

# MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD



**EL PACIENTE**  
en el centro de las decisiones





**MANUAL**  
**de MEJORA**  
de la **CALIDAD**  
**ASISTENCIAL**  
para **CENTROS**  
de **SALUD**

**EL PACIENTE**  
en el centro de las decisiones





**Manual elaborado por Daniel Cobos y Laura Monzón  
en colaboración con el personal de la Fundación de  
Religiosos para la Salud en Guinea Ecuatorial**

©FRS Diciembre 2013

***Este manual puede ser reproducido, traducido y adaptado  
siempre que se haga gratuitamente y citando a los autores,  
a FRS y a la institución financiadora AECID***

Diseño y maquetación:  
Gabriel Ramón Sánchez



# MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD



## EL PACIENTE en el centro de las decisiones

### ÍNDICE

|          |                                                              |    |
|----------|--------------------------------------------------------------|----|
| <b>1</b> | Introducción y justificación                                 | 6  |
| <b>2</b> | Conceptos básicos                                            | 8  |
| 2.1      | ¿Qué medimos? Dimensiones de la calidad asistencial          | 8  |
| 2.2      | ¿Cómo medimos la calidad asistencial? Indicadores de calidad | 9  |
| <b>3</b> | El proceso de mejora de calidad                              | 10 |
| 3.1      | Creación del comité de mejora de calidad                     | 10 |
| 3.2      | El ciclo de mejora de calidad                                | 12 |
| <b>4</b> | Herramientas de la evaluación de calidad                     | 16 |
| 4.1      | Informe trimestral de calidad                                | 16 |
| 4.2      | Equipo de mejora de calidad                                  | 16 |
| 4.3      | Calendario anual de actividades de mejora                    | 16 |
| 4.4      | Ficha general de la unidad sanitaria                         | 16 |
| 4.5      | Análisis de situación de la unidad sanitaria                 | 16 |
| 4.6      | Identificación de objetivos de calidad                       | 19 |

### Anexos. Herramientas de mejora de calidad

|          |                                                         |    |
|----------|---------------------------------------------------------|----|
| <b>1</b> | Informe trimestral de calidad                           | 22 |
| <b>2</b> | Equipo de mejora de calidad                             | 24 |
| <b>3</b> | Calendario anual de actividades de mejora de la calidad | 26 |
| <b>4</b> | Ficha general de la unidad sanitaria                    | 28 |
| <b>5</b> | Análisis de situación de la unidad sanitaria            | 32 |
| <b>6</b> | Identificación de objetivos de calidad                  | 68 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| <b>Glosario de abreviaturas</b> | 70 |
|---------------------------------|----|

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

**G**uinea Ecuatorial es un país de la región tropical africana, situado en la costa oeste, al norte del ecuador. Sus características geográficas y su actual expansión económica debida fundamentalmente a las fuentes de petróleo de que dispone, no dejan de convertirlo en un país peculiar dentro del contexto del continente africano. De hecho, es el tercer país africano productor de petróleo y, junto al aumento de esta industria también se ha producido un auge de la construcción, así como un creciente aumento de la urbanización y de las vías de comunicación a lo largo y ancho del país.

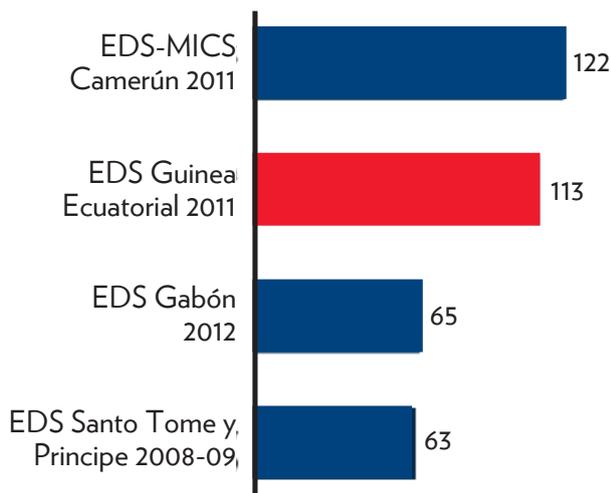
Según la Encuesta Demográfica de Salud realizada en 2011, 113 niños y jóvenes de cada 1.000 nacidos vivos mueren al año (gráfico 1). Como se puede ver en la gráfica esta mortalidad infanto-juvenil se encuentra por encima de los países vecinos. La mortalidad materna sigue siendo alarmantemente alta con 308 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Que solo un 68% de los partos han contando con la asistencia de personal cualificado o que el 72% de los partos fueron protegidos (vacunación) contra el tétanos neonatal, son algunas de las razones para este pobre resultado. Por último, otro dato preocupante que arroja esta encuesta es el porcentaje de niños completamente vacunados (27%).

