640-2006/MINSA-Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA- Sistema de Gestiòn de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA –Aprueba la NT N° 022 – MINSA/DGSP-V-02 –Norma Técnica de Salud para la Gestiòn de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA- Aprueba la NTS N ° 050-MINSA/DGSP-V.02-Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA - Aprueba Norma Técnica N ° 029-MINSA/DIGEPRES-V-02 – Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA- Aprueba la Guia Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial Nº 676-2009/MINSA- Aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Jefatural Nº 029-MINSA N ° 393-2016/IGSS – Directiva Sanitaria N ° 003-IGSS-V.1 denominada Ronda de Seguridad y Gestiòn del Riesgo para la Seguridad del Paciente

# CAPÌTULO IV

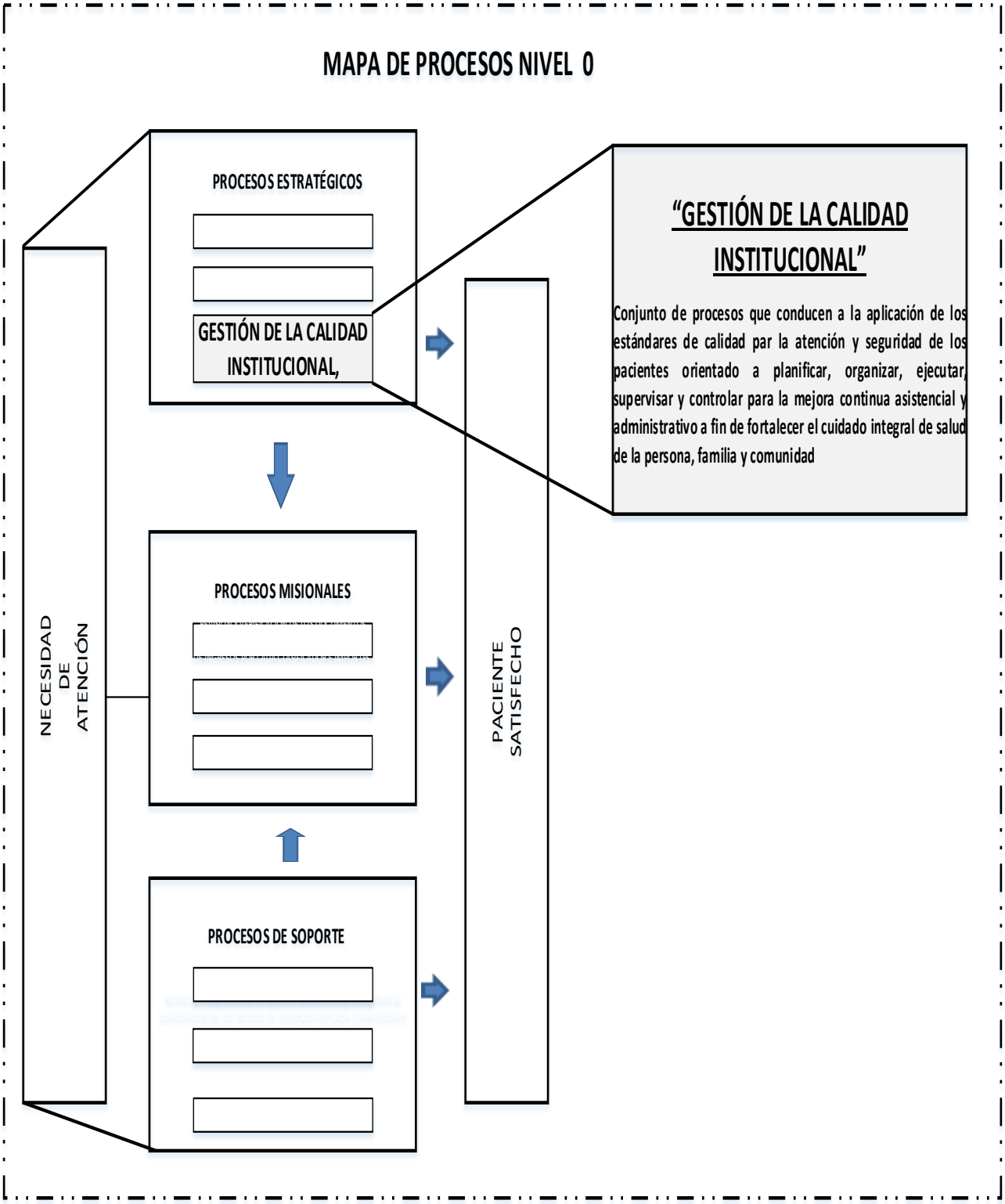
## LÍNEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

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

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

# MAPAS DE PROCESOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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


MAPA DE PROCESOS NIVEL 0
PROCESOS ESTRATÉGICOS
GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL,
"GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL"
Conjunto de procesos que conducen a la aplicación de los estándares de calidad par la atención y seguridad de los pacientes orientado a planificar, organizar, ejecutar, supervisar y controlar para la mejora continua asistencial y administrativo a fin de fortalecer el cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad
NECESIDAD DE ATENCIÓN
PROCESOS MISIONALES
PACIENTE SATISFECHO
PROCESOS DE SOPORTE

## MAPA DE PROCESO NIVEL 1

NECESIDAD DE ATENCIÓN

**PROCESOS ESTRATÉGICOS**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL**

PACIENTE SATISFECHO

**"SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO"**

Proceso Estratégico orientado a formular, ejecutar y evaluar mecanismos e instrumentos de buenas prácticas para los usuarios internos y externos, así como identificar el nivel de satisfacción del usuario de los servicios que brindan la institución.

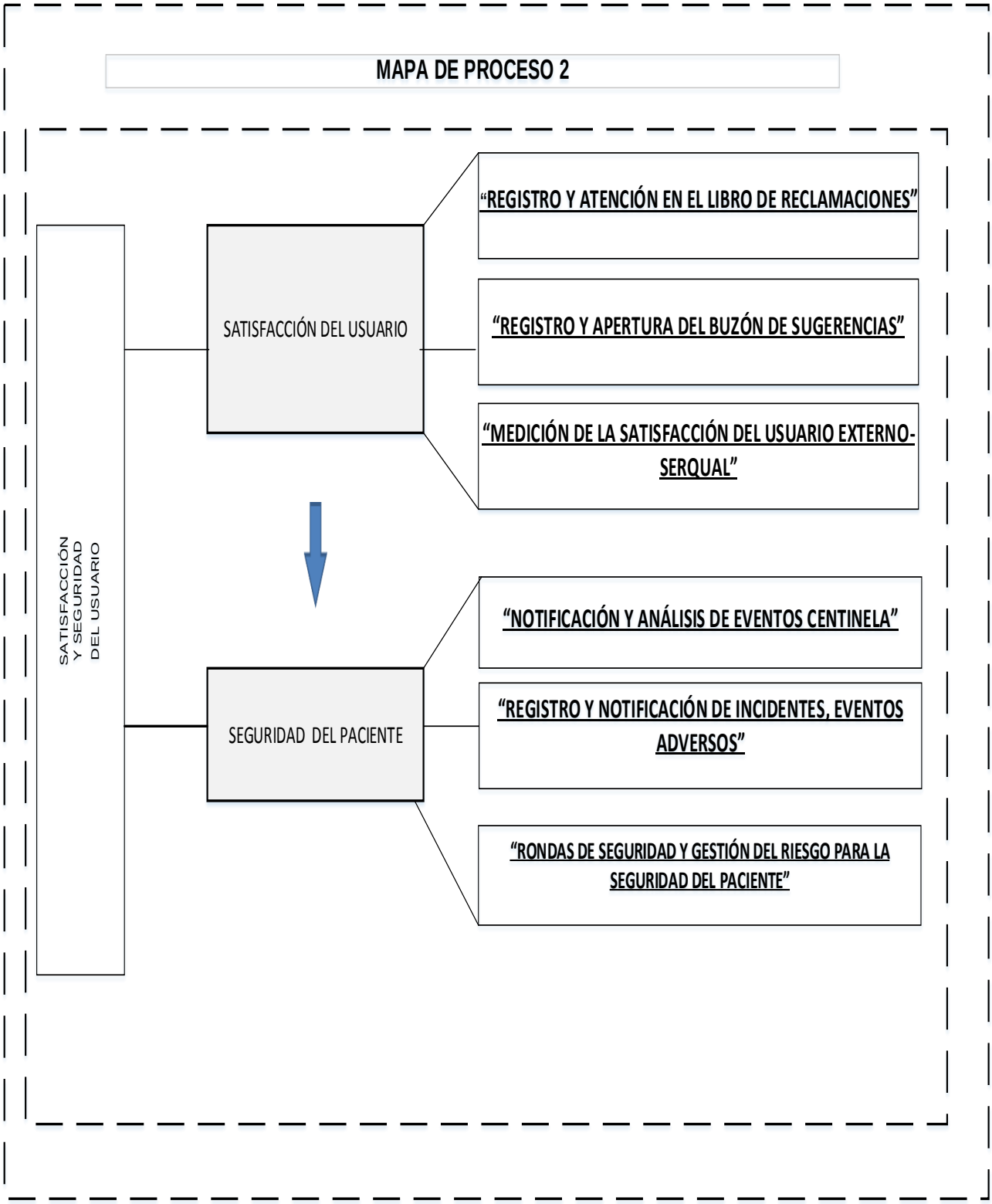
**" EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD"**

Proceso, Estratégico orientado a ejecutar monitorear, evaluar y controlar el desempeño de los procesos asistenciales y administrativos, a fin de cumplir con los estándares y criterios de calidad

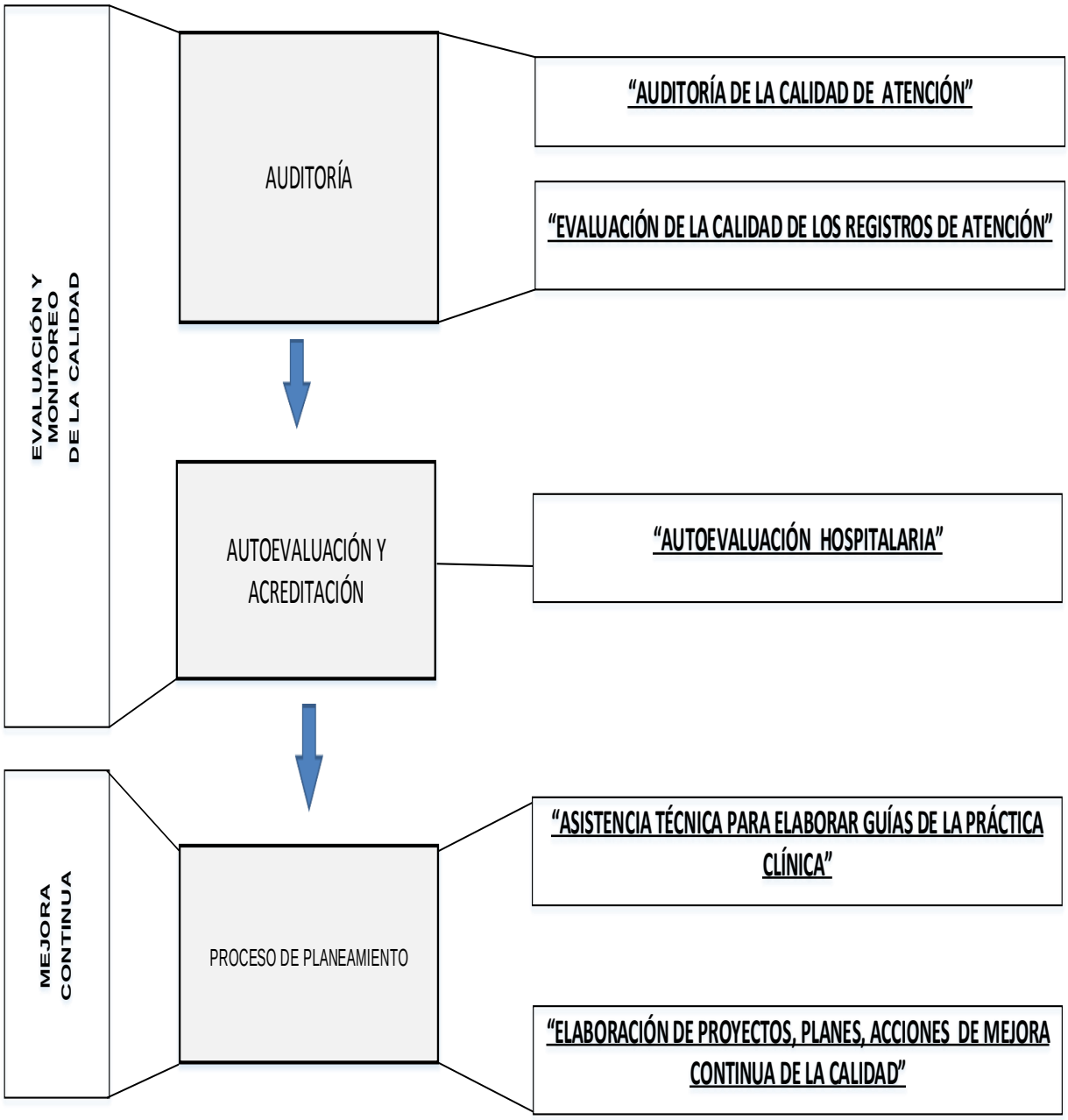
**"MEJORA CONTINUA"**

Proceso Estratégico orientado a formular e implementar acciones de innovación y desarrollo de mejoras prácticas en los procesos asistenciales y administrativos, a fin de brindar servicios de calidad frente a las necesidades de la población.

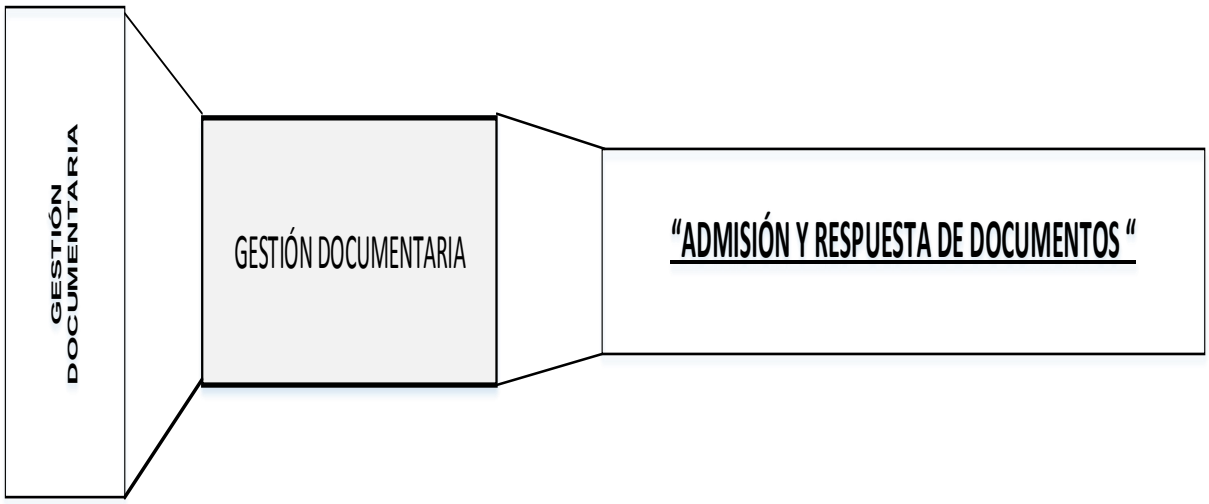
## MAPA DE PROCESO 2



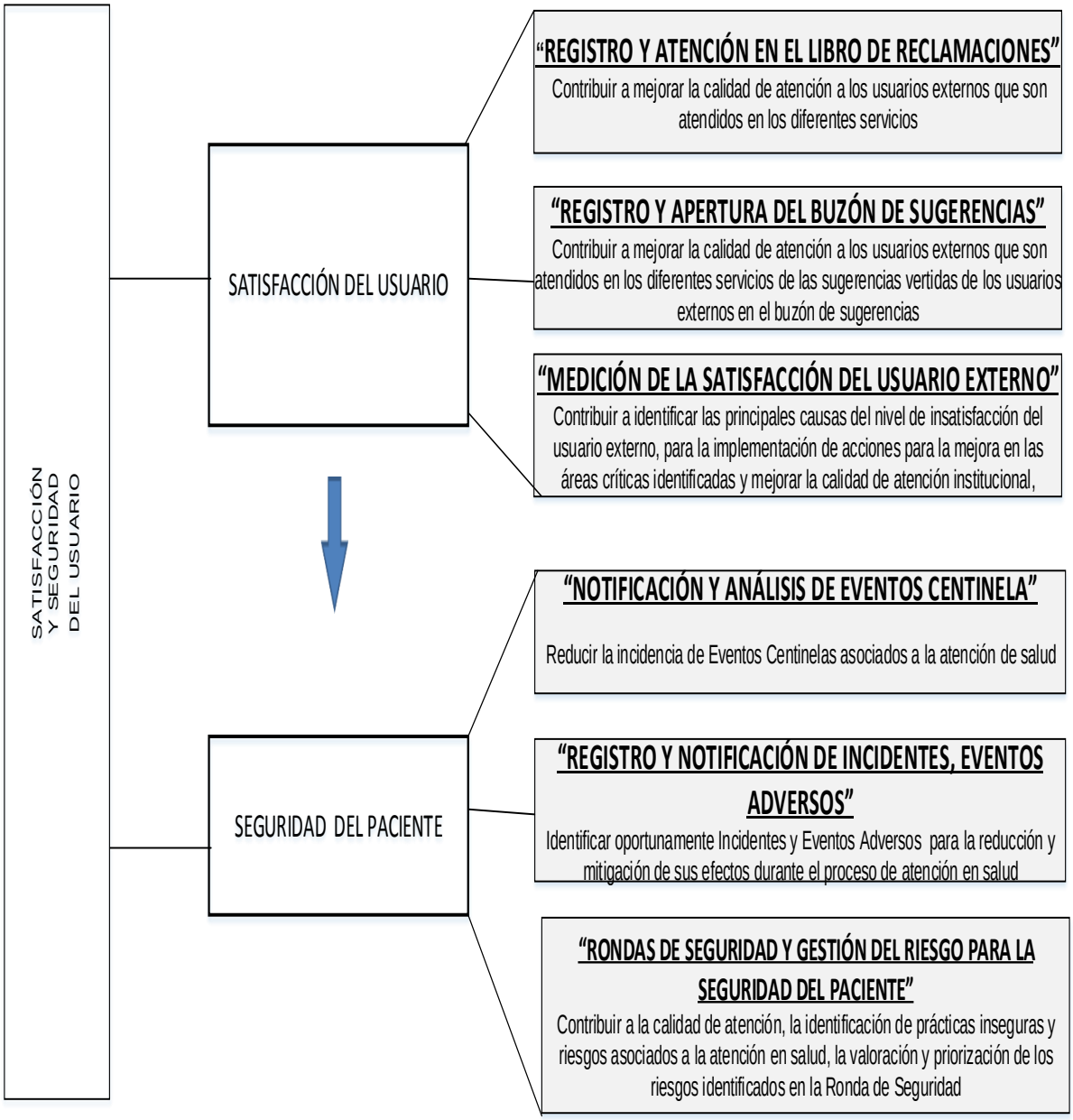
# MAPA DE PROCESO 2



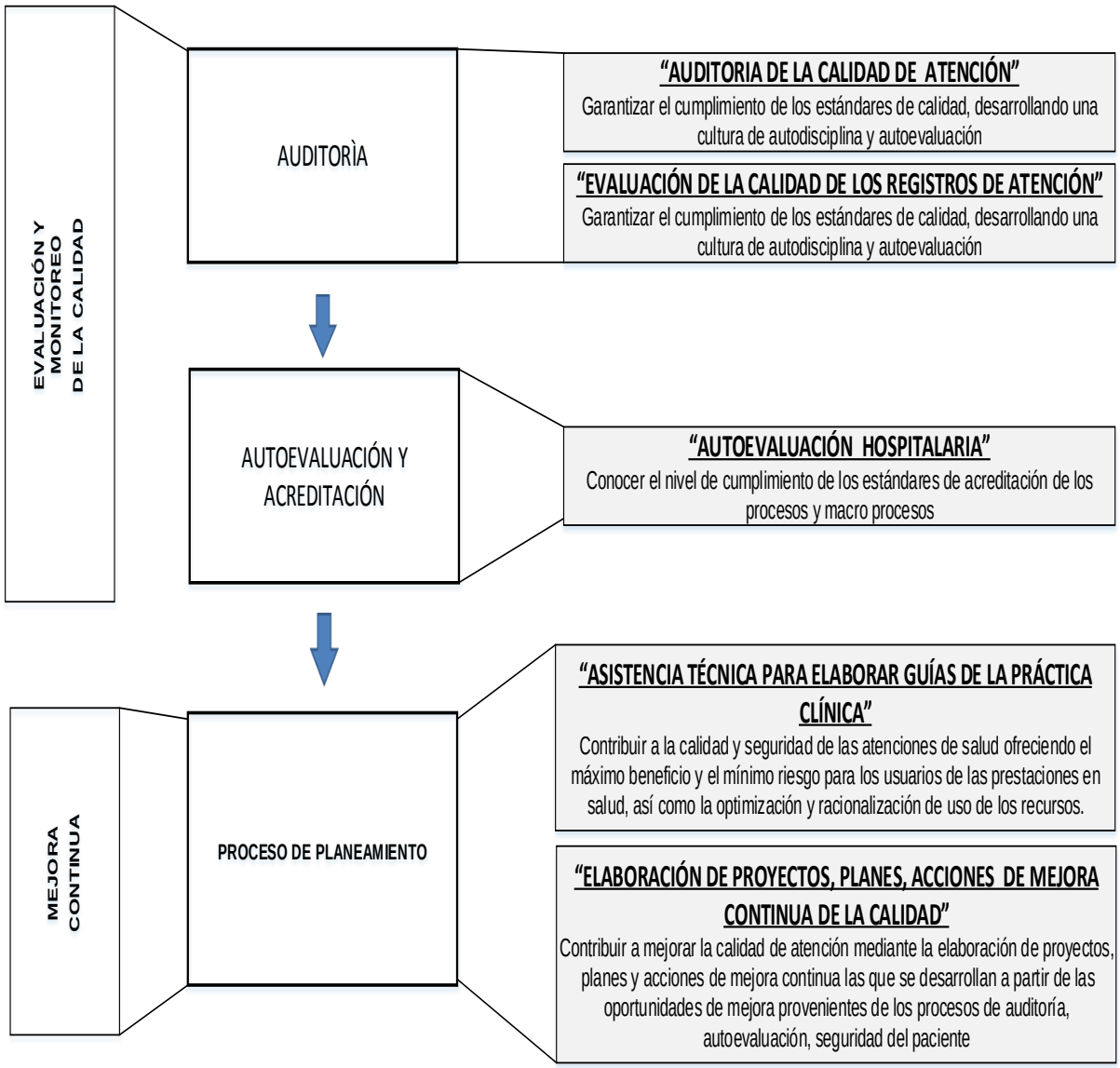
# MAPA DE PROCESO 2



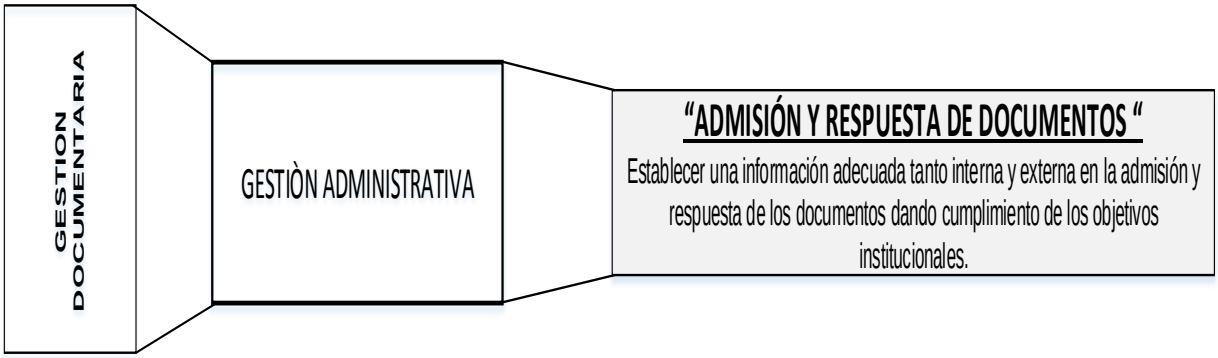
## MAPA DE PROCESOS 3



## MAPA DE PROCESOS 3



# MAPA DE PROCESOS 3



## RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

## IDENTIFICACIÓN DE SUB PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

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

## CAPÌTULO V

# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO<br>SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES- RALR | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU.-01 |
| PROPÓSITO : | Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios externos que son atendidos en los diferentes servicios del Hospital “Hermilio Valdizán”, mediante la atención a los reclamos de los usuarios externos o tercero legitimado en el Libro de Reclamaciones y solicitar informe de los servicios involucrados y dar una respuesta en forma presencial y/o vía correo electrónico al reclamante. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital “Hermilio Valdizán”. | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842 Ley General de la Salud.<br>b) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.<br>c) Ley N° 27815 Ley del Código de Ética de la Función Pública.<br>d) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.<br>e) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.<br>f) D. S. N° 042-2011-PCM, Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.<br>g) D. S. N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.<br>h) D. S. N° 030-2016-SA Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de IAFAS, IPRES y UGIPRES, Públicas, Privadas y Mixtas.<br>i) Resolución Ministerial 519-2006/MINSA, Aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

| |
|---|
| Resoluciòn Ministerial N ° 797-2003-SA/DM aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizàn" , |
| Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA.<br>Resoluciòn Directoral N ° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestiòn de la Calidad. |
| Resoluciòn Directoral N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal |

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

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

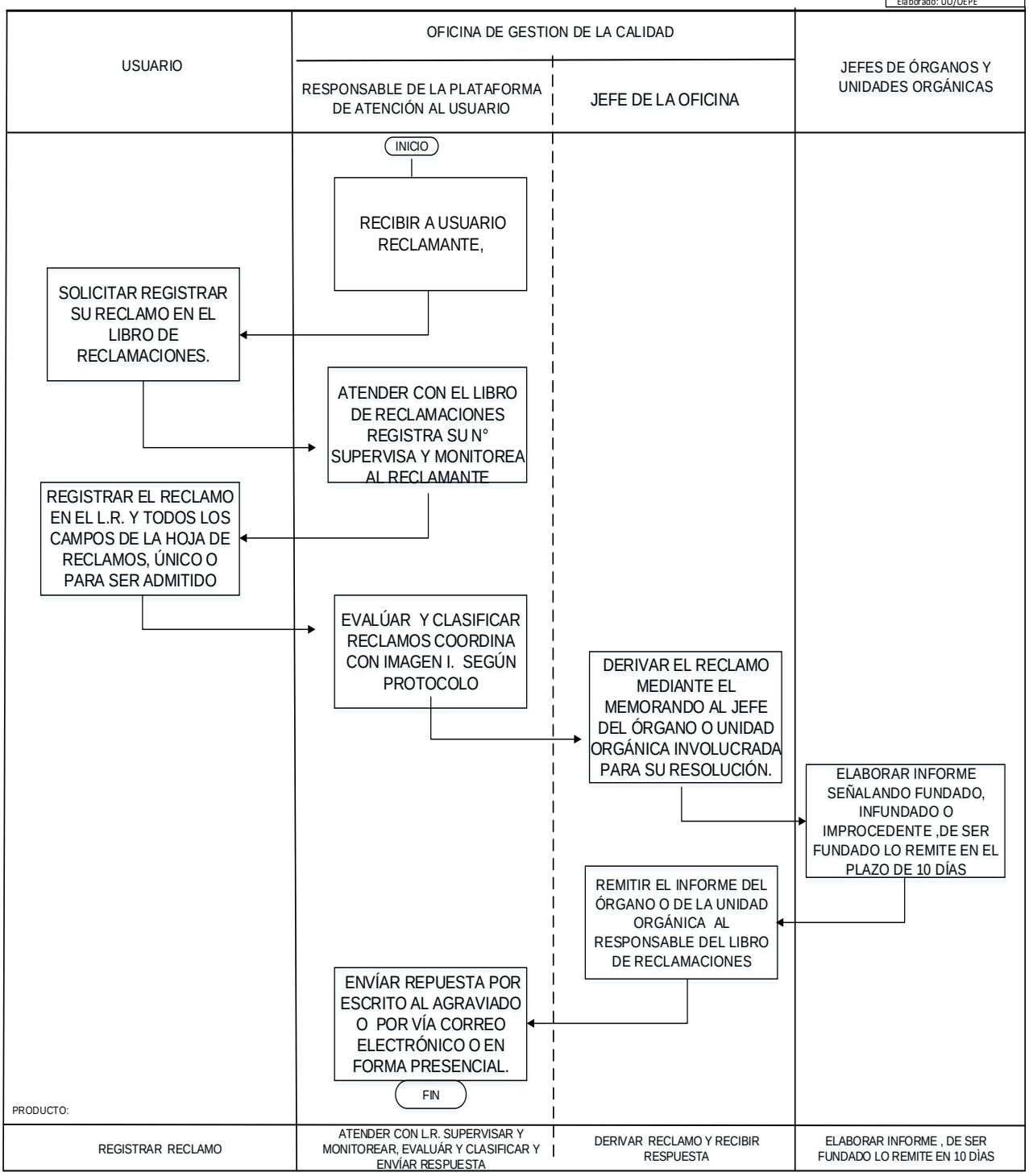
| SALIDAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Respuesta del Reclamo por escrito | Usuario Reclamante Institución Solicitante | Según plazo establecido | Físico /Virtual |

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

## PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y ATENCIÓN EN EL LIBRO DE RECLAMACIONES

| Nº Procedimiento: | 01 |
|---|---|
| Fecha: 13-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |




**PLAZO A RESOLVER: 30 Dias**

# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO<br>SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU.-02 |
| PROPÓSITO : | Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios externos que son atendidos en los diferentes servicios del Hospital "Hermilio Valdizán" mediante el conocimiento, evaluación e implementación de las sugerencias vertidas por usuarios externos en el buzón de sugerencias. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán. | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842 Ley General de Salud<br>b) Ley N° 29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud<br>c) Ley N° 257815 Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.<br>d) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657<br>e) Ley N° 27656 Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud<br>f) D. S. N° 042-2011-PCM, Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.<br>g) D. S. N° 031-2014-SA, Aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.<br>h) D .S. N° 030-2016-SA Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de IAFAS, IPRES y UGIPRES, Públicas, Privadas y Mixtas.<br>i) Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM-ROF<br>j) Resolución Ministerial 519-2006/MINSA, Aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad.<br>k) Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA del 29 de octubre del 2009, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.<br>l) Resolución Ministerial Nº 640-2006/MINSA del 14 de Julio del 2006, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

Resoluciòn Ministerial N ° 797-2003-SA/DM aprueba el Reglamento de Organización y

| | |
|---|---|
| Funciones del Hospital "Hermilio Valdizàn" | |
| Resoluciòn Directoral. N ° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestiòn de la Calidad. | |
| Resoluciòn Ministerial N° 974-2018/MINSA aprueba el CAP-Provisional del Hospital "Hermilio Valdizan"<br>Norma Técnica N° 0011-MINSA/DGSP V01 Categorías de Establecimientos del Sector Salud.<br>Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 519-2006/MINSA. | |
| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
| RESPONSABLE | INICIO |
| Usuario Externo | 1. Deposita sugerencia en el Buzón correspondiente o hace entrega al personal de PAUS. |
| Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo | 2. Apertura mensual de los Buzones de Sugerencias y dan lectura a las sugerencias recibidas.<br>Registran y codifican las sugerencias para su gestión (año, mes y orden secuencial por estricto orden de presentación y se consignará el servicio, oficina, en la sugerencia).<br>Evalúan las sugerencias de acuerdo a la factibilidad, importancia y otros criterios que el comité de Gestión de Relaciones con los Usuario Externo y de la Plataforma de Atención al Usuario, consideren.<br>De ser factibles se remitirá informe a la Oficina de Gestión de la Calidad, para su consideración en acciones y o proyectos de mejora continua de la Calidad. Caso contrario serán archivadas y cuantificadas para el indicador |
| Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | 3. Evalúa el informe y remite al servicio o área involucrada las sugerencias factibles de ser implementadas |
| Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo | 4. El personal encargado que labora en la Plataforma de Atención al Usuario de la IPRESS, comunicará al usuario sobre su Sugerencia implementada, por el medio que éste, haya indicado. |
| FIN | Final del Procedimiento |

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

| SALIDAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informe de la Apertura del Buzón de Sugerencias | Oficina de Gestión de la Calidad. Usuario | Mensual | Digitado |

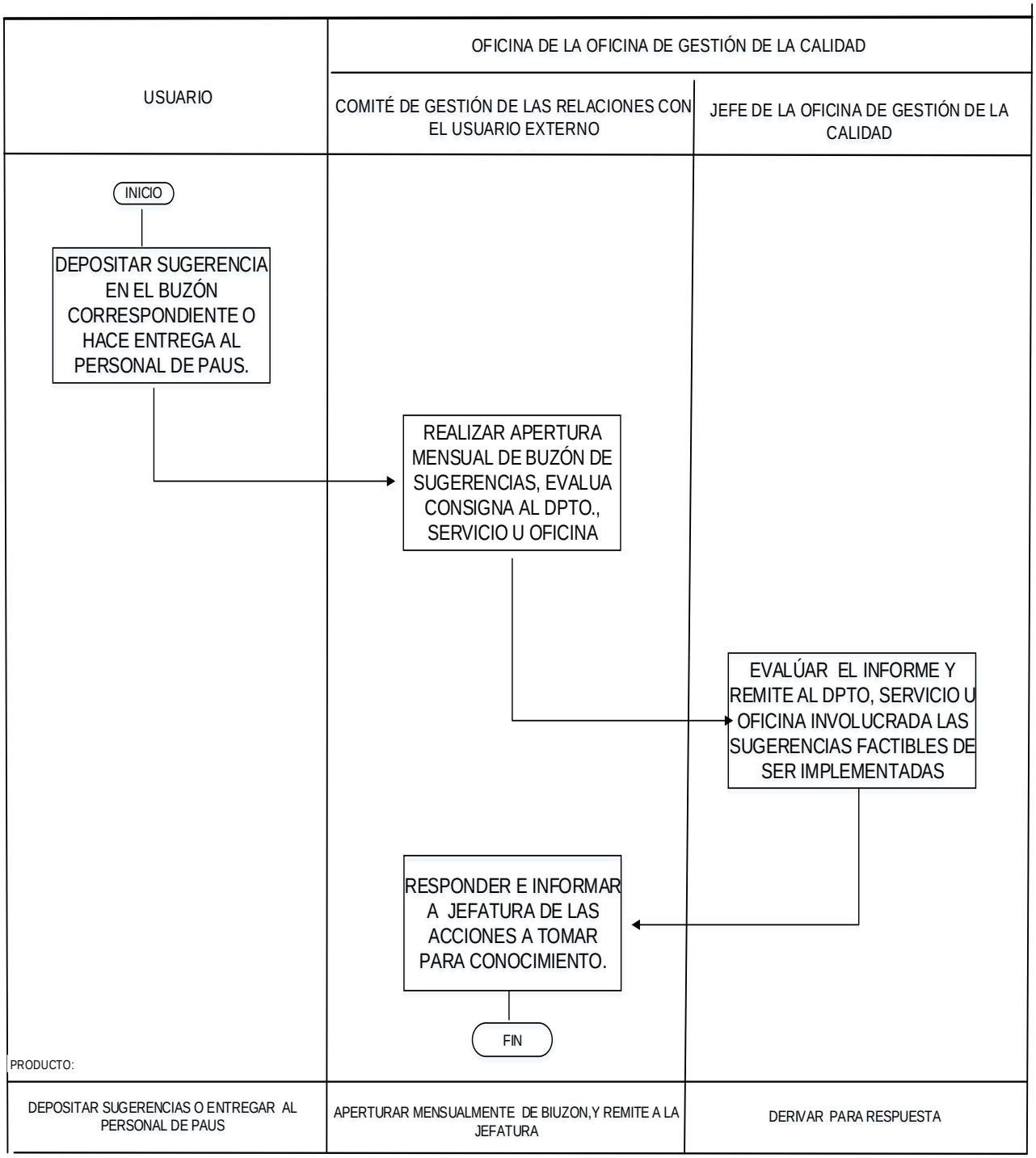
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Buzón:** Es un espacio físico, donde se depositan las sugerencias y/o |

| | |
|---|---|
| | comentarios expresadas por los usuarios que asisten al establecimiento de Salud. |
| | **Sugerencia:** Es todo aporte o iniciativa formulada por la ciudadanía en forma individual o colectiva, a fin de contribuir en la mejora de la prestación de los servicios públicos en salud. |
| | **Buzón de sugerencias**: Es un canal de comunicación, que nos permite conocer las necesidades y expectativas de los usuarios externos, la cual contribuye a la implementación de cambios en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de Salud |
| | **Usuario**: Persona o conjunto de ellas que se beneficia con el resultado de una actividad. El cliente puede ser interno o externo |
| | **Queja**: Expresión de insatisfacción del usuario externo sobre el proceso de atención, donde se espera una respuesta o resolución explícita o implícita. |
| | **Sugerencia**: Planteamiento de ideas para mejorar la calidad de atención a los Usuarios externos que presta un proceso o subproceso, su eficacia o eficiencia. |
| | **Felicitaciones:** Manifestación de satisfacción por los servicios de salud recibidos de los Usuario Externos |
| | **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS**): Son Instituciones o empresas públicas o mixtas, creadas o por crearse como persona natural o jurídica que tienen como objetivo, la prestación de servicio de Salud. Pará poder ejercer dentro de AUS están obligadas a registrarse en la Superintendencia Nacional (SUSALUD). |
| | **Plataforma de atención al Usuario (PAU):** Corresponde al espacio físico, recursos y personal responsable de brindar acogida, acompañamiento, orientación, atención de consultas, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que ofrecen las Instituciones Prestadoras. |
| | **Mejora Continua**: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.<br><br>• **AUS**: Aseguramiento Universal en Salud.<br>• **IAFAS**: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.<br>• **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.<br>• **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud. |
| REGISTROS | Formato de Buzón de Sugerencia. Formato de Buzón de Sugerencias. |
| ANEXOS | Diagrama de Flujo, Formato de hoja de Libro de Reclamaciones. |

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

## PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS

| Nº Procedimiento: | 02 |
|---|---|
| Fecha: 5-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO<br>SUBPROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU.-03 |
| PROPÓSITO : | Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora en las áreas críticas identificadas y mejorar la calidad de atención institucional, basados en la satisfacción del usuario externo, así como el Nivel de Utilización de los Servicios y los Costos de Oportunidad en la Atención de los pacientes. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán. | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842 Ley General de Salud.<br>b) Ley N° 257815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.<br>c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657<br>d) Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.<br>e) Resolución Ministerial Nº 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Unidades de gestión de la calidad de Hospitales.<br>f) Resoluciòn Ministerial N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.<br>g) Resoluciòn Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.<br>h) Resoluciòn Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud” | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

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

| Resolución Directoral N ° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestiòn de la Calidad. | |
|---|---|
| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
| RESPONSABLE | INICIO |
| Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | 1. Solicita realizar estudio de satisfacción del usuario externo y requiere muestra de población para el estudio de la Oficina de Estadística e Informática. |
| Jefe de la Oficina de Estadística e Informática | 2. Provee la Muestra de estudio. |
| Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | 3. Realiza reuniones de coordinación y capacitación con el recurso humano voluntario para aplicación de la encuesta SERVQUAL al usuario externo. Comunica al Jefe de Departamento de Adultos y Gerontes ( DSMAG ) el inicio de la encuesta en los servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia. |
| Encargado de la Encuesta SERVQUAL de la OGC | 4. Realiza la capacitación del recurso humano voluntario sobre infraestructura, ubicación de las áreas usuaria en los formatos de encuestas establecidos. |
| Auxiliar Administrativo (Asistente Ejecutiva) | 5. Realiza digitación de las encuestas SERVQUAL |
| Comité de Gestión de las Relaciones con el Usuario Externo | 6. Revisa y da informe a la jefatura de los resultados de las encuestas realizadas en las áreas asignadas |
| Jefe dela Oficina de Gestión de Calidad | 7.Presenta informe final a la Dirección General<br>8.Socializa el informe final con las áreas involucradas para<br>9.realizar las acciones de mejora correspondientes.<br>10. Realiza seguimiento a las acciones de mejora para disminuir el nivel de insatisfacción del paciente. |
| FIN | Final del Procedimiento |