**Gráfico 1**

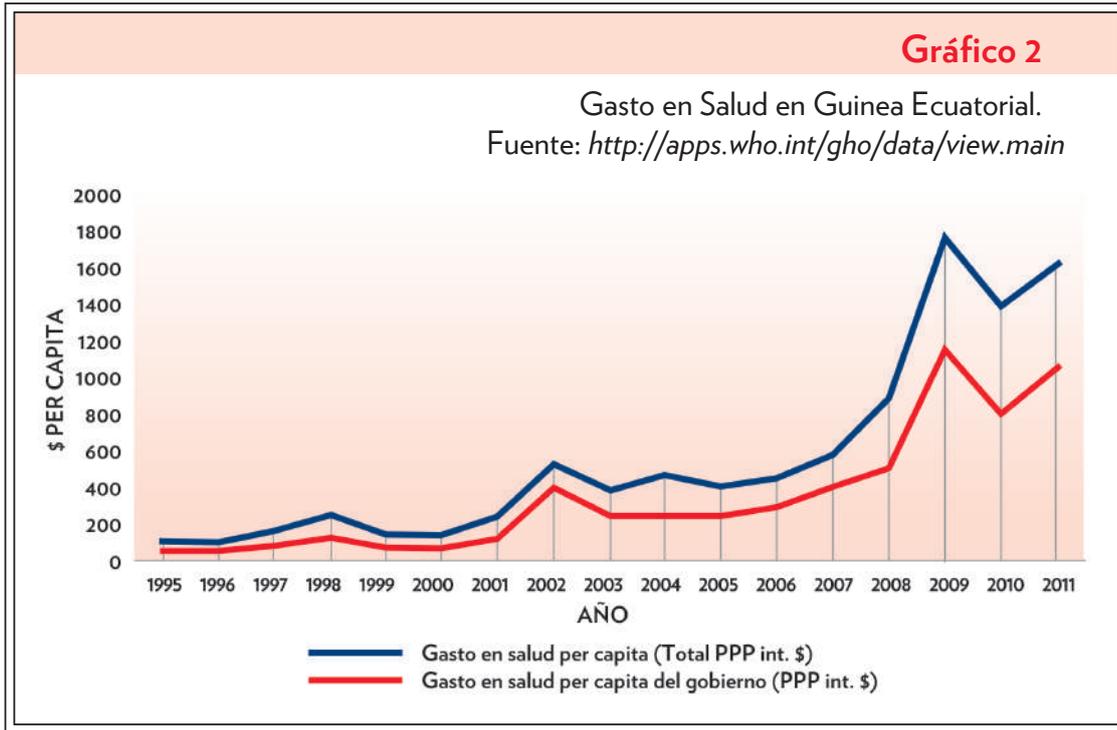
Fuente:  
"Guinea Ecuatorial.  
Primera encuesta demográfica  
y de salud 2011",  
MINSABS GE 2012.

### Mortalidad infanto-juvenil en la sub-región

Fallecidos por mil nacidos vivos durante los últimos cinco años a la encuesta



A la luz de esos pobres resultados, resulta contradictorio que tanto el gasto en general como el gasto específico del Gobierno en salud haya aumentado exponencialmente en los últimos años. Desde poco más de 68 \$ per cápita en el año 2000, el Gobierno incrementó el gasto absoluto hasta 1.088 \$ per cápita en 2011 (gráfico 2).



El incremento de la cobertura geográfica de los servicios sanitarios ha sido uno de los grandes objetivos del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (en adelante MINSABS) y un alto porcentaje del presupuesto ha sido dirigido a la construcción y rehabilitación de infraestructuras. Los 16 hospitales distritales y los 2 regionales han sido rehabilitados y parcialmente equipados en un periodo que va desde el 2005 al 2012 (que coincide con el mayor incremento del gasto por parte del gobierno).

A pesar de la mejora de las infraestructuras sanitarias, los pacientes **“no acuden a los centros públicos cuando tienen un problema de salud y prefieren el sector privado o a los curanderos tradicionales”**. La falta de medicamentos, la baja calidad de la asistencia sanitaria o unidades sanitarias sin personal, han sido algunas de las causas identificadas en distintos foros.

Con el objetivo de cambiar esta situación, el MINSABS apoyado por FRS, realizó un análisis de la calidad asistencial en 11 centros de salud del país, siendo una de las principales recomendaciones la necesidad de crear equipos que dinamizaran el proceso de mejora de calidad en las unidades sanitarias.

El presente documento pretende ser una guía de apoyo en cada una de las fases del proceso para los equipos de mejora de calidad asistencial de los centros de salud. **Las herramientas y recomendaciones que aquí se recogen no deben entenderse como normas fijas a seguir por todos los equipos. Las herramientas deben ser adaptadas en cada unidad por el equipo y las recomendaciones han de ponerse en el contexto de cada centro.**

<sup>1</sup>Comentario de un responsable distrital durante el Curso Modular de Equipos Distritales de Salud realizado en Mongomo en 2012.

## 2. CONCEPTOS BÁSICOS

**E**n esta guía utilizaremos las dimensiones identificadas por la OMS para definir la calidad de los servicios de salud. Para la OMS el concepto de calidad asistencial hace referencia al grado en el que los recursos destinados al cuidado de la salud o los servicios de salud se corresponden con unos estándares específicos que definen los resultados esperados (la meta establecida para esos servicios). Consiste en la prestación de un servicio apropiado, de una manera fiable, teniendo en cuenta los deseos y necesidades de los usuarios/as.

En las siguientes secciones tratamos de responder a las preguntas:

**¿Qué medimos para evaluar la calidad?:**

- **Dimensiones de la calidad**

**¿Cómo medimos la calidad asistencial?:**

- **Indicadores de calidad**

### 2.1. ¿Qué medimos? Dimensiones de la calidad asistencial

Con el fin de hacer operativa la definición de calidad para llevarla a la práctica, es necesario definir una serie de criterios o dimensiones que deben ser analizados. Estas dimensiones representan distintas características que los servicios de salud deben cumplir para poder decir que prestan una atención de calidad. Para que un servicio de salud determinado cumpla con los criterios establecidos, éste debe ser:

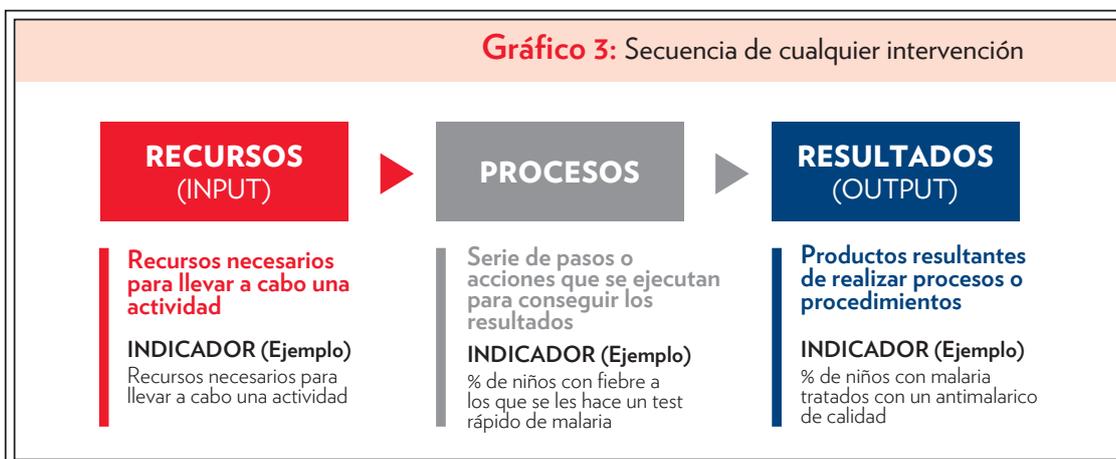
- **Efectivo o eficaz:** Las intervenciones que se realizan se basan en la evidencia científica y responden a las necesidades de la población a la que atienden.
- **Eficiente:** La asistencia sanitaria se realiza de una manera tal que maximiza los recursos utilizados (económicos, materiales o humanos) y minimiza las pérdidas.
- **Accesible:** El servicio es accesible geográficamente para toda la población a la que da cobertura y cuenta con los recursos necesarios para implementar todas las intervenciones (recursos humanos, medicamentos, equipamiento, infraestructura...). Asimismo, el personal cuenta con las habilidades necesarias para desarrollar sus funciones.
- **Centrada en el paciente:** La asistencia se realiza teniendo en cuenta las preferencias y expectativas de los/as usuarios/as de ese servicio.
- **Equitativo:** Toda persona, sin importar su sexo, raza, etnia, clase social, etc. debe poder acceder al servicio si lo necesita.
- **Seguro:** El riesgo para los usuarios debe ser el mínimo posible.

## 2.2. ¿Cómo medimos la calidad asistencial? Indicadores de calidad

Con el fin de evaluar la calidad asistencial de una forma transparente y consistente a lo largo del tiempo, se utilizan los **indicadores**. Con estos indicadores intentamos medir de una forma lo más objetiva posible, las características del servicio o la unidad sanitaria en relación a las dimensiones descritas en la sección anterior.

Cualquier intervención tiene una secuencia lógica en la que se utilizan unos recursos (**estructura**) para realizar unas actividades (**proceso**) que tendrán una serie de consecuencias (**resultado**). Utilizando esta lógica, los indicadores los podemos dividir en distintos tipos:

- **Indicadores de estructura:** Miden si existen los recursos necesarios (infraestructura, equipamiento, suministros médicos, vehículos o personal) para ejecutar las distintas actividades
- **Indicadores de proceso:** Como se apuntó anteriormente, en cualquier intervención, son necesarias una serie de actividades intermedias para conseguir el resultado deseado.
- **Indicadores de resultado:** Por último, y como consecuencia de todas las acciones desarrolladas en un servicio o centro de salud, se van a producir una serie de resultados. A la hora de evaluar la calidad asistencial, estamos interesados en conocer hasta qué punto se han conseguido los resultados esperados.



Como norma general, cualquier indicador que se utilice para medir la calidad debe tener las siguientes características:

- **Específico:** Mide de forma fiable los cambios que nos interesan.
- **Medible:** Tenemos los recursos y capacidad necesarios para medir este indicador.
- **Alcanzable:** La meta establecida se puede conseguir en el tiempo propuesto y con las actividades identificadas.
- **Relevante:** Útil para la toma de decisiones.
- **Acotado en el tiempo.**

### 3. EL PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD

**M**ejorar la calidad de un servicio o de un centro de salud es un proceso continuo en el que se analiza la situación para identificar los problemas, se realizan una serie de actividades para corregir esos problemas y se vuelve a analizar la situación comenzando el proceso de nuevo.

El proceso de mejora de calidad incluye un conjunto de actividades que deberán ser realizadas en su mayor medida por el personal del propio centro sanitario con el apoyo y supervisión de agentes externos. Estas actividades van dirigidas a identificar cuáles son las necesidades de mejora, planificar e implementar acciones que modifiquen esa situación y, por último, monitorear que esos cambios se han producido.

Por tanto, debemos entender la mejoría de calidad de los centros de salud como:

- **Ejercicio dinámico en el que se realizan actividades coordinadas.**
- **Proceso interno de mejora. (NO impuesto)**
- **Una función propia del personal del centro sanitario. (NO de los responsables del MINSABS o del Hospital Distrital)**
- **Una medida de mejora y NO de control o fiscalización por parte de las autoridades sanitarias.**

#### 3.1. Creación del comité de mejora de calidad

Es fundamental que TODO el personal del centro esté involucrado en el proceso de mejora de calidad. Por tanto, un objetivo primordial de las primeras reuniones del comité de calidad del centro es conseguir que cada profesional se responsabilice del proceso y de los resultados del mismo.