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

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

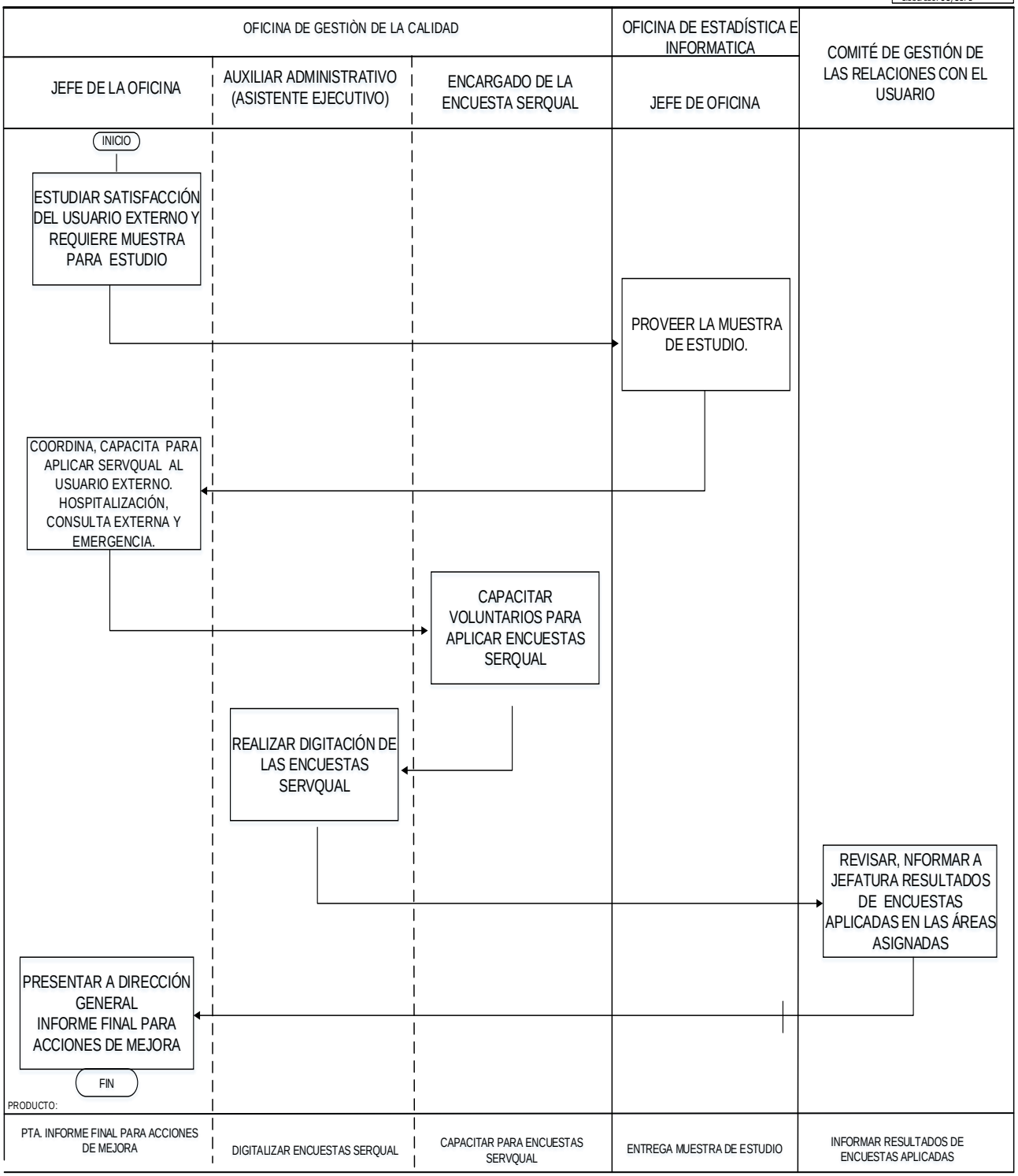
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Expectativas**: Son las "esperanzas" que los usuarios tienen por conseguir algo. |
| | **Percepción**: Es un proceso que permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar información proveniente de su entorno. |

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

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

**PROCEDIMIENTO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO-SERVQUAL**

| Nº Procedimiento: | 03 |
|---|---|
| Fecha: 05.12.2018 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO<br>SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU.-04 |
| PROPÓSITO : | Reducir la incidencia de Eventos Centinelas asociados a la atención de salud en el Hospital "Hermilio Valdizàn", estableciendo una cultura de aprendizaje colectivo a partir del análisis de los Eventos Centinelas. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán". | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.<br>b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.<br>c) Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo intangible Solidario de Salud<br>d) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública<br>e) Resolución Ministerial Nº 797-2003-SA/DM-ROF<br>f) Resolución Ministerial 519- 2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".<br>g) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.<br>h) Directiva Sanitaria N° 009-IGSS-V.1, Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

Resoluciòn Ministerial N°. 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional del Hospital "Hermilio Valdizan"
Resoluciòn Directoral Nº 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Hermilio Valdizán"
Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad de los Pacientes del Hospital "Hermilio Valdizán"
Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad

| | |
|---|---|
| del Paciente. | |
| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
| RESPONSABLE | INICIO |
| Órganos y Unidades Orgánicas (Profesionales de la Salud y Técnicos de Salud | 1. Ante la Evidencia o conocimiento de la ocurrencia de un Evento Centinela, implementa acciones inmediatas de corresponder.<br>Deja constancia de lo ocurrido en la ficha de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (Anexo 2) Reporta a su Jefe Inmediato Superior antes que termine el turno.<br>Comunica inmediatamente al Jefe de Servicio la ocurrencia del evento centinela, remitiendo la ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela. |
| Jefe de Departamento y/o Servicio | 2. Verifica inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela.<br>Comunica al Jefe de Servicio y/o Jefe de Departamento, la ocurrencia del Evento Centinela, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela original.<br>Queda bajo su custodia la Copia de la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela para consolidar la información en la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Servicio (Anexo 3).<br>Comunica inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela al Director y al responsable de la Oficina de la Oficina de Gestión de la Calidad, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela original al responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad. |
| Dirección General Imagen Institucional | 3. Convoca a los integrantes del Equipo de Análisis del Evento Centinela dentro de las 24 horas siguientes, una vez que éste sea notificado de la ocurrencia del Evento Centinela.<br>Comunica la ocurrencia del Evento Centinela a los Órganos Directivos del MINSA. |
| Equipo de Análisis de Evento Centinela. | 4. Participan en la aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela (Anexo N° 3), identificando los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras (Anexo N° 4) Registra todas las actividades en actas, las que están a cargo del Secretario Técnico del Equipo (Anexo N° 5) |
| Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad. | 5. Elabora el Informe del Análisis del Evento Centinela. Con el equipo de Análisis del Evento Centinela y los responsables donde se produjo el evento, elabora el Plan de acción y las recomendaciones respectivas (Anexo N° 6). |
| Responsable de Imagen Institucional | 6.Elabora un proyecto de nota de prensa/Comunicado Interno sobre el Evento Centinela, describe el evento presentado, las acciones inmediatas realizadas por el Hospital “Hermilio Valdizàn” y los compromisos a corto y mediano plazo asumidos por el titular de la IPRESS, tomados del Plan de Acción respectivo.<br>Este proyecto de Nota de Prensa/Comunicado Interno es refrendado por el Titular responsable de la IPRESS (Anexo N° 7). |
| Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad. | 7. Reporta mensualmente al Director del Hospital, en el formato de Monitoreo, el estado de implementación de las recomendaciones del Plan de Acción (Anexo N° 8).<br>Reporta mensualmente al MINSA el indicador: Porcentaje de Eventos |

| | |
|---|---|
| | Centinela Gestionados (Anexo N° 9). |
| FIN | Final del Procedimiento |

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

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

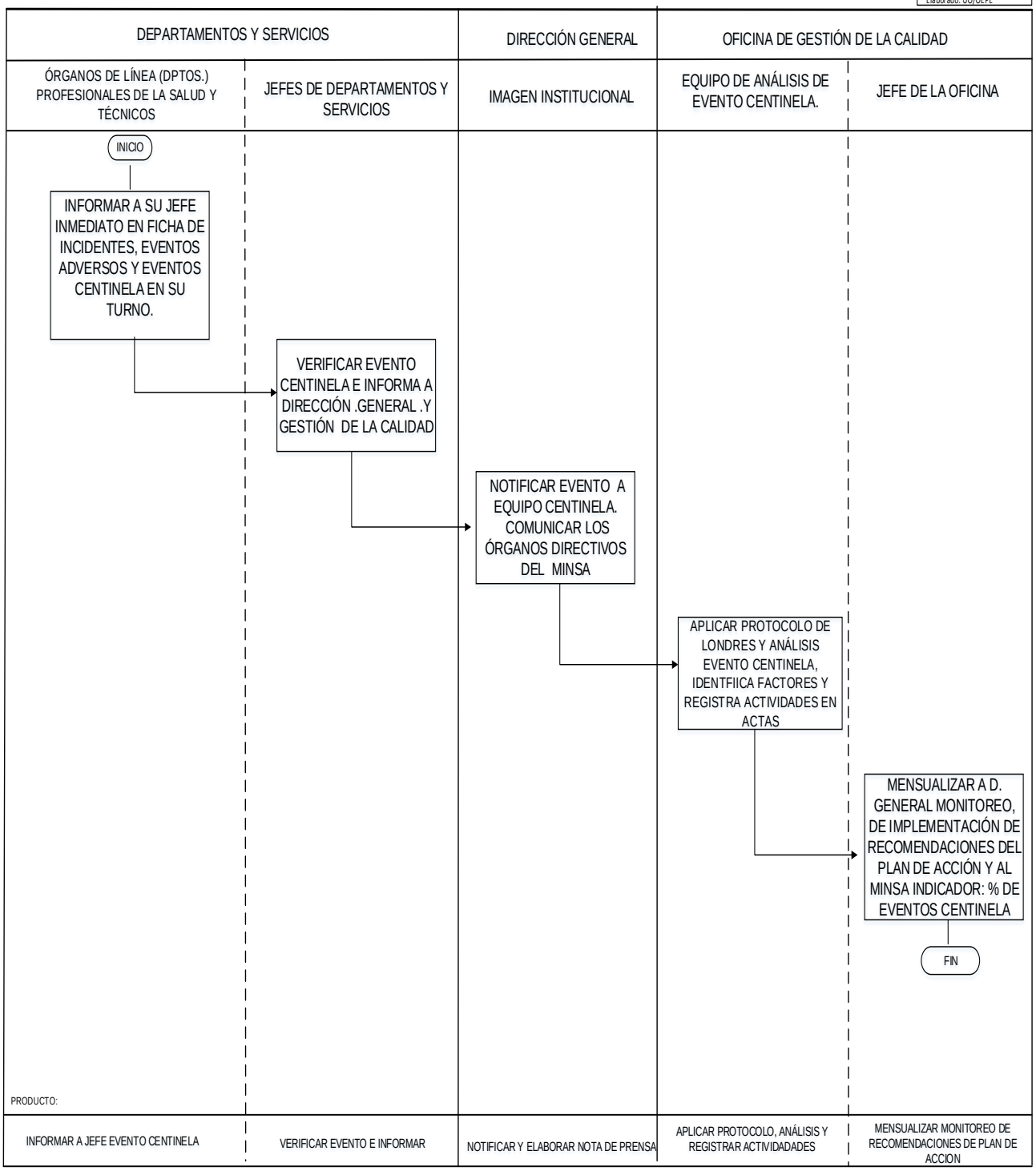
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.<br>**Cultura de Seguridad**: Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.<br>**Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.<br>**Discapacidad:** Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de un individuo.<br>**Evento Adverso**: Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.<br>**Evento Centinela**: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.<br>**Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.<br>**Prevención de Riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.<br>**Protocolo de Londres:** Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. |

| | |
|---|---|
| | **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud. |
| REGISTROS | Reporte de la ocurrencia del Evento Centinela, Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela, Identifica los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras, Formato de Acta de Reunión, Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres, Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno, Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres, Indicador : Porcentaje de Eventos Centinela Analizados |
| ANEXOS | Diagrama de Flujo, |
| | Registro y Notificación de Evento Centinela<br>Anexo 1 Ficha de Registro de Incidentes: Eventos adversos y Eventos Centinelas<br>Anexo 2: Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela.<br>Anexo 3: Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras<br>Anexo 4: Formato de Acta de Reunión<br>Anexo 5: Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres.<br>Anexo 6: Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno.<br>Anexo 7: Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres.<br>Anexo 8: Indicador: Porcentaje de Eventos Centinela Analizados . |

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

## PROCEDIMIENTO: NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA

| | |
|---|---|
| Nº Procedimiento: | 04 |
| Fecha: 5-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU.-05 |
| PROPÓSITO : | Identificar oportunamente Incidentes y Eventos Adversos para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital “Hermilio Valdizán”. | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.<br>b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.<br>c) Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud.<br>d) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.<br>e) Resolución Ministerial Nº 797-2003-SA/DM-ROF.<br>f) Resolución Ministerial 519- 2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.<br>g) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.<br>h) Directiva Sanitaria N° 005-IGSS-V.1, denominada “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela”. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| N° de UPSS que reportan incidentes *y/o Eventos Adversos en el HHV.* | % de UPSS que Reportan Eventos Adversos/ Nº de UPSS de la IPRESS x 100 | Sistema de Notificación de Eventos Adversos y Eventos Centinela. | Oficina Gestión de la Calidad. |

NORMAS

Resoluciòn Ministerial N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
Resoluciòn Directoral Nº 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad.
Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad del Paciente del Hospital “Hermilio Valdizán".
Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente

| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
|---|---|
| RESPONSABLE | INICIO |

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

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

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

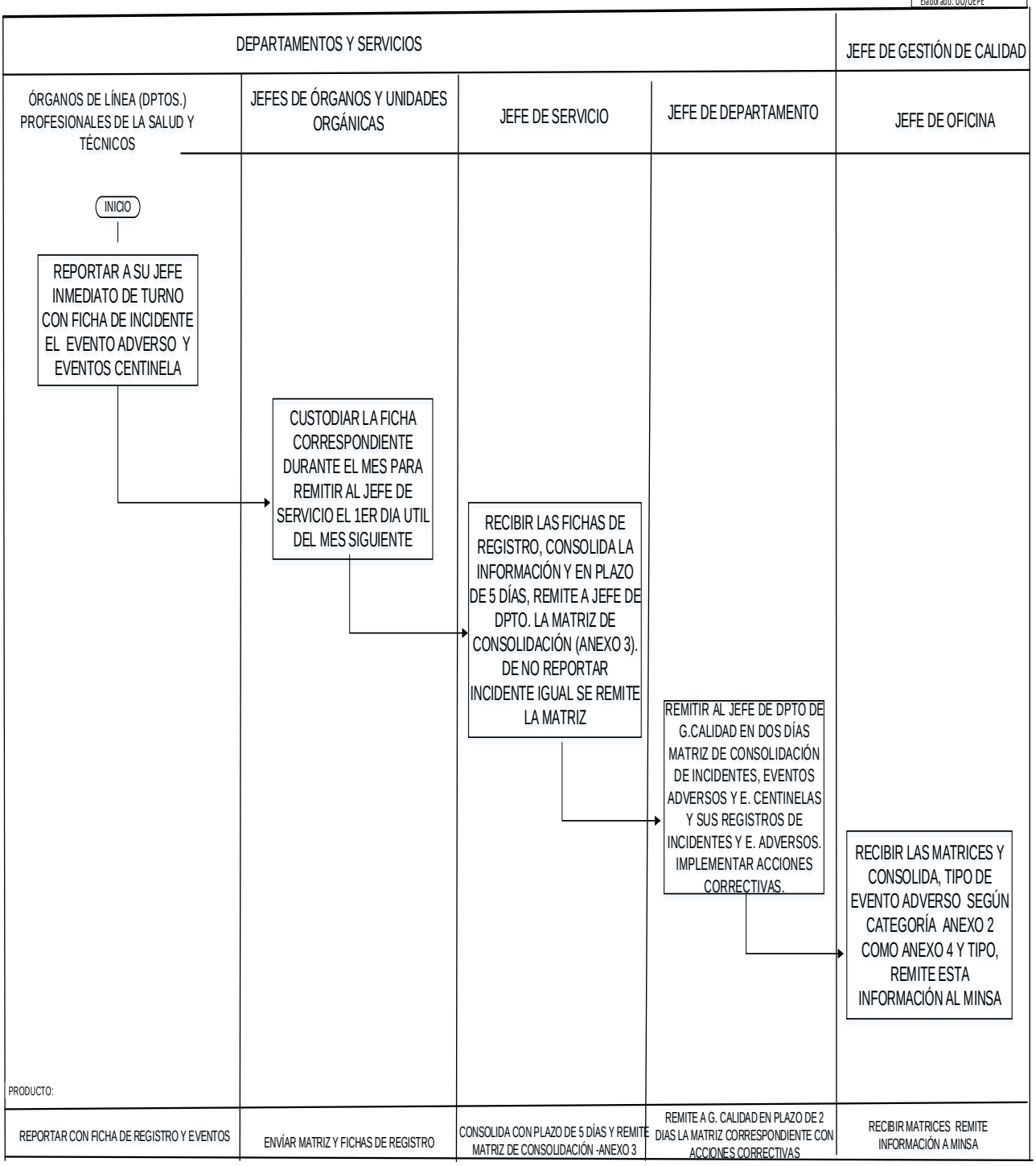
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Cultura de Seguridad**: Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.<br>**Daño**: Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.<br>**Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).<br>**Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.<br>**Evento Centinela**: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.<br>**Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.<br>**Prevención del Riesgo:** Son acciones que buscan: disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.<br>**Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.<br>Seguridad del Paciente: Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen. |
| REGISTROS | Ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas<br>Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio<br>Categoría y Tipo de Eventos Adversos<br>Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del HHV<br>Indicadores de Evaluación para IPRESS del II y III Nivel de Atención |
| ANEXOS | Diagrama de Flujo,<br>Registro y Notificación de Eventos Adversos<br>Anexo 1 Ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas<br>Anexo 2: Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio |

| | |
|---|---|
| | Anexo 3: Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del HHV<br>Anexo 4: Indicadores de Evaluación para IPRESS del II y III Nivel de Atención<br><br>Anexo 2: Reporte de la ocurrencia del Evento Centinela.<br>Anexo 3: Aplicación del Protocolo de Londres y el Análisis de la Causa Raíz del Evento Centinela.<br>Anexo 4: Identifica los Factores Contributivos que propiciaron las Acciones Inseguras<br>Anexo 5: Formato de Acta de Reunión<br>Anexo 6: Formato de Plan de Acción – protocolo de Londres.<br>Anexo 7: Formato de Nota de Prensa/Comunicado Interno.<br>Anexo 8: Formato de Monitoreo de Plan de Acción – Protocolo de Londres.<br>Anexo 9: Indicador: Porcentaje de Eventos Centinela Analizados. |

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

## PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS

| | |
|---|---|
| Nº Procedimiento: | 05 |
| FECHA: 05.12.2018 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO<br>SUBPROCESO: SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | SSU- 06 |
| PROPÓSITO : | Contribuir a la calidad de atención en el Hospital "Hermilio Valdizán" mediante la identificación de prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención en salud. La valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad. La generación de compromisos con las Unidades Orgánicas para mejorar la seguridad del paciente. La disminución de los riesgos del paciente durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán". | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842, Ley General de Salud.<br>b) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.<br>c) Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.<br>d) Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V.1, denominada "Ronda de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".<br>e) Resolución Ministerial 676-2009/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.<br>f) Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| Nº de UPSS que cumplen con buenas prácticas de seguridad/ Total de UPSS*100 | % | Informe trimestral de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad. | Oficina de Gestión de la Calidad |

NORMAS

Resoluciòn Ministerial N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
Resolución Directoral D Nº 217-DG/HHV-2012, aprueba el MOF de la Oficina de Gestión de la Calidad.
Resolución Directoral N° 114-DG/HHV-2018, Comité de Seguridad de los Pacientes del Hospital Hermilio Valdizán.
Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos

| | |
|---|---|
| Adversos y Eventos Centinelas.<br>Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1, Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS Y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. | |
| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
| RESPONSABLE | INICIO |
| Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad | 1. Solicita a la Dirección General oficializar la conformación del Comité de Seguridad del Paciente y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente mediante RD. |
| Dirección General | 2. Emite y proporciona RD de conformación del Comité de Seguridad del Paciente así como aprobación del Plan de Seguridad del Paciente. |
| Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad | 3. Comunica a los directivos de las unidades orgánicas mediante memo y/o correos electrónicos inicio anual de las rondas de seguridad. Elabora el cronograma anual de Ronda de Seguridad del Paciente. Convoca a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, según cronograma elaborado. Determina el listado final de los criterios que se aplicaran para el servicio a visitar.<br>El responsable de la Oficina de Calidad será el Secretario técnico del Comité, encargado del registro y custodia de la información relacionada a Ronda de Seguridad del Paciente. |
| Comité de Seguridad del Paciente | 4. Se reúne y mediante sorteo identifica el servicio a ser visitado el mismo día de la programación. El Comité realiza la visita en un horario diferente a la visita médica en un máximo de dos horas. |
| Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad. | 5. Junto a su Comité de trabajo realiza la valoración de Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.<br>Realiza priorización de los riesgos identificados en la ronda de Seguridad del Paciente. Remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Comité de Seguridad del Paciente. Elabora el informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas.<br>Comunica a Departamentos y servicios acciones inseguras encontradas para la implementación de plan de Acción respectivo. |
| Jefe de departamento y/o Servicio | 6. Informa a la Oficina de Calidad el Plan de Acción a ser implementado con asistencia técnica de la Oficina de Calidad. |
| Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad | 7. Emite informe trimestral y lo remite a los órganos directivos correspondientes. |
| FIN | Final del procedimiento. |