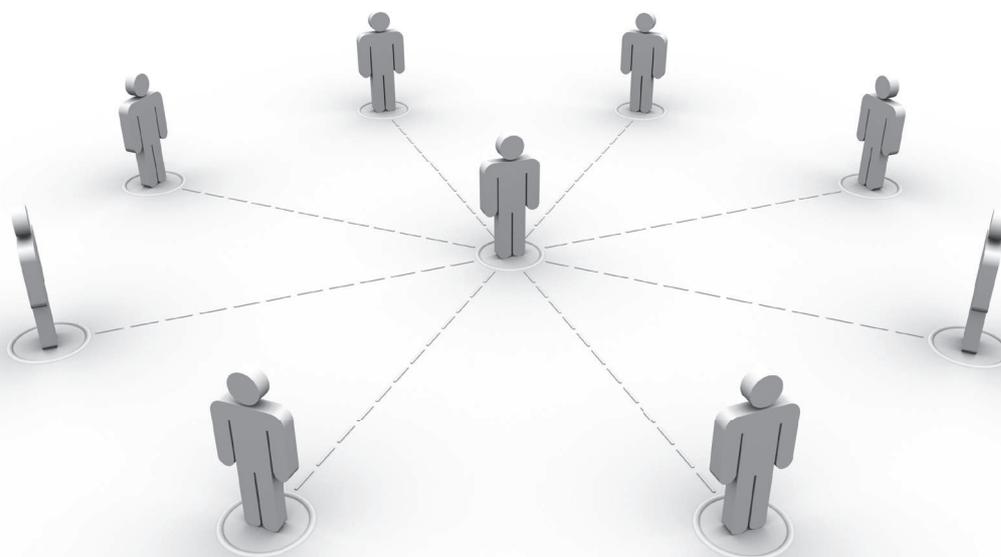
Cualquier estrategia de mejora de calidad que se quiera llevar a cabo en el centro sanitario va a requerir el esfuerzo y el compromiso de la mayor parte de los trabajadores/as. El comité de calidad debe adquirir un rol de dinamizador y moderador de todo el proceso y no ser el grupo de personas que realizan las actividades.



Para conseguir esto, algunos pasos recomendados son:

- 1. Presentación en el centro de salud del proceso de mejora de calidad, sus objetivos y fines. Es importante que en esta presentación quede claro que el proceso de mejora de calidad es algo que se debe realizar como grupo y que en responsabilidad de todos/as el conseguirlo. Asimismo, no se debe perder de vista que todo este proceso se realiza para mejorar la calidad asistencial y, por tanto, la persona que hace uso del centro de salud debe estar en el centro de todas las actividades.*
- 2. Elección del Comité de mejora de calidad en el centro de salud. El número de integrantes y sus responsabilidades va a depender enormemente de las características del centro de salud, el personal existente y la carga de trabajo de cada profesional.*
- 3. Iniciar el proceso de mejora de calidad durante esa primera reunión estableciendo un plan de acciones a corto plazo. Se aconseja comenzar por un análisis de la situación de algunos servicios/áreas (ver más adelante).*

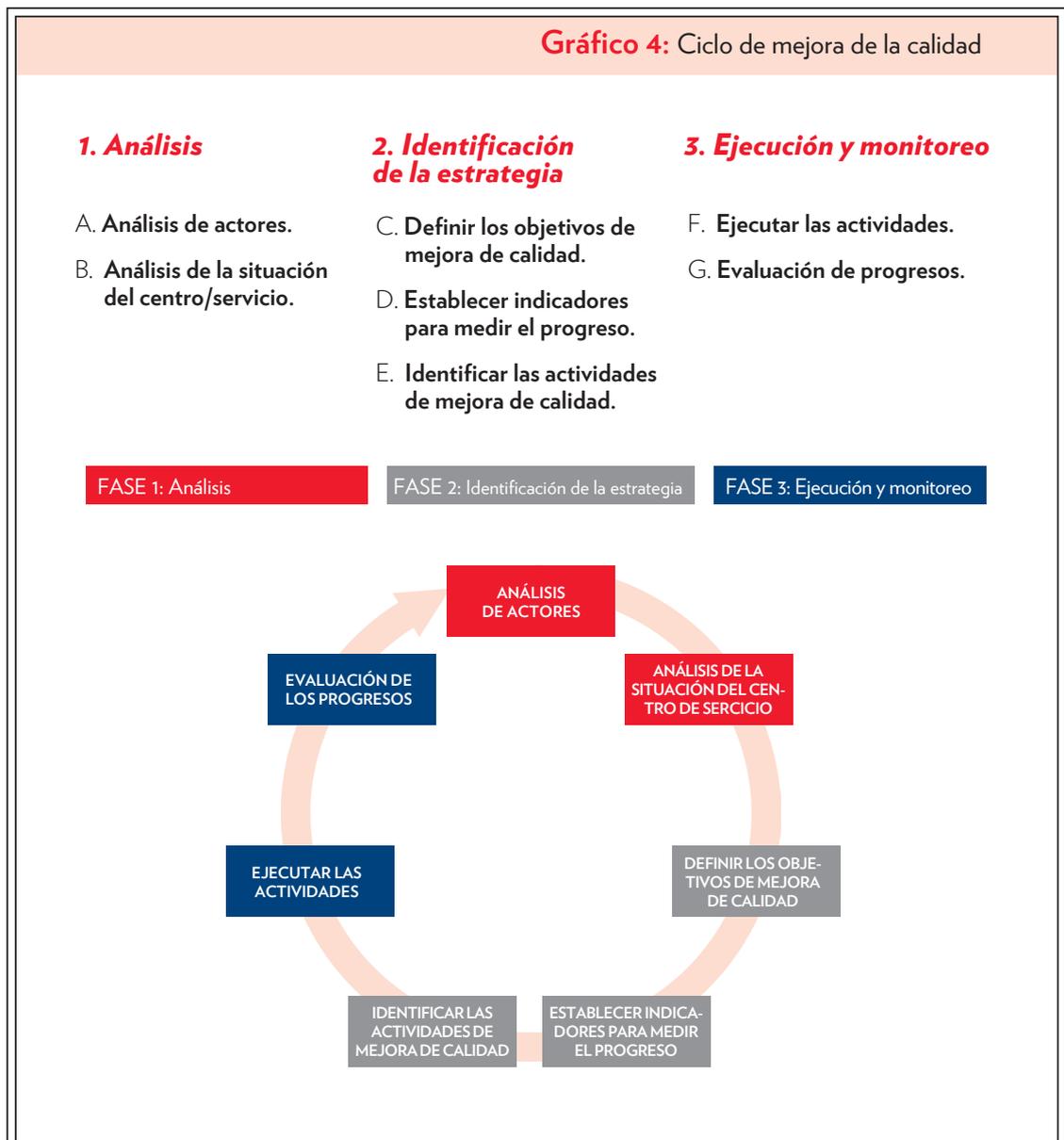
Por último, es importante que los comités de los distintos centros de salud se reúnan para unificar el desempeño, establecer metas comunes o planificar los siguientes pasos a seguir. En estas reuniones se puede valorar la elección de un grupo de personas que se encargarán de coordinar la labor de los distintos comités y de realizar supervisiones entre centros.