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

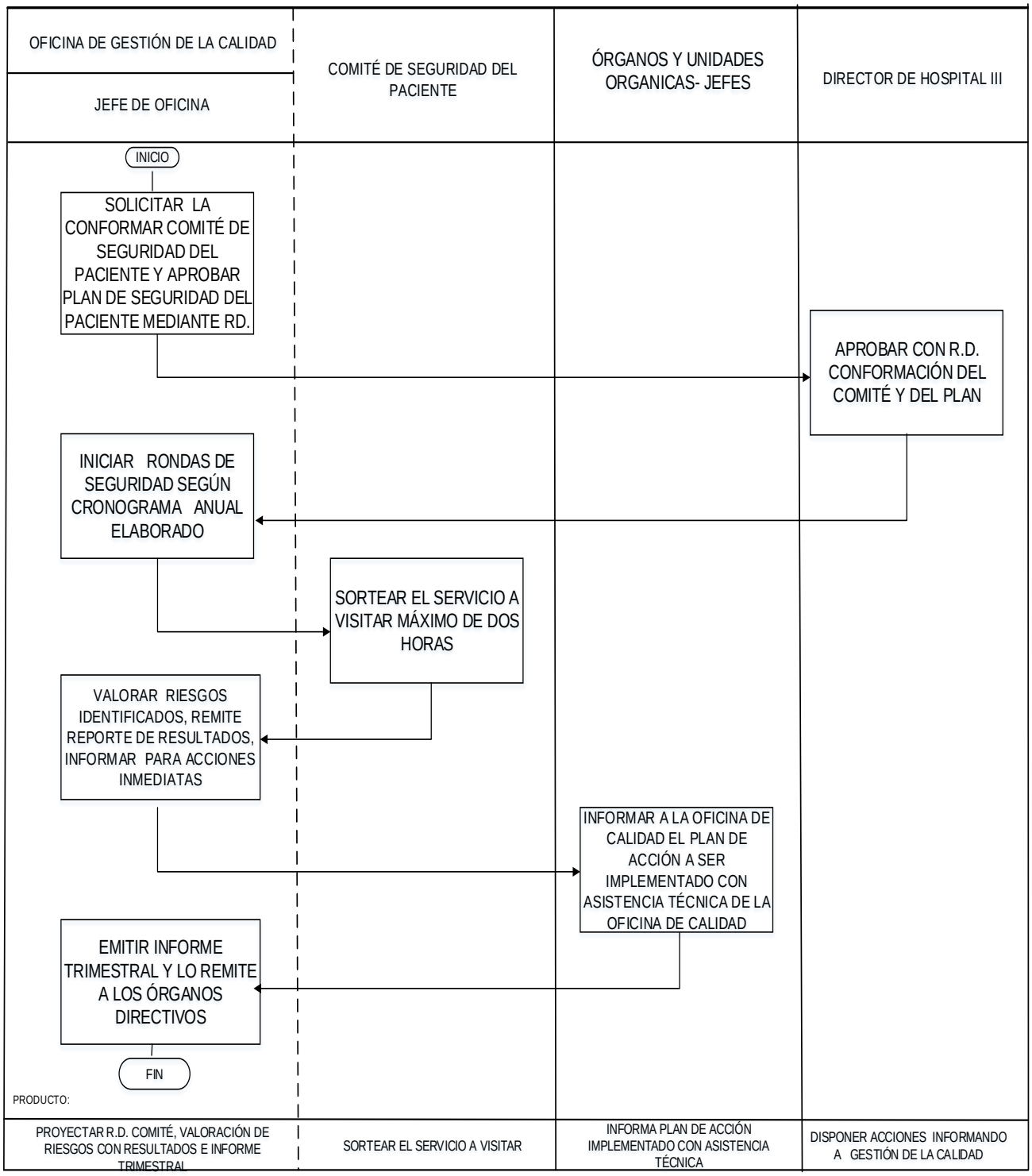
| SALIDA | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informe de Ronda de Seguridad del Paciente. | Dirección General | Trimestral | Informatizado / Mecanizado |

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

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

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

| Nº Procedimiento: | 06 |
|---|---|
| Fecha: 05.12.2018 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD<br>SUBPROCESO: AUDITORIA Y ACREDITACIÓN | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | EMC-07 |
| PROPÓSITO : | Garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital "Hermilio Valdizán", para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán". | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley Nº 26842 - Ley General de Salud<br>b) Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.<br>c) Ley Nº 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.<br>d) Ley Nº 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública<br>e) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.<br>f) Decreto Supremo Nº 043- 2003- PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nª 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.<br>g) Decreto Supremo Nº 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.<br>h) Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.<br>i) Decreto Supremo Nª 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.<br>j) Resoluciòn Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.<br>k)R.M. N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"<br>l) Resoluciòn Ministerial N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica"<br>m) Resoluciòn Ministerial N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

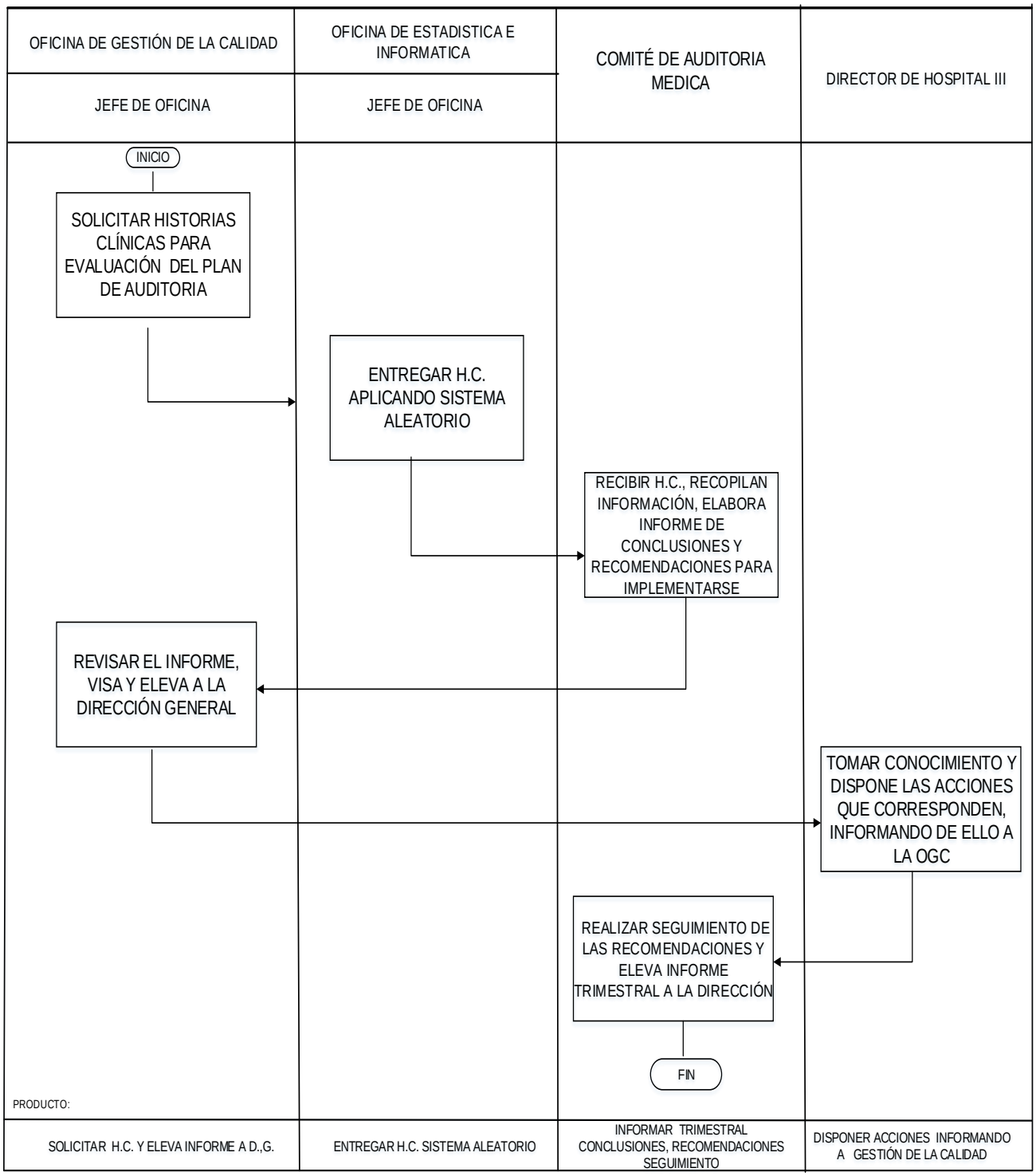
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:** Constituye el documento en que se establece la relación de actividades de auditoría que dentro del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina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

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

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

## PROCEDIMIENTO: AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

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



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROCESO : EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD<br>SUBPROCESO: AUDITORIA Y ACREDITACIÓN | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE LA ATENCIÓN | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | EMC.-08 |
| PROPÓSITO : | Garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital "Hermilio Valdizán", para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción. | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán". | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley Nº 26842 - Ley General de Salud<br>b) Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Ley Nº 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.<br>c) Ley Nº 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública<br>d) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.<br>e) Decreto Supremo Nº 043- 2003- PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nª 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.<br>f) Decreto Supremo Nº 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.<br>g) Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.<br>h) Decreto Supremo Nª 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.<br>i) Resoluciòn Ministerial N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.<br>j) Resoluciòn Ministerial N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"<br>k) Resoluciòn Ministerial N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica"<br>l) R.M. N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTSN° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

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

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

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

| ENTRADAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | Ofic. Gestiòn de la Calidad | Mensual | Mecanizado |

| SALIDAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informes de Seguimiento | Oficina de Gestiòn de la Calidad | Mensual | Mecanizado |

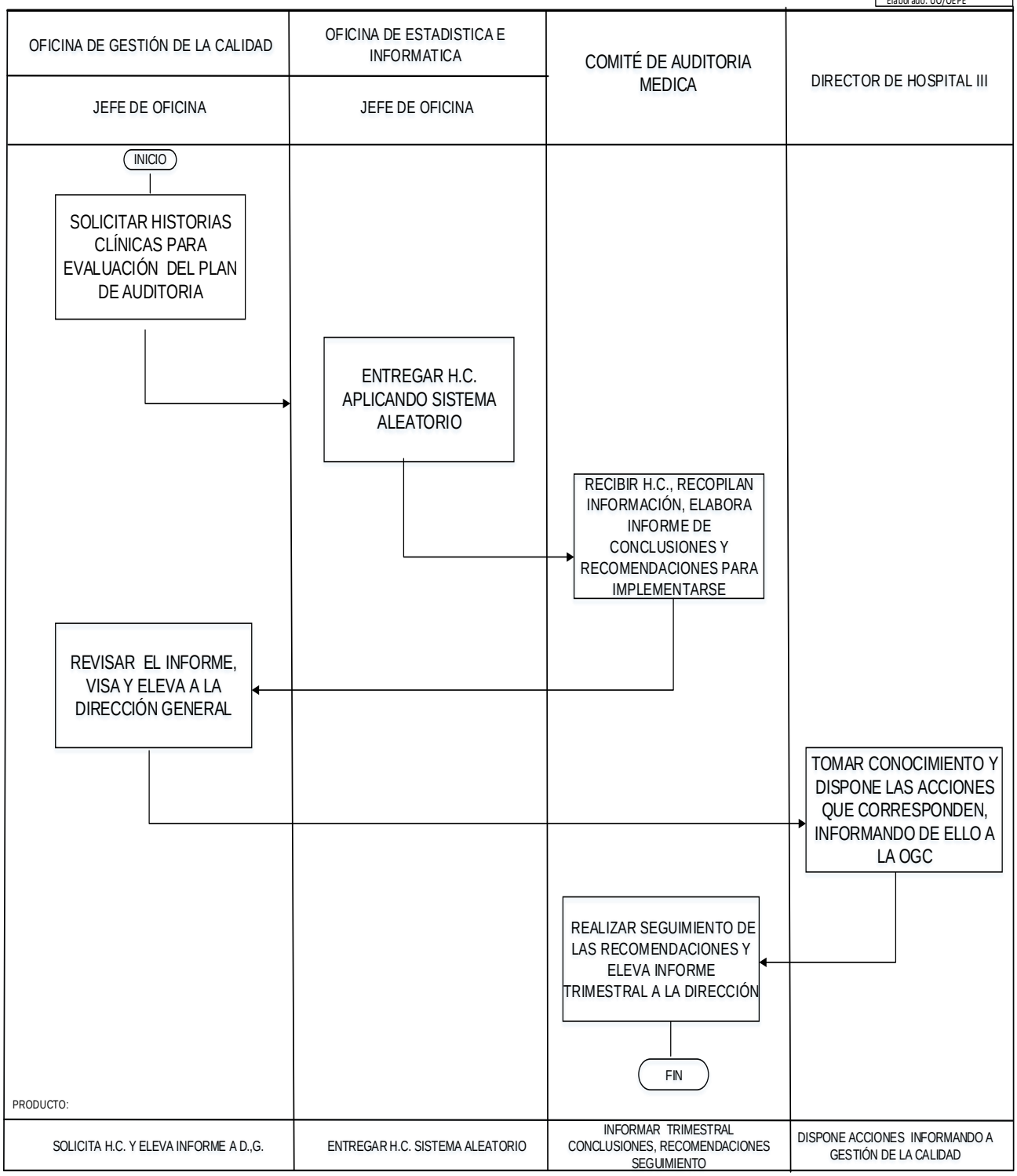
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**: Constituye el documento en que se establece la relación de actividades de auditoría que dentro del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina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

| | |
|---|---|
| | **Auditoría de Gestión Clínica o de Gestión Sanitaria**: es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos.<br>**Evaluación de la calidad de los registros asistenciales:** Es el procedimiento a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente.<br>Se podrán utilizar según corresponda, los formatos de evaluación de:<br>• Registros del Médico: Notas de evolución, Hoja de Indicaciones, interconsultas y<br>demás notas clínicas correspondiente al profesional.<br>• Registros del (de la) Enfermero(a): Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos<br>Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería<br>• Registros del (de la) Obstetra no Médico Cirujano: Hoja de Balance Hídrico,<br>Partograma, Historia Clínica Materno-Perinatal, Kárdex de Obstetricia y Hoja Gráfica de Signos Vitales<br>• Registros del Odontólogo: Historia clínica odontológica y el odontograma.<br>Los formatos de evaluación de la calidad de registro y sus instrucciones, así como un<br>tipo de formatos para evaluar auditoria de la calidad estarán colocados en la página<br>VVEB del MINSA para poder descargados. |
| REGISTROS | Cronograma de Evaluación de Registros |
| ANEXOS | Evaluación de la Calidad de Registros de Atenciòn<br>Anexo 1: Formato de evaluación de la calidad de registro en Consulta externa<br>Anexo 3: Formato de evaluación de la calidad de registro en Emergencia<br>Anexo 4: Formato de evaluación de la calidad de registro en Hospitalización |

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

## PROCEDIMIENTO: EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE ATENCIÒN

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



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

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

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

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

Resoluciòn Ministerial N° 797-2003 SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital “Hermilio Valdizán”.
Resoluciòn Ministerial N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.
Resoluciòn Directoral N ° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestiòn de la Calidad.
Resolución Directoral Nª112-DG/HHV-2018 conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.
Resoluciòn Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
|---|---|
| RESPONSABLE | INICIO |

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

| ENTRADAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proceso de Autoevaluación HHV | Plan Anual de Autoevaluación Hospital "Hermilio Valdizán" | Anual | Mecanizado |

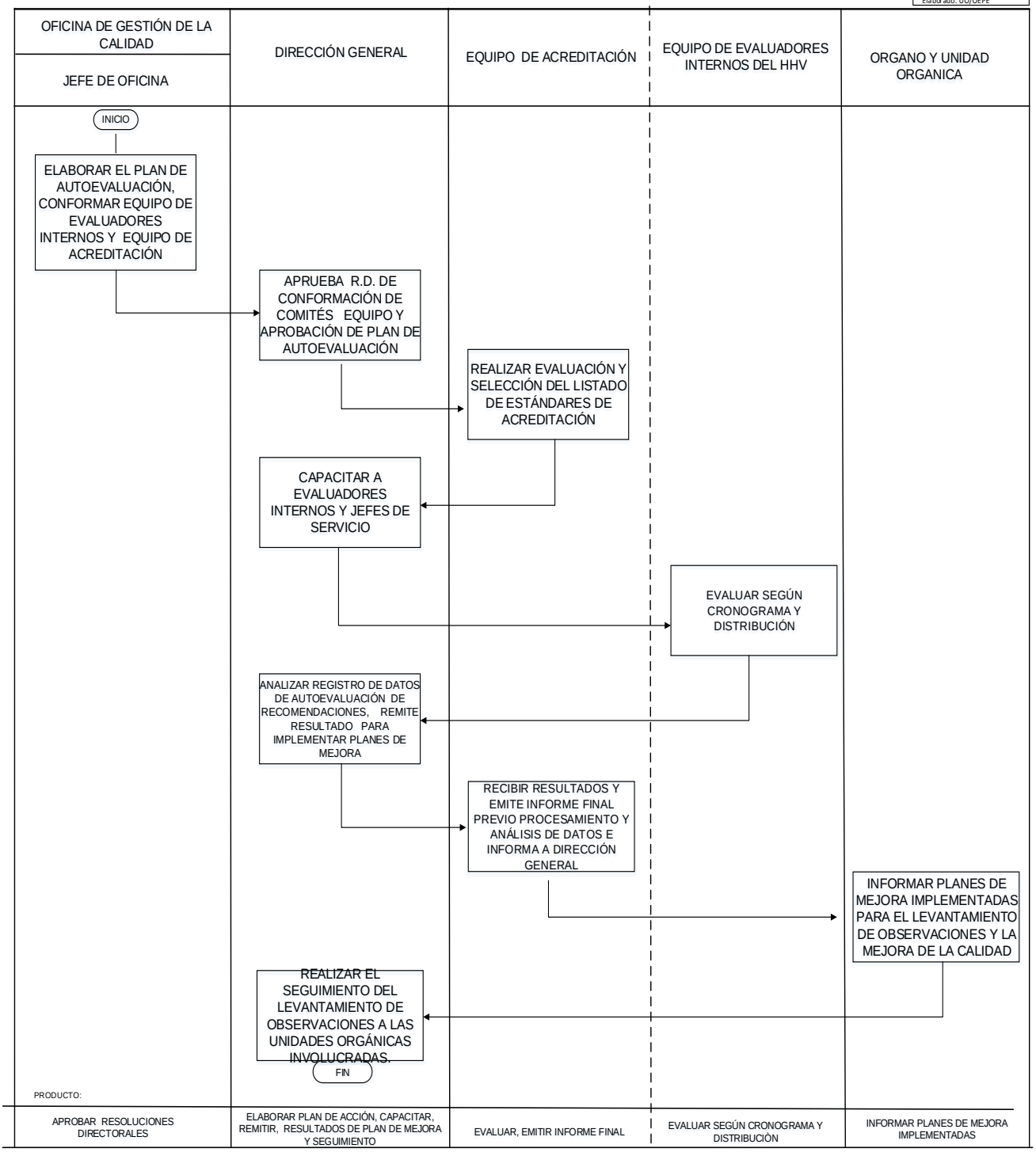
| SALIDAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informe final de autoevaluación HHV | Dirección General del HHV | Anual | Mecanizado |

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

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

**PROCEDIMIENTO: AUTOEVALUACIÓN HOSPITALARIA**

| | |
|---|---|
| Nº Procedimiento: | 09 |
| Fecha: 5-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

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

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

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

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

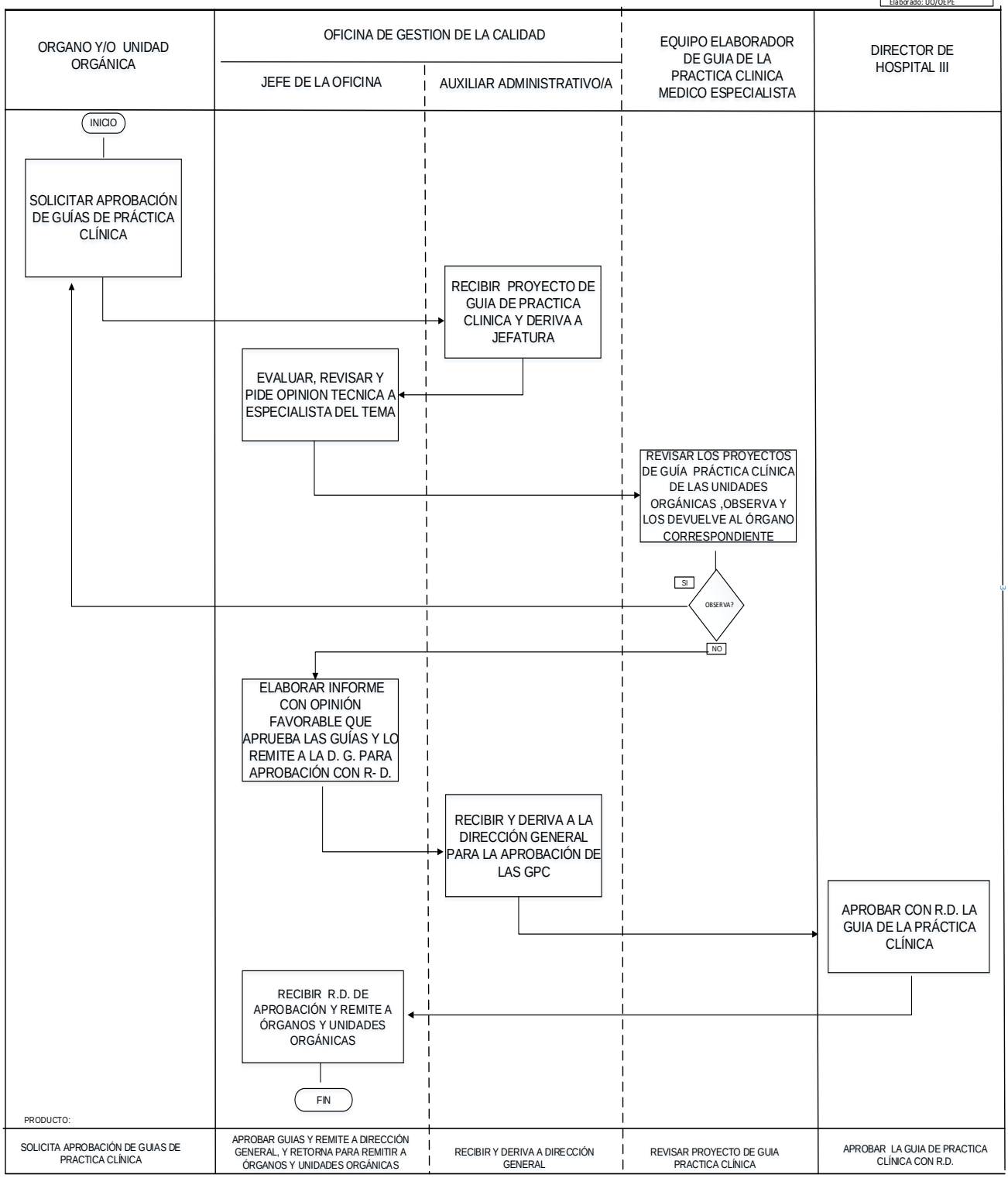
| ENTRADAS | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Memorando solicitando aprobación de GPC | Dptos. y/o Servicios | Semestral | Informatizado / Mecanizado |
| | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |

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

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

**PROCEDIMIENTO: ASISTENCIA TÉCNICA PARA ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)**

| Nº Procedimiento: | 10 |
|---|---|
| Fecha: 5-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO : MEJORA CONTINUA
SUBPROCESO: PROCESO DE PLANEAMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | ELABORACIÓN DE PROYECTOS, PLANES, ACCIONES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD | FECHA | 2018 |
| | | CÓDIGO | MC - 11 |
| PROPÓSITO : | Contribuir a mejorar la calidad de atención mediante la elaboración de proyectos, planes y acciones de mejora continua las que se desarrollan a partir de las oportunidades de mejora provenientes de los procesos de auditoría, autoevaluación, seguridad del paciente, así como de la percepción de los usuarios externos expresadas en la encuesta SERVQUAL, en el buzón de sugerencias y en el libro de reclamaciones del Hospital "Hermilio Valdizàn" | | |
| ALCANCE | Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Hermilio Valdizán". | | |
| MARCO LEGAL | a) Ley N° 26842 Ley General de Salud<br>b) Ley N° 257815 Ley de Código de Ética de la Función Pública.<br>c) Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud N° 27657<br>d) Resoluciòn Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.<br>e) Resoluciòn Ministerial N° 526-2011/MINSA, aprueba las normas para elaboración de Documentos Técnicos Normativos del Ministerio de Salud.<br>f) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".<br>g) Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".<br>h) Resolución Ministerial Nº 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.<br>i) Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias. | | |

ÍNDICE DE PERFORMANCE

| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| N° de Proyectos, planes, acciones de mejora programados en determinado tiempo/ N° de Proyectos, planes, acciones de mejora presentados en determinado tiempo | RD de Proyecto, plan, acciones de mejora elaborado | Matriz de Plan de trabajo | Oficina de Gestión de la Calidad |

NORMAS

Norma Técnica -NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
Resoluciòn Ministerial N °527-2011/MINSA Aprueba Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
Norma Técnica -NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

| | |
|---|---|
| Resoluciòn Ministerial N ° 974-2018/MINSA aprueba el Cuadro de Asignación de Personal Provisional.<br>Resoluciòn Directoral N ° 217-DG-HHV-2012 Aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestiòn de la Calidad. | |
| | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS |
| RESPONSABLE | INICIO |
| Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad | 1. Solicita la evaluación anual del año anterior de todos los ejes estratégicos de Calidad. Cita a reunión a todos los integrantes del Comité de Mejora Continua y al equipo de Gestión de la Calidad para proponer proyectos, planes, acciones de mejora, según las oportunidades de mejora encontradas. |
| Equipo Responsable del Desarrollo e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del HHV Y Comité Mejora Continua de la Calidad | 2. Realiza un análisis del problema identificado. |
| Equipo Responsable del Desarrollo e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del HHV | 3. Determina los objetivos, metas, plan de acción y cronograma del proyecto. |
| Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad | 4. Remite el Proyecto, Plan o Acciones de Mejora a la Dirección General para la probación con Resolución Directoral. |
| Asistente Ejecutiva | 5. Recibe y deriva el documento a la Dirección General para su respectiva aprobación con Resolución Directoral |
| Director de Hospital III | 6. Aprueba con Resoluciòn Directoral-R.D. |
| Asistente Ejecutiva | 7. Recibe los documentos aprobados con Resoluciòn Directoral |
| Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | 8. Socializa los Proyectos, Planes, Acciones de Mejora, y da inicio a la fase de ejecución. Realizá la evaluación correspondiente y emite un informe final a la Dirección General |
| Dirección General | 9. Institucionalización de Resoluciòn Directoral |
| FIN | Final del Procedimiento |

ENTRADAS

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

| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
|---|---|---|---|
| 1. Informe Final | Dirección General | Anual | Informatizado / Mecanizado |

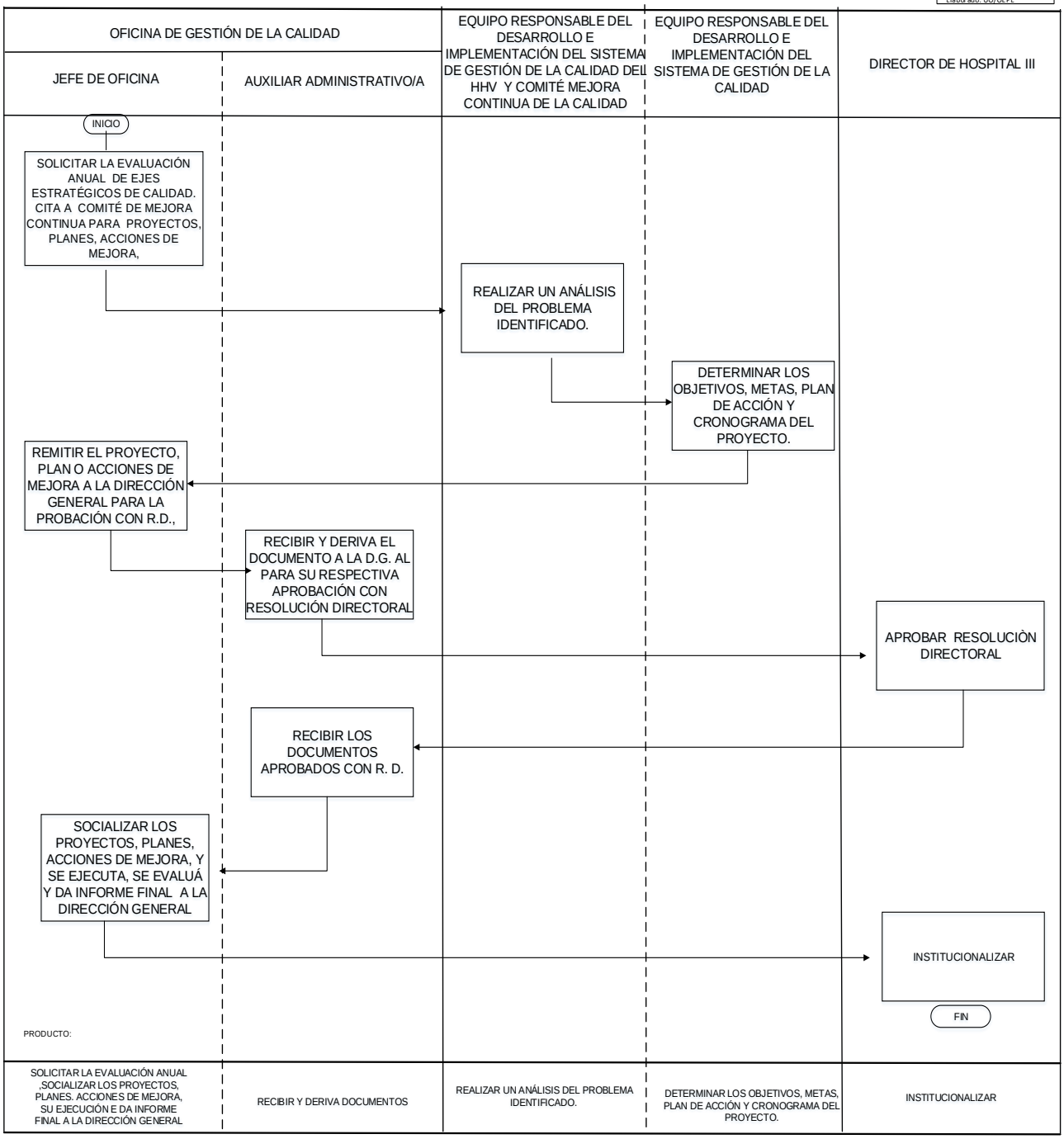
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Mejoramiento Continuo de la Calidad.-** Es una metodología que implica |

| | |
|---|---|
| | el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.<br>**Proyecto de Mejora.-** Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.<br>**Acciones de Mejora.**-Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.<br>**Plan de acción**.-Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.<br>**Institucionalización**.-Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programado de una organización. |
| REGISTROS | |
| ANEXOS | Diagrama de Flujo |

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

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

| Nº Procedimiento: | 11 |
|---|---|
| Fecha: 5-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

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

ÍNDICE DE PERFORMANCE

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

NORMAS

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

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

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

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

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

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

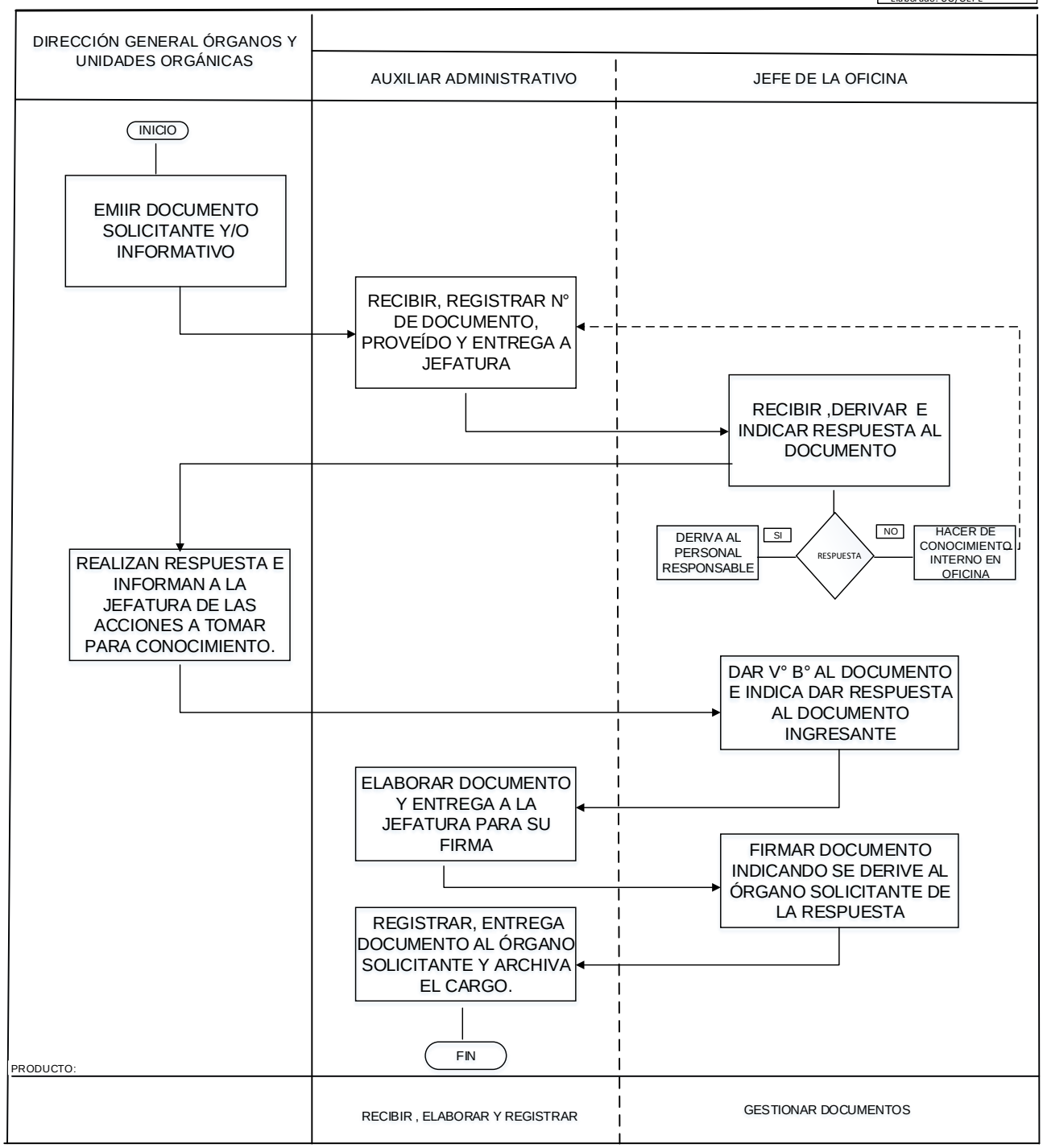
| | |
|---|---|
| DEFINICIONES | **Documento Ingresante**: Son los documentos recibidos de los diferentes órganos y unidades orgánicas del hospital Hermilio Valdizán. |
| | **Documentos Emitidos**: Son los documentos elaborados en la Oficina de Gestión de la Calidad y remitidos a los diferentes órganos y unidades orgánicas del hospital Hermilio Valdizán. |

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

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

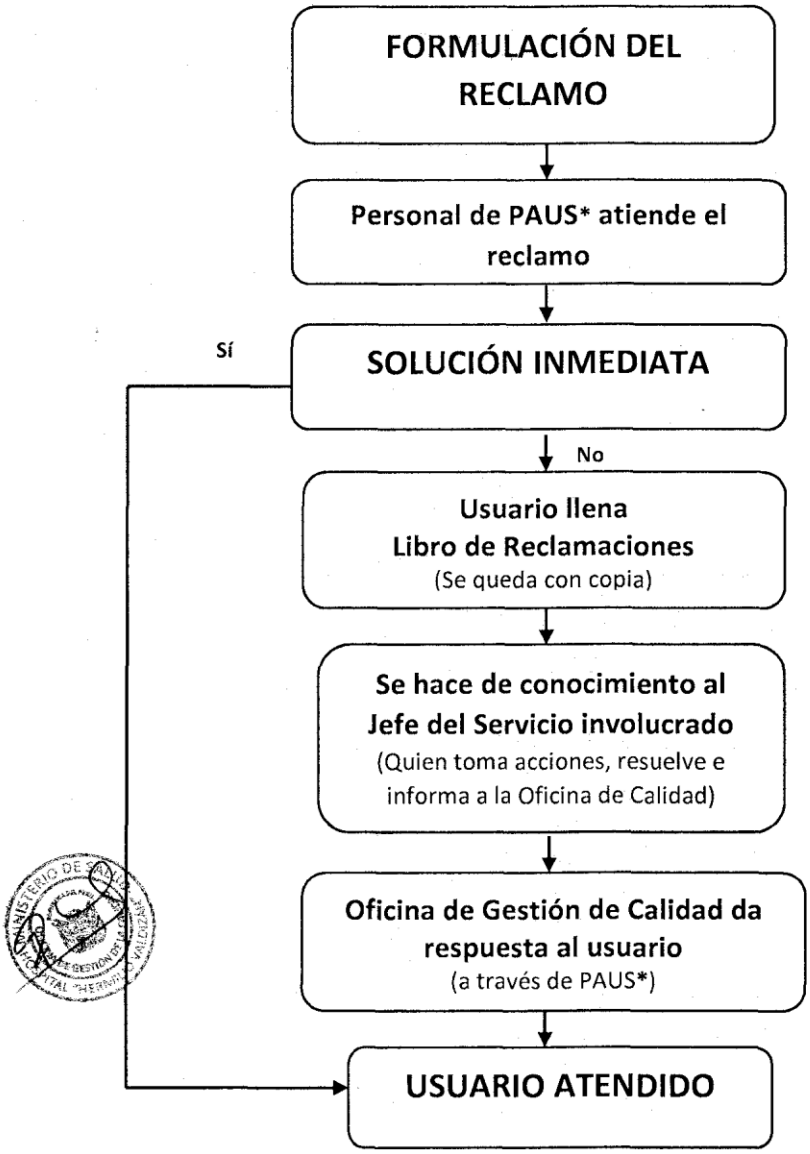
## PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN Y RESPUESTA DE DOCUMENTOS

| Nº Procedimiento: | 12 |
|---|---|
| Fecha: 6-dic-18 | |
| Situación: ACTUAL | |
| Elaborado: UO/OEPE | |



# ANEXOS

## LIBRO DE RECLAMACIONES




**EL LIBRO DE RECLAMACIONES SE ENCUENTRA EN:**

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

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

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

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

## Anexo 1: Formato de hoja del Libro de Reclamaciones

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

CARRETERA CENTRAL KM 3.5 – SANTA ANITA

FECHA: / /

**HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD**

- 0000000001

1. **IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-MAIL:
.....

DOMICILIO: TELEFONO:
.....

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

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-MAIL:
.....

DOMICILIO: TELEFONO:
.....

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

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

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

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

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

6. **SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

| DETALLE DELA SOLICIÓN | RECLAMANTE | RESPONSABLE DE LIBRO RECLAMACIONES |
|---|---|---|
| | | |

## ANEXO 1: FORMATO DE BUZÓN DE SUGERENCIAS

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 Nº .....

Dirección ..... Distrito .....

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

Fecha de ocurrencia : /

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

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

**¿Cuál es tu sugerencia u opinión?**

.....

No olvides de responder al reverso de la hoja

Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo de Buzón de Sugerencias

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 Nº .....

Dirección ..... Distrito .....

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

Fecha de ocurrencia : /

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

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

**¿Cuál es tu sugerencia u opinión?**

.....

No olvides de responder al reverso de la hoja

Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo de Buzón de Sugerencias

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 Nº .....