### 3.2. El ciclo de mejora de calidad

Una vez se ha formado el comité de calidad del centro de salud, se inicia el ciclo de la mejora de calidad propiamente dicho. Como su nombre indica es un ciclo y, por tanto, nunca acaba. La asistencia en salud debe tender a la excelencia de forma progresiva y escalonada. Asimismo, es importante tener en cuenta que el proceso no es tan rápido como a todos nos gustaría, siendo mejor dar pequeños pasos pero firmes que grandes mejoras que no se van a mantener en el tiempo.

La mejora de la calidad asistencial supone analizar la situación de un centro o servicio, identificar qué aspectos pueden ser mejorados, realizar los cambios oportunos y evaluar si hemos conseguido los resultados esperados con esos cambios. Este proceso se suele representar en 3 fases con 7 “escalones” en total:



## A. Análisis de actores

El primer paso consiste en analizar quien debe estar involucrado en cada fase del ciclo de mejora de la calidad asistencial. Asimismo, es fundamental identificar quien va a formar parte del proceso de toma de decisión sobre los cambios que se deben realizar en el centro o servicio.

Es evidente que el personal del centro debe estar representado en la toma de decisiones, pero hay otros actores que también deben tenerse en cuenta como son los usuarios/as del centro, los/as representantes de los comités de barrio o las autoridades civiles. Es interesante realizar periódicamente un mapa de actores que permita identificar todos los posibles grupos o personas que deben ser involucrados.

## B. Análisis de la situación del centro/servicio

Este es un ejercicio crucial en el proceso de mejora de calidad y debe dedicarse el tiempo necesario para realizarlo. El alcance del análisis va a depender principalmente de la capacidad y tiempo disponible del personal involucrado en el proceso de mejora de calidad.

Existen diversas herramientas para realizar un análisis de la situación de los servicios. En este manual nos centramos en tres de ellas:

- 1. *Análisis de los indicadores nacionales de la estrategia de APS: el centro de salud, como parte de la red sanitaria del país, debe cumplir con una serie de metas nacionales y distritales. Estas metas se pueden encontrar en los distintos protocolos de actuación bien por enfermedades (paludismo o VIH) o por grupos de población o aparatos (AIEPI o salud reproductiva).***
- 2. *Estudio de la calidad asistencial realizado en los centros de salud apoyados por FRS (2012)***
- 3. *Herramientas específicas creadas con este manual (Anexo 1).***

Tanto los resultados del estudio descrito en el Cuadro 1 (página siguiente) como los cuestionarios utilizados para recoger los datos o la metodología aplicada, pueden ser utilizados en esta fase para analizar la situación de servicios o centros de salud.

Por otro lado, se han creado una serie de cuestionarios que pueden ser utilizados por el equipo de mejora de la calidad del centro de salud en esta fase de análisis. Se ha creado un cuestionario por cada servicio asistencial y gerencial del centro (ver más adelante explicación detallada). En estos cuestionarios se definen unos criterios de calidad que recogen información sobre recursos disponibles, procesos y resultados generales. Aunque estos cuestionarios pueden ayudar al equipo de mejora de calidad a realizar un análisis inicial de la calidad asistencial de los distintos servicios, conforme el proceso de mejora de calidad se desarrolle, los criterios de calidad deberán cambiarse y adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes y del centro.

## **CUADRO 1. ESTUDIO ASISTENCIAL EN CENTROS DE SALUD (2012)**

Se analizaron 5 áreas o componentes en 7 centros de salud apoyados por FRS.

### **AREA 1. Recursos disponibles en las unidades sanitarias**

- Recursos humanos
- Ptotocolos y guías para la consulta
- Infraestructura y mobiliario
- Medicación básica en la consulta

**AREA 2. Relación sanitario/paciente:** observada por una persona externa en el desarrollo de la consulta a 5 pacientes en los servicios de:

- Consulta general
- Control prenatal
- Control del niño sano y vacunación

**AREA 3. Análisis de los registros** de enfermedades prevalentes en la consulta general para estimar algunos indicadores de desempeño de los profesionales.