Dirección ..... Distrito .....

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

Fecha de ocurrencia : /

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

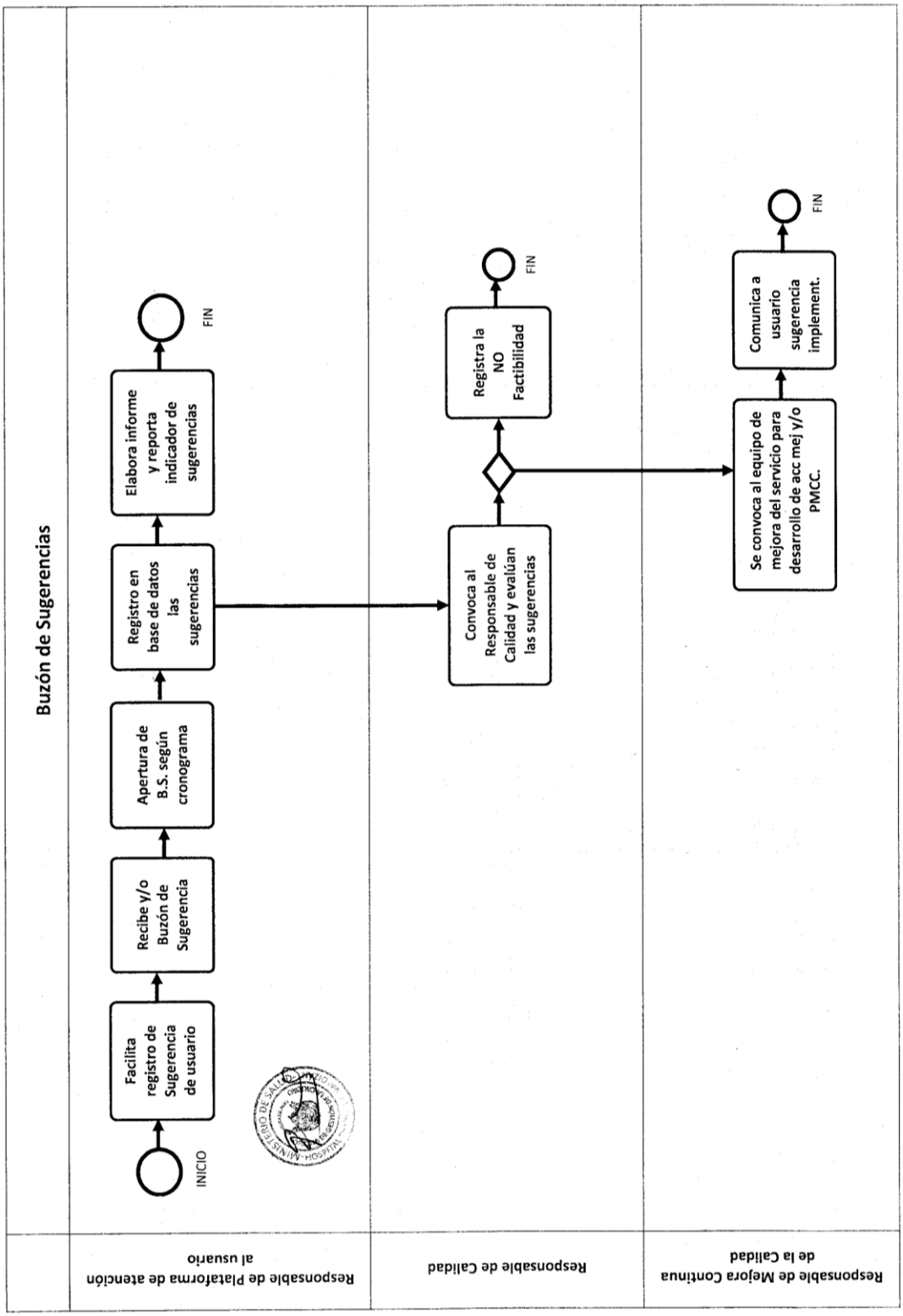
Nombre de la persona que le atendió .....

**¿Cuál es tu sugerencia u opinión?**

.....

No olvides de responder al reverso de la hoja

Oficina de Gestión de la Calidad
Equipo de Buzón de Sugerencias


Buzón de Sugerencias
Responsable de Plataforma de atención al usuario
Responsable de Calidad
Responsable de Mejora Continua de la Calidad
INICIO
Facilita registro de Sugerencia de usuario
Recibe y/o Buzón de Sugerencia
Apertura de B.S. según cronograma
Registro en base de datos las sugerencias
Elabora informe y reporta indicador de sugerencias
FIN
Convoca al Responsable de Calidad y evalúan las sugerencias
Registra la NO Factibilidad
FIN
Se convoca al equipo de mejora del servicio para desarrollo de acc mej y/o PMCC.
Comunica a usuario sugerencia implement.
FIN

PERÚ MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

**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?**

| Queremos mejorar, tu opinión es importante | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA |
|---|---|---|---|---|
| Médico tratante | | | | |
| Enfermera | | | | |
| Psicólogo(a) | | | | |
| Asistenta Social | | | | |
| Odontólogo | | | | |
| Técnica de Enfermería | | | | |
| Cajero | | | | |
| Personal de Admisión | | | | |
| Personal de Farmacia | | | | |
| Personal de Consultorio 11 | | | | |
| Personal de Hospitalización | | | | |
| Personal de Laboratorio | | | | |
| Personal de Rx | | | | |
| Personal de SIS | | | | |
| Personal Administrativo | | | | |
| Personal de Archivo de Historias Clínicas | | | | |
| Personal de Vigilancia | | | | |
| Personal de Limpieza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VALORACION | 4 | 3 | 2 | 1 |

PERÚ MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

**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?**

| Queremos mejorar, tu opinión es importante | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA |
|---|---|---|---|---|
| Médico tratante | | | | |
| Enfermera | | | | |
| Psicólogo(a) | | | | |
| Asistenta Social | | | | |
| Odontólogo | | | | |
| Técnica de Enfermería | | | | |
| Cajero | | | | |
| Personal de Admisión | | | | |
| Personal de Farmacia | | | | |
| Personal de Consultorio 11 | | | | |
| Personal de Hospitalización | | | | |
| Personal de Laboratorio | | | | |
| Personal de Rx | | | | |
| Personal de SIS | | | | |
| Personal Administrativo | | | | |
| Personal de Archivo de Historias Clínicas | | | | |
| Personal de Vigilancia | | | | |
| Personal de Limpieza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VALORACION | 4 | 3 | 2 | 1 |

PERÚ MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

**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?**

| Queremos mejorar, tu opinión es importante | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA |
|---|---|---|---|---|
| Médico tratante | | | | |
| Enfermera | | | | |
| Psicólogo(a) | | | | |
| Asistenta Social | | | | |
| Odontólogo | | | | |
| Técnica de Enfermería | | | | |
| Cajero | | | | |
| Personal de Admisión | | | | |
| Personal de Farmacia | | | | |
| Personal de Consultorio 11 | | | | |
| Personal de Hospitalización | | | | |
| Personal de Laboratorio | | | | |
| Personal de Rx | | | | |
| Personal de SIS | | | | |
| Personal Administrativo | | | | |
| Personal de Archivo de Historias Clínicas | | | | |
| Personal de Vigilancia | | | | |
| Personal de Limpieza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VALORACION | 4 | 3 | 2 | 1 |

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

| | |
|---|---|
| | Nº Encuesta: _____ |

ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del encuestador: | _____ | |
| Establecimiento de Salud: | _____ | |
| Fecha: | Hora de Inicio: / / | Hora Final: / / |

Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:

| | | |
|---|---|---|
| 1. Condición del encuestado | Usuario (a) | 1 |
| | Acompañante | 2 |
| 2. Edad del encuestado en años | | |
| 3. Sexo | Masculino | 1 |
| | Femenino | 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. Especialidad /servicio donde fue atendido: _____

EXPECTATIVAS

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

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

PERCEPCIONES

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

| Nº | | Preguntas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | P | ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa? | | | | | | | |
| 02 | P | ¿El médico le atendió en el horario programado? | | | | | | | |
| 03 | P | ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada? | | | | | | | |
| 04 | P | ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención? | | | | | | | |
| 05 | P | ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad? | | | | | | | |
| 06 | P | ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida? | | | | | | | |
| 07 | P | ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida? | | | | | | | |
| 08 | P | ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida? | | | | | | | |
| 09 | P | ¿La atención en farmacia fue rápida? | | | | | | | |
| 10 | P | ¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio? | | | | | | | |
| 11 | P | ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido? | | | | | | | |
| 12 | P | ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud? | | | | | | | |
| 13 | P | ¿El médico que le atendió le inspiró confianza? | | | | | | | |
| 14 | P | ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia? | | | | | | | |
| 15 | P | ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud? | | | | | | | |
| 16 | P | ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención? | | | | | | | |
| 17 | P | ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos? | | | | | | | |
| 18 | P | ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán? | | | | | | | |
| 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? | | | | | | | |

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

| | |
|---|---|
| | **Nº Encuesta: _____** |

**ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III**

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del encuestador: | _____ | |
| Establecimiento de Salud: | _____ | |
| Fecha: | Hora de Inicio: / / | Hora Final: / / |

Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de Emergencia del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.

**DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Condición del encuestado | Usuario (a) | 1 |
| | Acompañante | 2 |
| 2. Edad del encuestado en años | | |
| 3. Sexo | Masculino | 1 |
| | Femenino | 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: _____

**EXPECTATIVAS**

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

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

**PERCEPCIONES**

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

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

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | | **Nº Encuesta:** _____ |
| **ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL I-4, II y III** | | |
| Nombre del encuestador: | _____ | |
| Establecimiento de Salud: | _____ | |
| Fecha: | Hora de Inicio: / / | Hora Final: / / |

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.

**DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Condición del encuestado | Usuario (a) | 0 |
| | Acompañante | 1 |
| | Padre | 1.1 |
| | Madre | 1.2 |
| | Otro | 1.3 |
| 2. Edad del encuestado en años | | |
| 3. Sexo | Masculino | 1 |
| | Femenino | 2 |
| 4. Grado de Instrucción | Ninguno | 0 |
| | Primaria | 1 |
| | Secundaria | 2 |
| | Superior | 3 |
| | No Sabe | 4 |
| 5. Tipo de seguro por el cual se atiende | SIS | 0 |
| | SOAT | 1 |
| | Ninguno | 2 |
| | Otro | 3 |
| 6. Servicio donde permaneció hospitalizado: | _____ | |
| 7. Tiempo de hospitalización en días: _____ | | |

**EXPECTATIVAS**

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

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

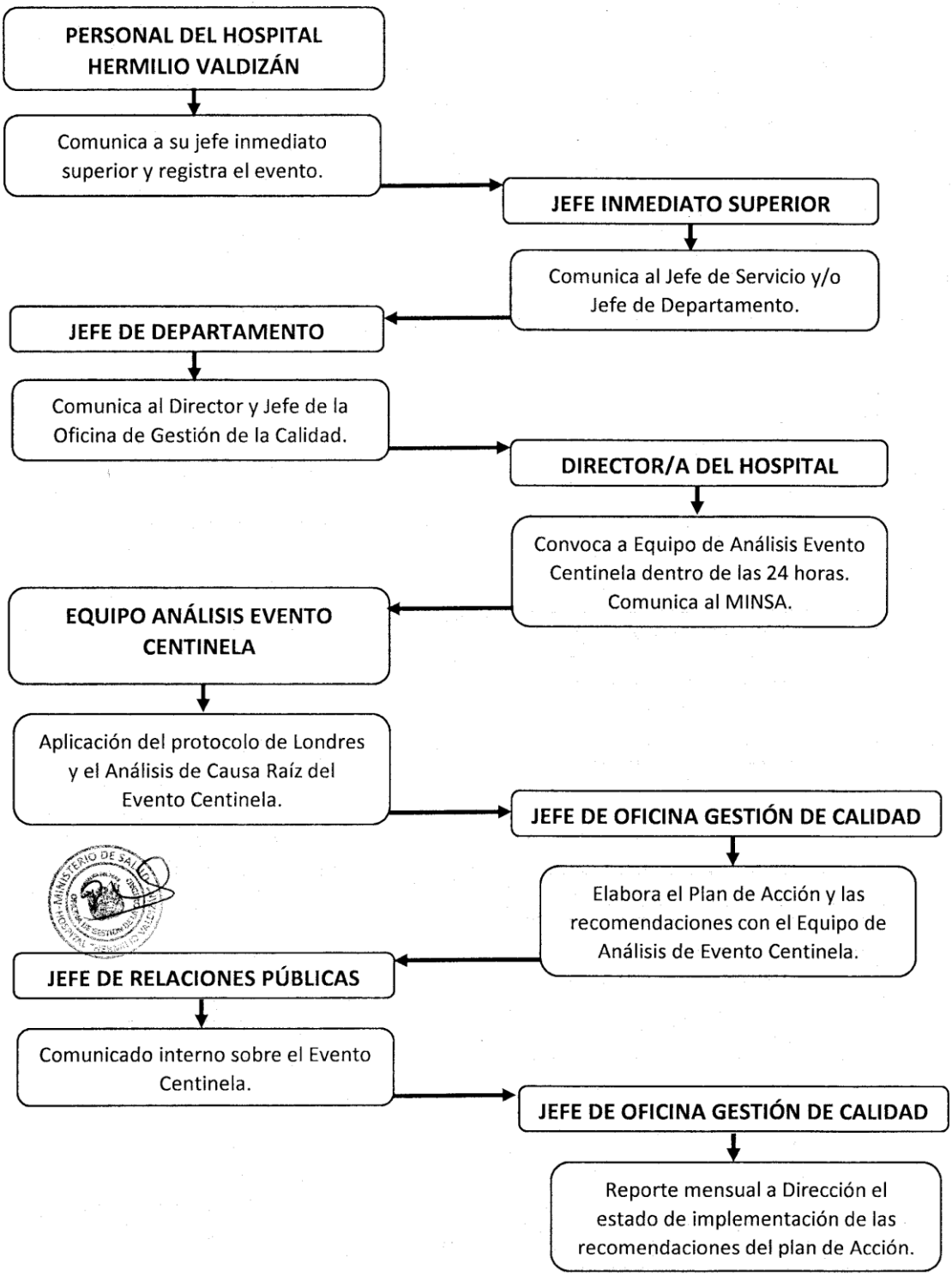
| Nº | | Preguntas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | E | Que todos los días reciba una visita médica | | | | | | | |
| 02 | E | Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá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

**PERCEPCIONES**

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

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

## Registro y Notificación de EVENTOS CENTINELA



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

### I. DATOS GENERALES

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

### II. TIPO DE EVENTO/INCIDENTE

| | |
|---|---|
| INCIDENTE | |
| EVENTO ADVERSO | |
| EVENTO CENTINELA | |

***INCIDENTE.-** circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
***EVENTO ADVERSO.-** daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.
***EVENTO CENTINELA.-** es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

### III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

| | |
|---|---|
| FECHA: | HORA: |
| LUGAR: | |
| CIRCUNSTANCIA: | |
| OBJETO USADO: | |

### IV. DESCRIPCIÓN NARRATIVA (Breve y Objetiva)

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

**PERSONAL QUE NOTIFICA**

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

**SELLO Y FIRMA DEL QUE NOTIFICA**

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

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

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

### MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes

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

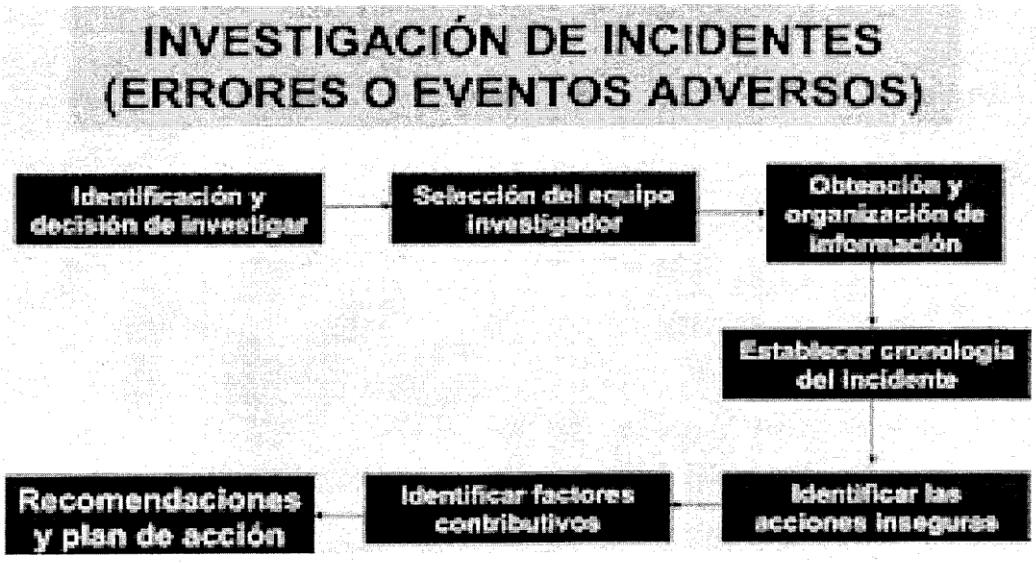
Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

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

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

**ANÁLISIS CAUSA RAÍZ – INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS**

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



**PASO 1: IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR**

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

**PASO 2: SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR**

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

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

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

**PASO 3: OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

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

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

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

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

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

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

**PASO 4: PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE**

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

o Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.

o Línea de tiempo. Es el seguimiento del incidente y permite a los investigadores descubrir las partes del proceso en el que se hayan producido problemas. Este enfoque es particularmente útil cuando un equipo trabaja en conjunto para generar la cronología.

o Cuadro Tiempo/Persona. Permite realizar un seguimiento de los movimientos de las personas antes, durante y después de un incidente.

o Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

**PASO 5: IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS**

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

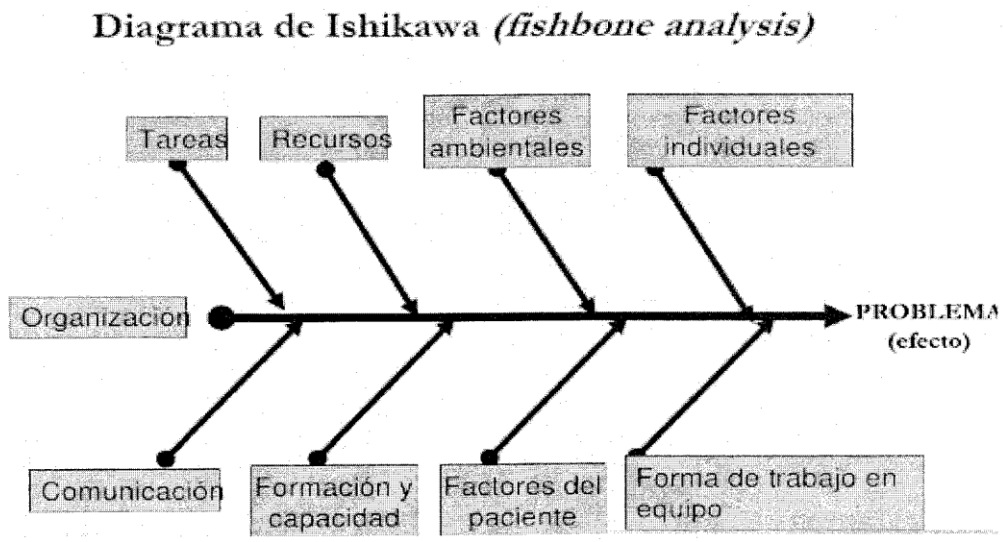
Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como "mala comunicación" o "trabajo en equipo deficiente", las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos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

**PASO 6: IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS**

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

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

**DIAGRAMA DE ISHIKAWA**




**PASO 7: RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN**

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

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

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

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

## ANEXO 3: FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE PROPICIARON LAS ACCIONES INSEGURAS

### 1. FACTORES DEL PACIENTE (FP):

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

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

### 2. FACTORES DE COMUNICACIÓN (FC):

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

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

### 3. FACTORES INDIVIDUALES (FI):

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

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

### 4. FACTORES DE TAREA (FT):

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

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

### 5. FACTORES DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO (FFE):

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

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

### 6. FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES (FES):

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

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

| | |
|---|---|
| | **FES35** Equipo no abierto no receptivo |

### 7. FACTORES DE EQUIPAMIENTO Y RECURSOS (FER):

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

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

### 8. FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS (FOE):

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

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

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

**9. CONDICIONES DE TRABAJO (CT):**

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

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

## ANEXO 4: FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN

| ACTA DE REUNIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| IPRESS | | | |
| FECHA | | | |
| HORA DE INICIO | | HORA DE TÉRMINO | |
| HORA DE REGISTRO DEL ACTA | | | |
| NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN: | | | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | | | |
| ACTIVIDADES REALIZADAS | | | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | | | |
| COMPROMISOS | | | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | | | |
| FIRMAS | | | |