**AREA 4. Observación directa del manejo del paciente.** Control prenatal, control del niño sano y vacunación: cumplimiento de los criterios de calidad observada en el desarrollo de la consulta a 5 pacientes de servicio.

**AREA 5. Entrevista a dos pacientes** de cada servicio (consulta general, CPN y vacunación) para analizar la información sobre su proceso, tratamiento y pronóstico. Se ha explorado la información con la que cuenta el paciente al salir de cada consulta.

Al final de esta fase se habrá establecido una robusta línea de base que permita planificar la estrategia de mejora de calidad y evaluar los progresos realizados. Se debe poder responder a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cuáles son las deficiencias en eficacia del servicio?**
- 2. ¿Cuáles son las deficiencias en eficiencia del servicio?**
- 3. ¿Cuáles son las deficiencias en accesibilidad del servicio?**
- 4. ¿Cuáles son las deficiencias en aceptabilidad cultural del servicio?**
- 5. ¿Cuáles son las deficiencias en equidad del servicio?**
- 6. ¿Cuáles son las deficiencias en seguridad para los pacientes del servicio?**

## **C. Definir los objetivos de mejora de calidad**

Una vez la situación del centro es conocida en sus diferentes áreas, llega el momento de decidir como grupo qué objetivos de mejora de calidad se van a establecer para el siguiente periodo (normalmente siguientes 3 a 6 meses). Es posible que en el momento del análisis se identifiquen varios problemas, pero es fundamental en esta fase establecer objetivos realistas y que puedan ser conseguidos en el tiempo establecido. Asimismo, es conveniente que el centro, como unidad autónoma, defina los objetivos de mejora de calidad en base a sus propios recursos, sin contar con hipotéticas ayudas externas. En resumen, los objetivos deben ser realistas y realizables.

Por otro lado, los objetivos de mejora de calidad deben nacer del análisis de situación realizado y del consenso de todos los participantes.

## **D. Establecer indicadores para medir el progreso**

Una vez se han definido los objetivos de calidad a conseguir, es el momento de identificar los indicadores que nos van a permitir medir si estamos consiguiendo esos objetivos. Siempre que se pueda, se deben utilizar indicadores estandarizados que permitan comparar con otras unidades sanitarias y en el tiempo. Para esto son muy útiles los indicadores de los programas nacionales o las estrategias distritales, ya que deben ser medidos en todos los centros de forma rutinaria.

## **E. Identificación de las actividades de mejora de calidad**

Una vez se saben los objetivos que se quieren conseguir, hay que planificar las actividades que se quieren realizar para conseguir esos objetivos que se medirán con los indicadores propuestos. Las actividades son acciones concretas con responsable claro y resultados esperados específicos.

## **F. Ejecución de actividades de mejora.**

Todas las fases anteriores tienen como objetivo identificar una serie de actividades que pueden mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. No sirve de nada si al final del proceso de análisis e identificación de objetivos, las actividades se realizan parcialmente o no se realizan. Es, por tanto, la fase en la que realmente se van a producir los cambios y en la que el trabajo en equipo y la apropiación van a ser determinantes.

## **G. Monitoreo**

Como se ha comentado en párrafos anteriores, el ciclo de mejora de la calidad asistencial es continuo, por lo que se debe medir los resultados obtenidos en un tiempo determinado para comenzar un nuevo ciclo de la mejora en nuestros centros sanitarios.

## 4. HERRAMIENTAS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD

Las herramientas recogidas en el presente manual se han creado utilizando tanto estándares internacionales como documentos creados en países con características similares a Guinea Ecuatorial. No deben entenderse como documentos estáticos, sino que han de adaptarse a las necesidades y situación de cada centro de salud.

Las fuentes de datos utilizadas para cumplimentar estas herramientas (u otras que puedan identificarse por parte de los equipos de mejora de calidad) son:

- 1. Revisión de registros y estadísticas:** Útiles para valorar cómo el personal introduce los datos y valorar la actividad realizada según los datos registrados. Esto permite reconocer errores en la introducción de los datos así como identificar problemas de salud y del propio servicio evaluado.
- 2. Observación directa:** Es el mejor método para evaluar un proceso o procedimiento sanitario, siempre y cuando se respeta la intimidad y confidencialidad sanitario-paciente.
- 3. Combinación de cuestiones en diferentes escenarios:** Para evaluar el nivel de conocimientos que posee el personal.

Entre los elementos que son necesarios para medir la calidad asistencial de los servicios de salud podemos destacar:

### 4.1. Informe trimestral de calidad

Este documento permite recoger un resumen de los principales problemas encontrados y las actividades de mejora de calidad que se pusieron en marcha para solucionarlo. También puede usarse a modo de reporte de las acciones de calidad a otras instancias (Distrito) o a otros centros de salud.

### 4.2. Equipo de mejora de calidad

Acta en la que quedan definidos los/as integrantes del equipo de mejora de calidad.

### 4.3. Calendario anual de actividades de mejora

Este documento tiene como objetivo planificar las actividades de calidad a lo largo del año, permitiendo un seguimiento exhaustivo del proceso.

#### 4.4. Ficha general de la unidad sanitaria

Esta ficha ofrece un resumen de la situación del centro sanitario y de su progreso a lo largo del año. Este documento sirve tanto al equipo de mejora de calidad del centro como a un equipo externo que quiere hacer seguimiento de la unidad.