## ANEXO 6: FORMATO DE NOTA DE PRENSA/ COMUNICADO INTERNO

| | |
|---|---|
| IPRESS | |
| FECHA | |
| DESCRIPCIÓN BREVE DEL EVENTO CENTINELA*: | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | |
| ACCIONES INMEDIATAS REALIZADAS POR LA IPRESS*: | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>4. | |
| COMPROMISOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO POR EL TITULAR DE LA IPRESS*: | |
| 1.<br>2.<br>3.<br>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: INDICADOR - PORCENTAJE DE EVENTOS CENTINELA ANALIZADOS

a. Fórmula de cálculo: Nº total de Eventos Centinela reportados y analizados / Nº total de Eventos Centinela reportados X 100.

b. Tipo de Indicador: De proceso y resultado.

c. Fuente auditable: Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos adversos.

d. Meta Anual: Porcentaje de eventos Centinela Analizados:

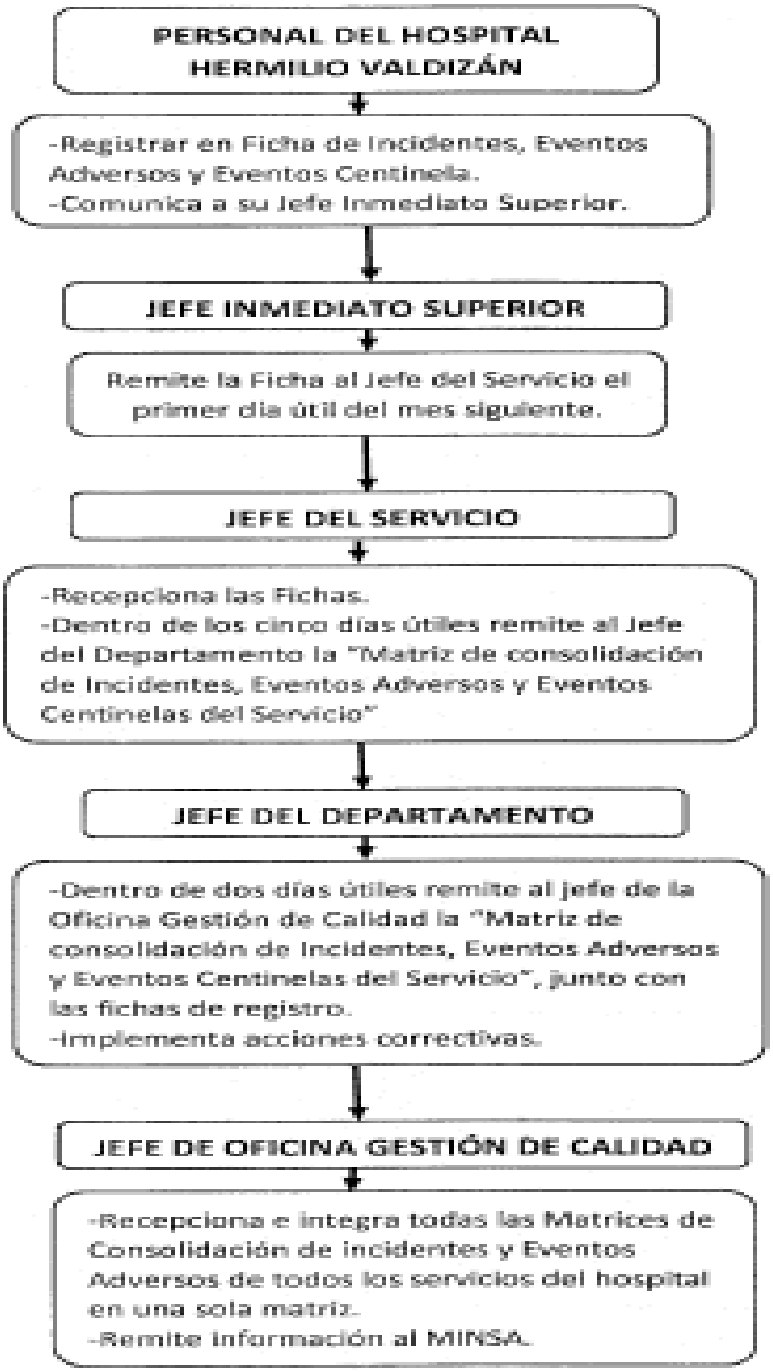
- I y II Nivel de atención: ≥ 60%
- III Nivel de Atención: ≥ 85%

e. Frecuencia de Reporte: Mensual

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

g. Responsable del Análisis y Consolidación: El equipo de Análisis de Evento Centinela será responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

**Registro y Notificación de Eventos Adversos**



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

### I. DATOS GENERALES

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

### II. TIPO DE EVENTO/INCIDENTE

| | |
|---|---|
| INCIDENTE | |
| EVENTO ADVERSO | |
| EVENTO CENTINELA | |

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

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

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

### III. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

| | |
|---|---|
| FECHA: | HORA: |
| LUGAR: | |
| CIRCUNSTANCIA: | |
| OBJETO USADO: | |

### IV. DESCRIPCIÓN NARRATIVA (Breve y Objetiva)

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DEL SERVICIO

MES/AÑO DE REPORTE:
NOMBRE DE LA IPRESS:
UPSS/SERVICIO:

| Nº FICHA | FECHA DE NOTIFICACIÓN | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | Nº HCL | SEXO | EDAD | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | UPSS/SERVICIO | INCIDENTE | EVENTO ADVERSO | EVENTO CENTINELA | FECHA DE INCIDENTE/EVENTO | HORA APROXIMADA DEL EVENTO | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| 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 3: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DE LA IPRESS

MES/AÑO DE REPORTE:

NOMBRE DE LA IPRESS:

Nº DE UPSS/SERVICIO DE LA IPRESS:

Nº DE UPSS/SERVICIOS DE LA IPRESS QUE REPORTAN:

| Nº FICHA | FECHA DE NOTIFICACIÓN | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | Nº HCL | | SEXO | EDAD | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | UPSS/SERVICIO | INCIDENTE | EVENTO ADVERSO | EVENTO CENTINELA | FECHA DE INCIDENTE/EVENTO | HORA APROXIMADA DEL EVENTO | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO | CATEGORÍA DEL EA | TIPO DE EA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## ANEXO 4: INDICADORES DE EVALUACIÓN

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

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

a. Fórmula de cálculo: Nº de UPSS o Servicios que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS X 100/ Nº 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.

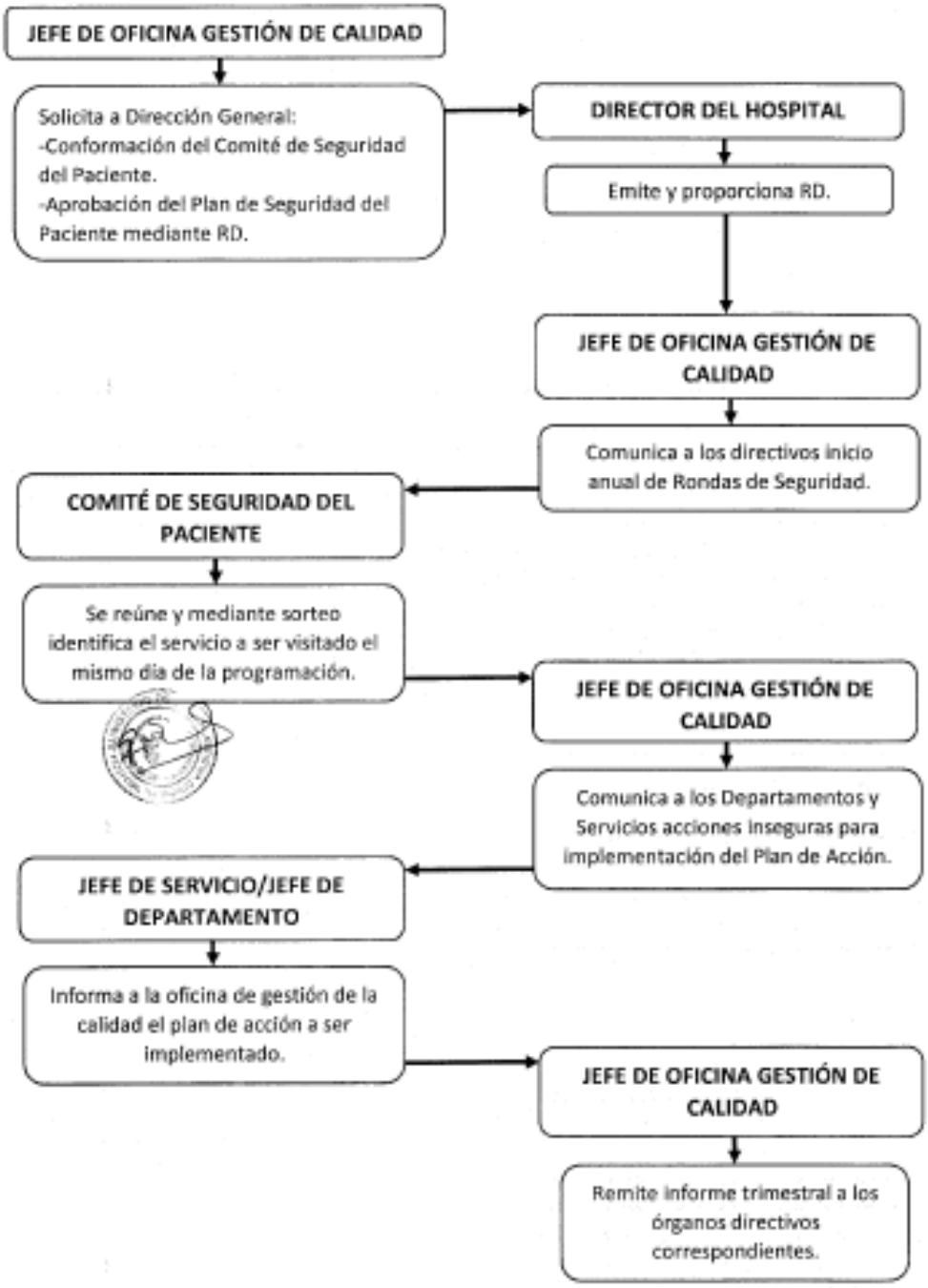
d. Meta Anual: Porcentaje de UPSS o servicios que reportan Eventos Adversos en la IPRESS ≥ 90%.

e. Frecuencia de Reporte: Mensual

f. Responsable de la Medición: Responsable de os 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.

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



## ANEXO 1: MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD

IPRESS:

RESPONSABLE (*):

| ENERO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| FEBRERO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| MARZO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| ABRIL | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| MAYO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| JUNIO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| JULIO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| AGOSTO | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| SEPTIEMBRE | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| OCTUBRE | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| NOVIEMBRE | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| ROND 2 | / / | : |

| DICIEMBRE | | |
|---|---|---|
| RONDA | FECHA | HORA |
| ROND 1 | / / | : |
| 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 2: 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 de 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 al 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 3: PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA ERRADICAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD

1. **FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN:** El estudio de la 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 4: PLAN DE ACCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: | 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 5: FICHA DE MONITOREO

| | | |
|---|---|---|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: | 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 6: INDICADORES DE EVALUACIÓN

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

a. Fórmula de cálculo: Nº de Rondas de seguridad Ejecutadas/ Nº 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 ≥ 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: Nº de Verificadores conformes/Nº 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 ≥ 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: Nº de acciones de mejora implementadas/Nº 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 ≥ 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 N° 1

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO 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

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

| DIAGNÓSTICOS | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Presuntivo coherente | | | | | |
| b) Definitivo coherente | | | | | |
| c) Uso del CIE 10 | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| PLAN DE TRABAJO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes | | | | | |
| Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes | | | | | |
| Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes ) | | | | | |
| Referencias a otros establecimientos de salud | | | | | |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes. | | | | | |
| Fecha de próxima cita. | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| TRATAMIENTO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes. | | | | | |
| Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI) | | | | | |
| Consigna presentación | | | | | |
| Dosis del medicamento | | | | | |
| Vía de administración | | | | | |
| Frecuencia del medicamento | | | | | |
| Duración del tratamiento | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA | | | | | |
| Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida ( Primer Nivel de Atención) | | | | | |
| Pulcritud | | | | | |
| Letra legible | | | | | |
| No uso de abreviaturas | | | | | |
| Sello y firma del médico tratante | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN | | | | | |
| TOTAL | | | | | |
| 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° 2

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA | | NÚMERO DE AUDITORIA | |
| SERVICIO AUDITADO | | FECHA DE AUDITORIA | |
| 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 | | | |
| Nombres y apellidos del paciente | | | |
| Tipo y N° Seguro | | | |
| Lugar y fecha de nacimiento | | | |
| Edad | | | |
| Sexo | | | |
| Domicilio actual | | | |
| Lugar de Procedencia | | | |
| Documento de identificación | | | |
| Estado Civil | | | |
| Grado de instrucción | | | |
| Ocupación | | | |
| Religión | | | |
| Teléfono | | | |
| Acompañante | | | |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable | | | |
| SUBTOTAL | | | |
| ANAMNESIS | CONFORME | NO CONFORM | NO APLI |
| Fecha y hora de atención | | | |
| Tiempo de enfermedad | | | |
| Signos y síntomas principales | | | |
| Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato) | | | |
| Antecedentes | | | |
| SUBTOTAL | | | |
| 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 cada la anterior | | | |
| Puntaje de Escala de Glasgow | | | |
| Peso | | | |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos. | | | |
| Examen clínico regional | | | |
| SUBTOTAL | | | |
| DIAGNÓSTICOS | CONFORME | NO CONFORM | NO APLI |
| a) Presuntivo coherente | | | |
| b) Definitivo coherente | | | |
| c) Uso del CIE 10 | | | |
| SUBTOTAL | | | |
| PLAN DE TRABAJO | CONFORME | NO CONFORM | NO APLI |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes | | | |
| Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes | | | |
| Interconsultas pertinentes | | | |
| Referencia oportuna | | | |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen higiénico-dietético y medidas generales concor- dantes y coherentes. | | | | | |
| Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI). | | | | | |
| Consigna presentación | | | | | |
| Dosis del medicamento | | | | | |
| Frecuencia del medicamento | | | | | |
| Vía de administración | | | | | |
| Cuidados de Enfermería y otros profesionales | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| NOTAS DE EVOLUCIÓN | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Fecha y hora de evolución | | | | | |
| Apreciación subjetiva | | | | | |
| Apreciación objetiva | | | | | |
| Verificación del tratamiento y dieta | | | | | |
| Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y complementario | | | | | |
| Plan diagnóstico | | | | | |
| Plan terapéutico | | | | | |
| Firma y sello del médico que evoluciona | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| REGISTROS DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Notas de ingreso de enfermería/obstetricia | | | | | |
| Notas de Evolución de enfermería/obstetricia | | | | | |
| Hoja de Gráfico de Signos vitales | | | | | |
| Hoja de balance hídrico | | | | | |
| Kardex | | | | | |
| Firma y sello del Profesional | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Informe de Alta | | | | | |
| Medicamentos prescritos | | | | | |
| Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Firma y sello del médico tratante | | | | | |
| Orden cronológico de las hojas de la historia clínica | | | | | |
| Pulcritud | | | | | |
| Legibilidad | | | | | |
| No uso de abreviaturas | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| FORMATOS ESPECIALES | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Formato de interconsulta | | | | | |
| Formato de orden de intervención quirúrgica | | | | | |
| Reporte operatorio | | | | | |
| Hoja de evolución pre anestésica | | | | | |
| Lista de verificación de seguridad de la cirugía | | | | | |
| Hoja de anestesia | | | | | |
| Hoja post anestésica | | | | | |
| Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes | | | | | |
| Formato de anatomía patológica | | | | | |
| Formato de consentimiento informado | | | | | |
| Formato de retiro voluntario | | | | | |
| Epicrisis | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

| | |
|---|---|
| SATISFACTORIO | 90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |
| POR MEJORAR | 75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |
| DEFICIENTE | <75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO |

IV.- NO CONFORMIDAD

V.- CONCLUSION

VI.- RECOMENDACIONES

## ANEXO N° 3

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

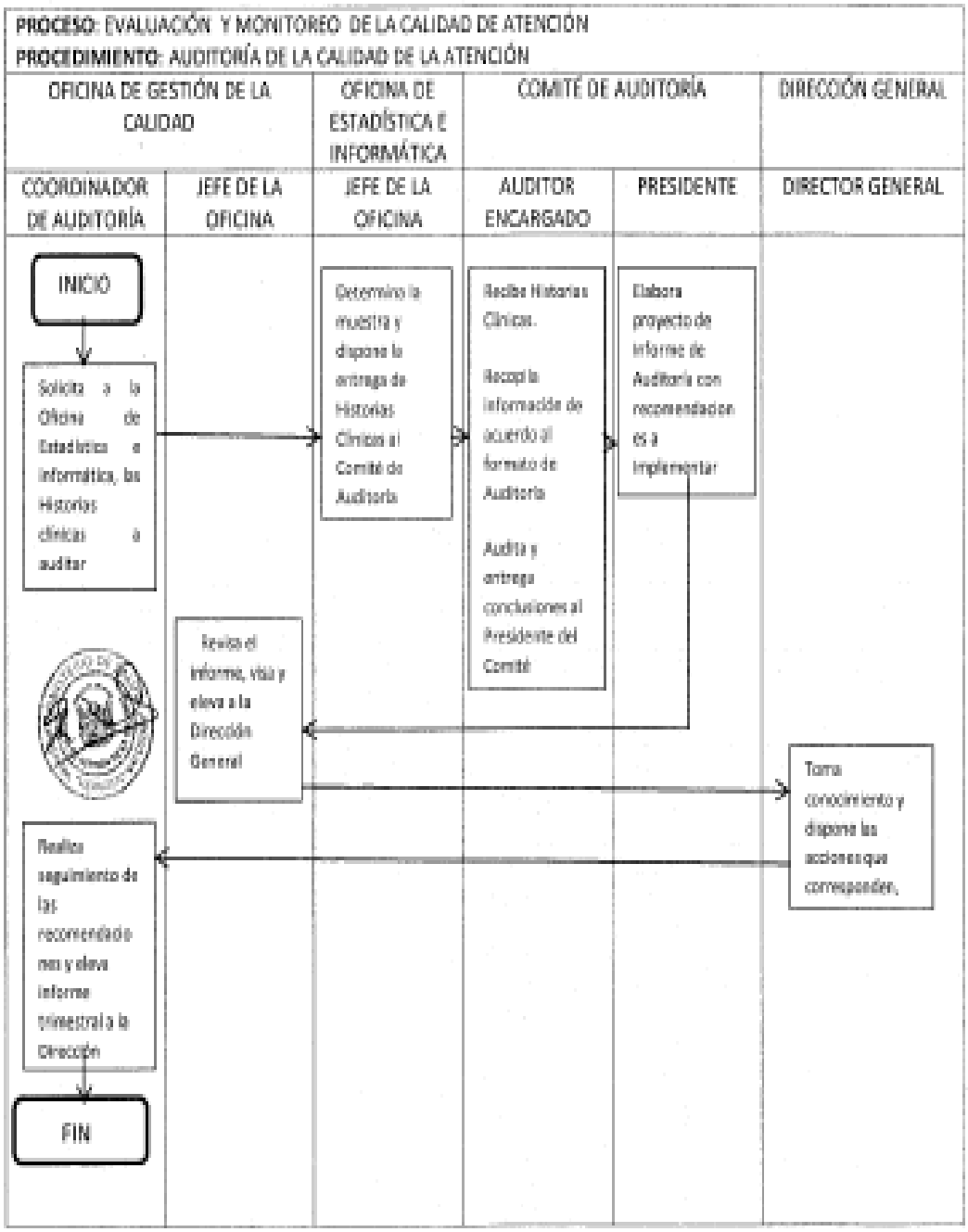
| | | | |
|---|---|---|---|
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA | | NÚMERO DE AUDITORIA | |
| FECHA DE AUDITORÍA | | SERVICIO AUDITADO | |
| ASUNTO | | FECHA DE HOSPITALIZACIÓN | |
| NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA | | COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE | |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA | | CIE 10 | |

**II) OBSERVACIONES**

| ANAMNESIS | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|---|---|---|---|---|---|
| **FILIACIÓN** | | | | | |
| Número de historia clínica | | | | | |
| Nombres y apellidos del paciente | | | | | |
| Tipo y Nº Seguro | | | | | |
| Lugar y fecha de nacimiento | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Domicilio actual | | | | | |
| Lugar de Procedencia | | | | | |
| Documento de identificación | | | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Grado de instrucción | | | | | |
| Ocupación | | | | | |
| Religión | | | | | |
| Teléfono | | | | | |
| Acompañante | | | | | |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable | | | | | |
| Fecha de ingreso | | | | | |
| Fecha de elaboración de historia clínica | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| **ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES** | | | | | |
| | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Signos y Síntomas principales | | | | | |
| Tiempo de enfermedad | | | | | |
| Forma de inicio | | | | | |
| Curso de la enfermedad | | | | | |
| Relato Cronológico de la enfermedad | | | | | |
| Funciones Biológicas | | | | | |
| Antecedentes | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| 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). | | | | | |
| Peso ,Talla , IMC | | | | | |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutri- ción, estado de conciencia, piel y anexos. | | | | | |
| Examen Clínico Regional | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| DIAGNÓSTICOS | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| a) Presuntivo coherente y concordante | | | | | |
| b) Definitivo coherente y concordante | | | | | |
| c) Uso del CIE 10 | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| 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 |

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

**PROCEDIMIENTO: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN**



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

**(Auditoria Programada)**

Informe N° -

A : Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

De : Médico Auditor

Asunto : Auditoria Programada de la Calidad Paciente (iniciales del nombre) Historia Clínica N° ----

Referencia :

Fecha del Informe:

1. ANTECEDENTES: Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorias anteriores sobre el mismo caso y otros)
2. ORIGEN DE LA AUDITORIA: Indicar qué documento originó la realización de la auditoria.
3. TIPO DE AUDITORIA: clasifica a la Auditoria según el numeral 5.5
4. ALCANCE DE LA AUDITORIA: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoria (Ej. Atención brindada al paciente XX, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año)
5. METODLOGIA: Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación
   a. Acciones de Evaluación de Documentos
      5.1.1
      5.1.2
   b. Técnicas: En la Ejecución de la Investigación se aplicó las siguientes técnicas
      5.2.1
   c. Revisión de Guías de Prácticas Clínica
      5.3.1
6. INFORMACION CLÍNICA: Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalización y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.

6.2

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

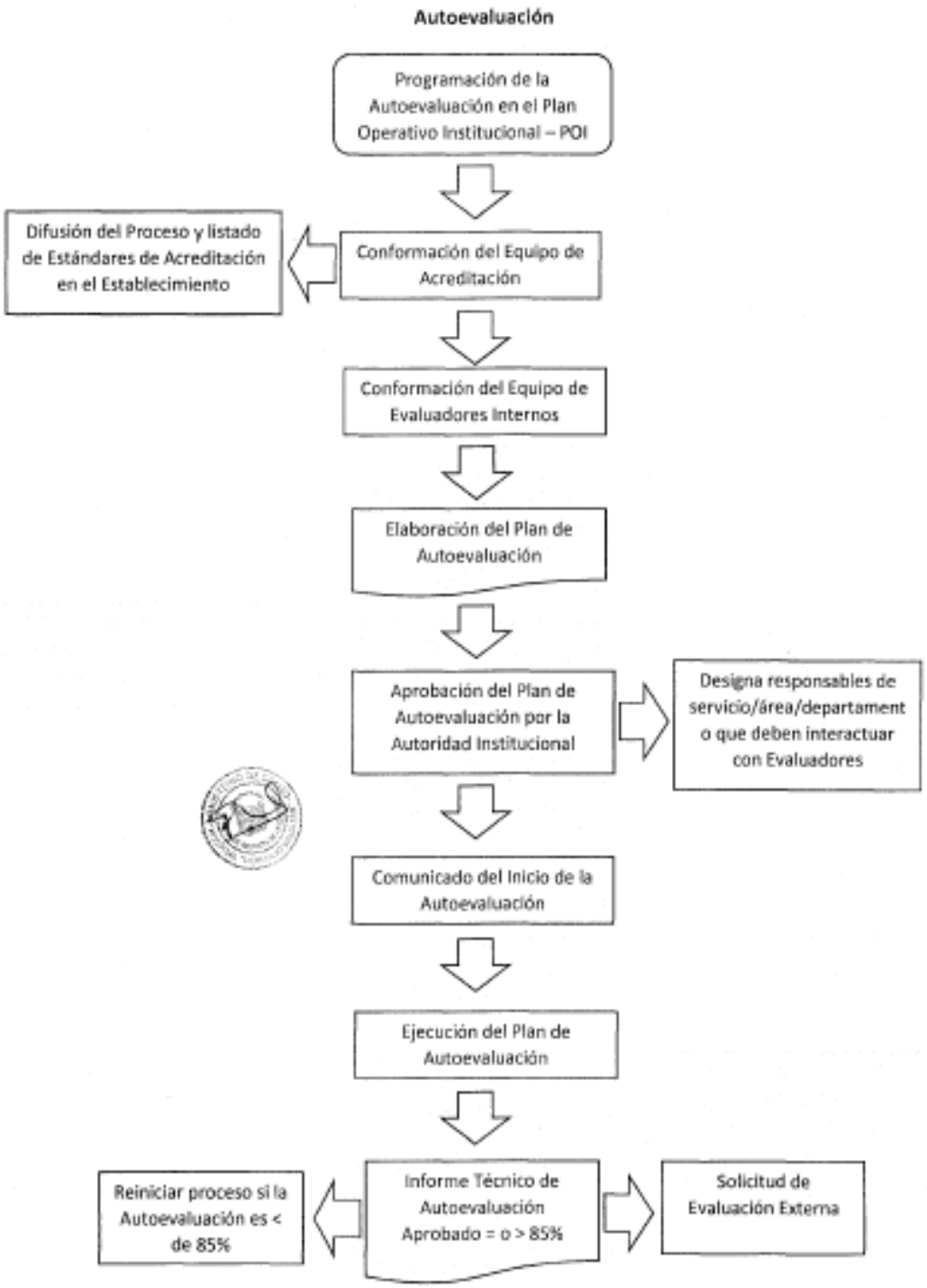
**Inconformidades mayores**

| Hallazgo 7.1 | |
|---|---|
| Sumilla | |
| Condición | |
| Criterio | |

**Inconformidades menores**

| Hallazgo 7.5 | |
|---|---|
| Sumilla | |
| Condición | |
| Criterio | |

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


Autoevaluación
Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional – POI
Conformación del Equipo de Acreditación
Difusión del Proceso y listado de Estándares de Acreditación en el Establecimiento
Conformación del Equipo de Evaluadores Internos
Elaboración del Plan de Autoevaluación
Aprobación del Plan de Autoevaluación por la Autoridad Institucional
Designa responsables de servicio/área/departament o que deben interactuar con Evaluadores
Comunicado del Inicio de la Autoevaluación
Ejecución del Plan de Autoevaluación
Informe Técnico de Autoevaluación Aprobado = o > 85%
Reiniciar proceso si la Autoevaluación es < de 85%
Solicitud de Evaluación Externa

## Anexo N° 1: 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## Anexo Nº 2: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

| Macroproceso | Observaciones | Recomendaciones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Firma: .....

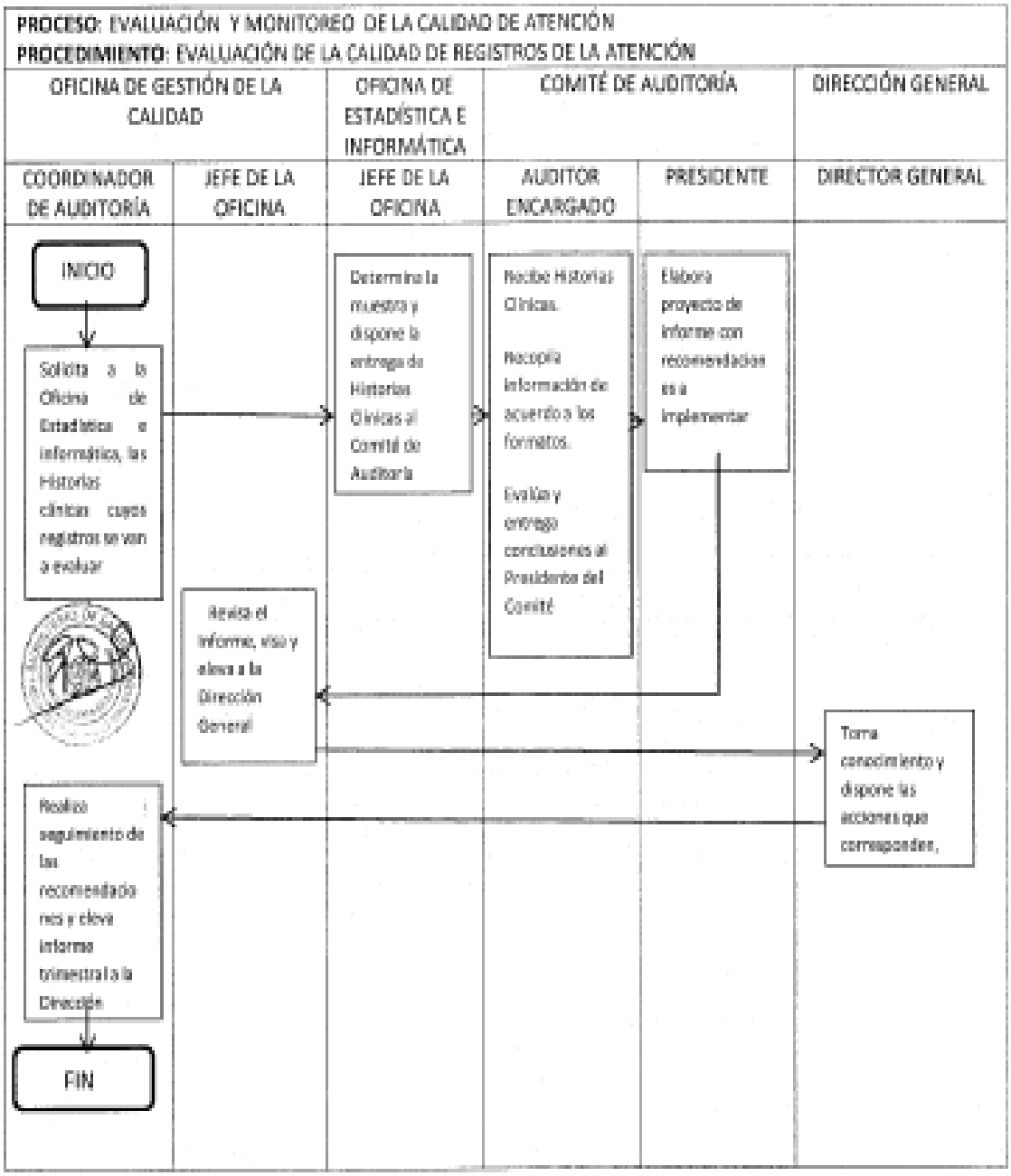
## Anexo Nº 3: Matriz de Selección

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.

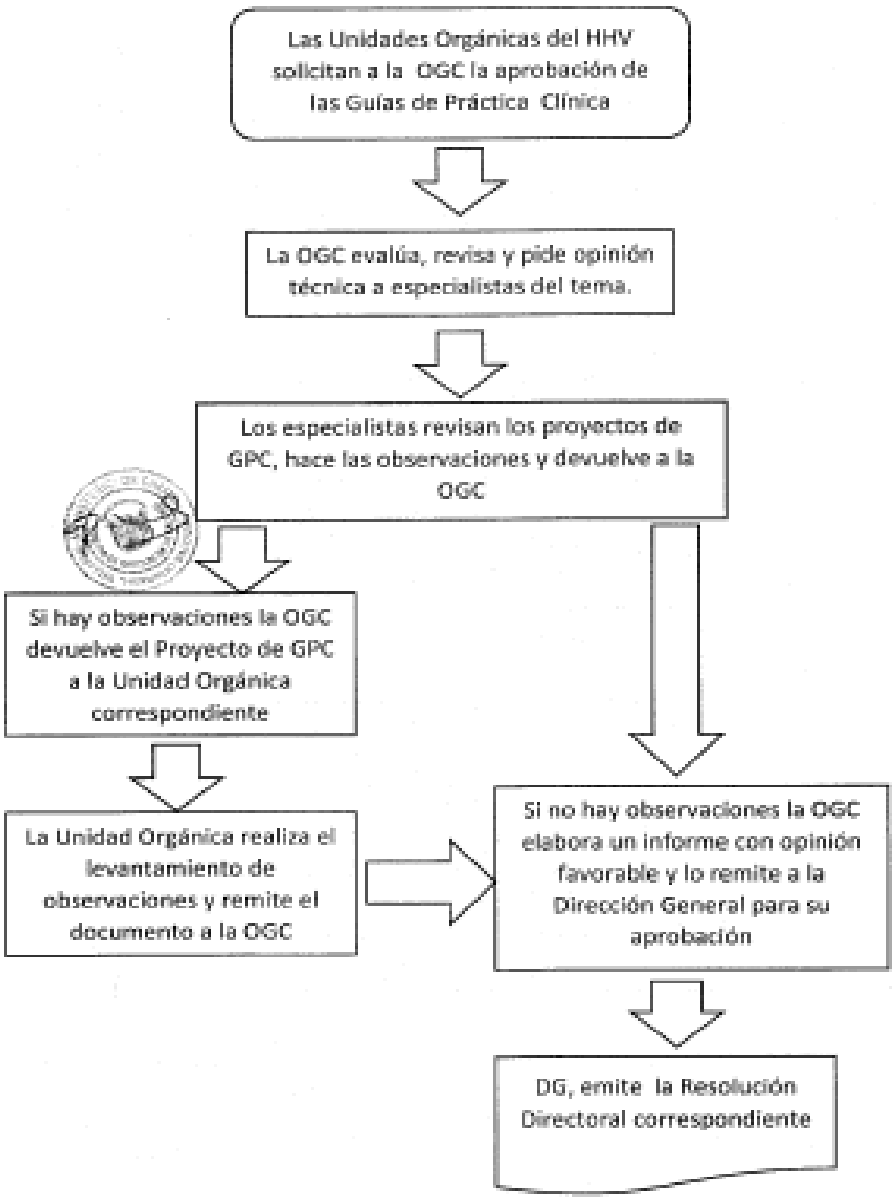
| Problemas de Interés | Frecuencia | Importancia | Vulnerabilidad | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Firma: .....

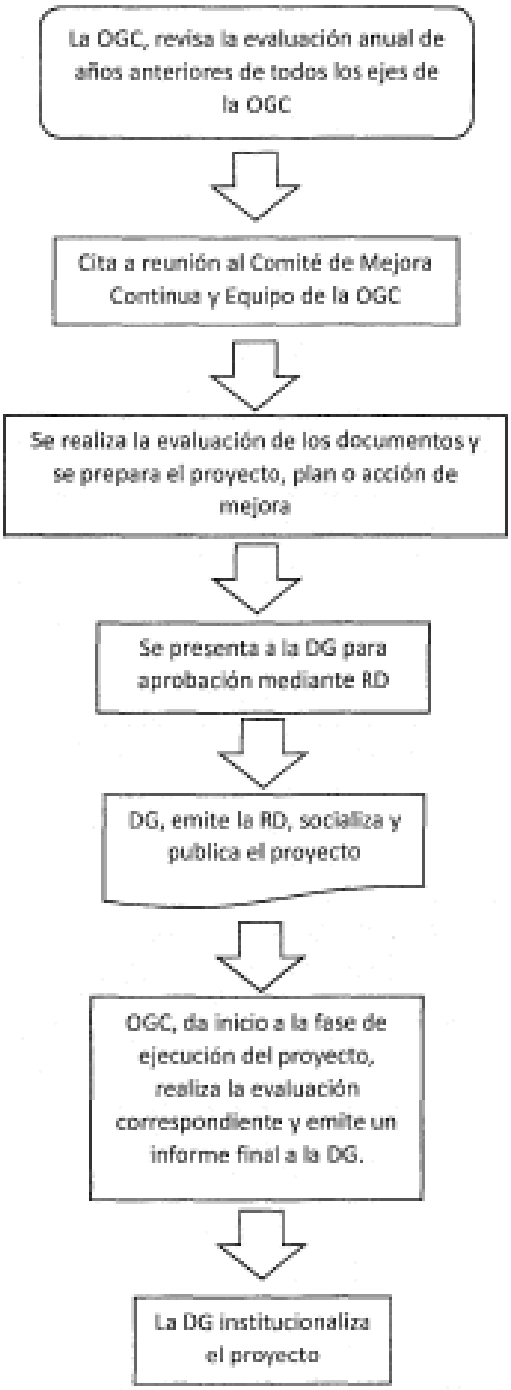
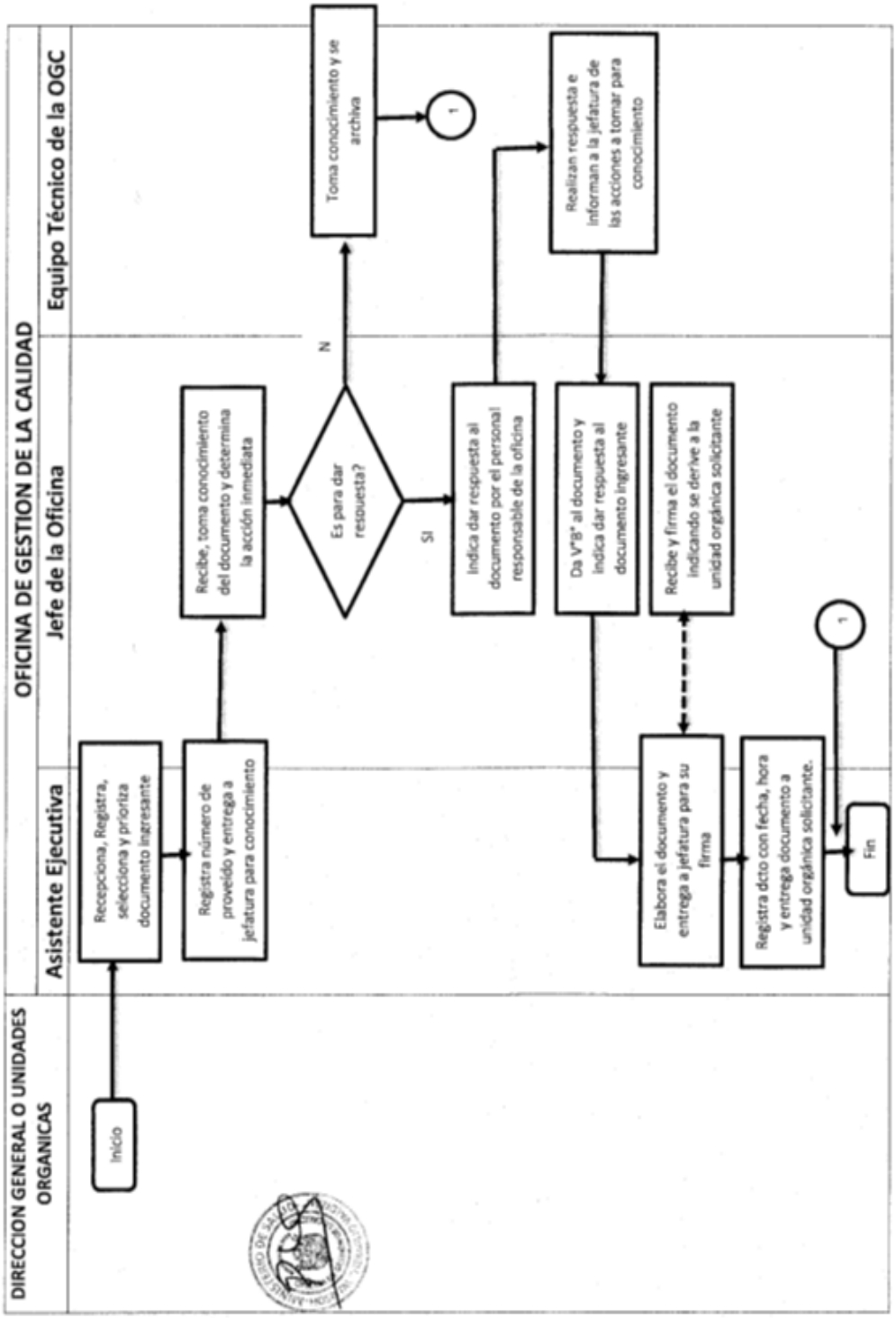
**PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTROS DE ATENCIÓN**



**Asistencia Técnica para elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC)**



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



**Admisión y Respuesta de Documentos**