#### 4.5. Análisis de situación de la unidad sanitaria

Documento que debe ser utilizado para realizar el análisis de la situación del centro de salud (Fase 2 del proceso de mejora de calidad). Está distribuido por áreas del centro de salud e identifica criterios utilizados en el análisis de calidad en distintos países. Por supuesto, estos criterios son dinámicos y pueden variar en función de las necesidades del centro o conforme se vayan consiguiendo metas. Es decir, puede ser que en el momento actual sea importante que uno de los criterios sea que la sala de espera tenga un techo, pero una vez el techo esté construido y se haya mejorado esta situación, el criterio pierde su valor y deberá ser cambiado por otro.



La primera parte del documento es el resumen de cada una de las secciones y deberá ser completada con los resultados del análisis de cada área. El criterio de valoración para cada pregunta va en función de las sub-preguntas que la conforman. Por ejemplo:

| <b>203</b>                                                                   | <b>¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?</b>                               | SI | PARC | NO |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>203 A</b>                                                                 | Indique las reuniones mensuales de Consejo Directivo de la Unidad realizadas desde el inicio del año (Indique el número) |    |      |    |
| Nº de reuniones realizadas con acta                                          |                                                                                                                          |    |      |    |
| Nº de reuniones realizadas sin acta                                          |                                                                                                                          |    |      |    |
| Nº total de reuniones mensuales que deberían haberse realizado en el periodo |                                                                                                                          |    |      |    |
| <b>203 B</b>                                                                 | ¿Existe un horario definido para los distintos servicios? (Marque con una X)                                             |    |      |    |
| Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales                     |                                                                                                                          |    |      |    |
| Si pero es difícil para los profesionales consultarlo                        |                                                                                                                          |    |      |    |
| No hay un horario por escrito                                                |                                                                                                                          |    |      |    |
| <b>203 C</b>                                                                 | ¿Existe plan en el que se defina el puesto que ocupa cada profesional diariamente? (Marque con una X)                    |    |      |    |
| Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales                     |                                                                                                                          |    |      |    |
| Si pero es difícil para los profesionales consultarlo                        |                                                                                                                          |    |      |    |
| No hay un plan por escrito                                                   |                                                                                                                          |    |      |    |

Para poder decir que SI existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad, las respuestas a las tres preguntas siguientes (*se hacen reuniones de consejo directivo, existe un horario definido, existe un plan diario de organización del personal*) deben ser positivas. Si se cumple alguna pero no todas se considerarán que está PARCIALMENTE conseguido y si se cumplen menos de un 25% de los criterios, se considerará que NO se cumple el criterio de calidad general.

No es necesario que se haga un análisis de la calidad de todas las áreas a la vez, ya que puede suponer un tiempo considerable para el profesional que lo haga. Por el contrario, se puede hacer el análisis de situación por áreas de una forma progresiva y al final del proceso presentar todos los resultados en una reunión para poder identificar oportunidades de mejora prioritarias. Sí que es aconsejable que se haga un análisis de cada área del centro de salud al menos una vez cada 6 meses.

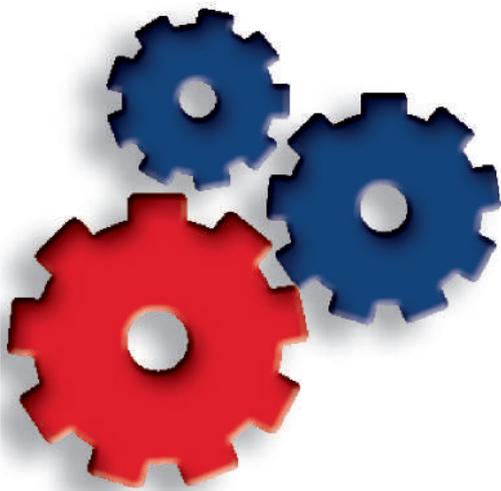
#### 4.6. Identificación de objetivos de calidad

Este documento recoge los acuerdos de acción para mejorar la calidad de un determinado servicio. Está dividido en función de las distintas dimensiones de calidad y debería ser el resultado del consenso de todos los participantes en el proceso de mejora de calidad. Para cada dimensión a mejorar, se deben describir claramente los problemas identificados (Fase 2-3), definir unos objetivos de mejora de calidad (Fase 4) e identificar unas actividades para conseguirlos (Fase 5).





# ANEXOS



**HERRAMIENTAS**  
de mejora de calidad

el **paciente** en el centro de las decisiones



## ANEXO 1. INFORME TRIMESTRAL DE CALIDAD

|               |  |                    |  |
|---------------|--|--------------------|--|
| <b>CENTRO</b> |  | <b>RESPONSABLE</b> |  |
| <b>FECHA</b>  |  | <b>FIRMA</b>       |  |

| <b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b> | <b>INTERVENCIONES REALIZADAS</b> |
|--------------------------------|----------------------------------|
| CARACTERÍSTICAS GENERALES      |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
| DIRECCIÓN                      |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
| ADMINISTRACIÓN                 |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
| SIS                            |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
| CONSULTA EXTERNA               |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
| SALUD REPRODUCTIVA             |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |
|                                |                                  |

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS   | INTERVENCIONES REALIZADAS |
|---------------------------|---------------------------|
| PAV                       |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
| PARTICIPACIÓN COMUNITARIA |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
| CONTROL DE INFECCIONES    |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
| OTROS                     |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |
|                           |                           |

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo. **Responsable del Centro de Salud**

## ANEXO 2. EQUIPO DE MEJORA DE CALIDAD

**CENTRO DE  
SALUD**

**FECHA**

Integrantes del equipo de mejoría de calidad del centro de salud:

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| RESPONSABLE DEL EQUIPO                              |  |
| ÁREA DE VACUNACIÓN Y ATENCIÓN AL NIÑO               |  |
| ÁREA DE SALUD REPRODUCTIVA                          |  |
| ÁREA DE CONSULTA GENERAL Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS |  |
| ÁREA DE SERVICIOS GENERALES                         |  |
| ÁREA...                                             |  |
| ÁREA...                                             |  |
| ÁREA...                                             |  |







## ANEXO 4. FICHA GENERAL DE LA UNIDAD SANITARIA

Esta ficha ofrece un resumen de la situación del centro sanitario y de su progresión a lo largo del año. Este documento sirve tanto al equipo de mejora de calidad del centro como a un equipo externo que quiera hacer seguimiento de la unidad.

### 001. NOMBRE DE LA UNIDAD SANITARIA:

### 002. DISTRITO:

### 003. PROVINCIA:

### 004. TELÉFONO:

### 005. TIPO DE UNIDAD SANITARIA

- HOSPITAL REGIONAL
- HOSPITAL PROVINCIAL
- HOSPITAL DISTRITAL
- CENTRO DE SALUD
- CONSULTORIO
- PUESTO DE SALUD

### 006. PROPIEDAD

- US PÚBLICA
- US PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO
- US PRIVADA CON ÁNIMO DE LUCRO

### 007. PERFIL POBLACIONAL

|                          | RURAL | URBANO |
|--------------------------|-------|--------|
| POBLACIÓN TOTAL          |       |        |
| NIÑOS 0 A 11 MESES (4%)  |       |        |
| NIÑOS 0 A 4 AÑOS (11%)   |       |        |
| EMBARAZADAS (5%)         |       |        |
| PARTOS (4,5%)            |       |        |
| MUJERES 15-49 AÑOS (24%) |       |        |

### 008. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA UNIDAD SANITARIA

- ELECTRICIDAD
- POZO O MANANTIAL PROTEGIDO
- ALJIBE
- CANALIZACIÓN DE AGUA DE LA CIUDAD
- SISTEMA DE SANEAMIENTO ADECUADO
- VENTILACIÓN ADECUADA
- LIMPIEZA ADECUADA
- TIENE TRANSPORTE PARA TRASLADO DE EMERGENCIAS
- TIENE TRANSPORTE PARA TRABAJO COMUNITARIO

## PUNTUACIÓN GLOBAL DE LA SUPERVISIÓN

|                                                   | TRIMESTRE 1 | TRIMESTRE 2 | TRIMESTRE 3 | TRIMESTRE 4 | FINAL |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| <b>SECCIÓN 1:</b><br>CARACTERÍSTICAS<br>GENERALES |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 2:</b><br>DIRECCIÓN                    |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 3:</b><br>ADMINISTRACIÓN               |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 4:</b><br>SIS                          |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 5:</b><br>CONSULTA<br>EXTERNA          |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 6:</b><br>SALUD<br>REPRODUCTIVA        |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 7:</b><br>PAV                          |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 8:</b><br>PARTICIPACIÓN<br>COMUNITARIA |             |             |             |             |       |
| <b>SECCIÓN 9:</b><br>CONTROL DE<br>INFECCIONES    |             |             |             |             |       |
| <b>TOTAL</b>                                      |             |             |             |             |       |





## ANEXO 5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA UNIDAD SANITARIA

**RESPONSABLE**

**FECHA DEL ANÁLISIS**

### SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

**101**

¿Tiene la unidad sanitaria una infraestructura física adecuada?

**102**

¿Tiene la unidad sanitaria la cartera de servicios que le corresponde?

**103**

¿El personal de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?

**104**

¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH?

SI: 10 PUNTOS | PARCIALMENTE: 5 PUNTOS | NO: 0 PUNTOS

PUNTUACIÓN  
MEDIA

### COMENTARIOS/ACUERDOS

### SECCIÓN 2: DIRECCIÓN

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

**201**

¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?

**202**

¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?

**203**

¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?

**204**

¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?

SI: 10 PUNTOS | PARCIALMENTE: 5 PUNTOS | NO: 0 PUNTOS

PUNTUACIÓN  
MEDIA

### COMENTARIOS/ACUERDOS

| SECCIÓN 3:<br>ADMINISTRACIÓN                          |                                                                                        | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>301</b>                                            | ¿Se realiza una gestión de los fondos adecuada?                                        |                     |            |
| <b>302</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los recursos materiales de la unidad sanitaria?    |                     |            |
| <b>303</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los medicamentos en esta unidad sanitaria?         |                     |            |
| <b>304</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los medios de transporte en esta unidad sanitaria? |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                        | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                        |                     |            |

| SECCIÓN 4:<br>SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA        |                                                                                  | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>401</b>                                            | ¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?      |                     |            |
| <b>402</b>                                            | ¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?    |                     |            |
| <b>403</b>                                            | ¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS? |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                  | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                  |                     |            |

| SECCIÓN 5:<br>CONSULTA EXTERNA                        |                                                                                    | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>501</b>                                            | ¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas? |                     |            |
| <b>502</b>                                            | ¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?                |                     |            |
| <b>503</b>                                            | ¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?                    |                     |            |
| <b>504</b>                                            | ¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?      |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                    | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                    |                     |            |

| SECCIÓN 6:<br>SALUD REPRODUCTIVA                      |                                                                                       | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>601</b>                                            | ¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas? |                     |            |
| <b>602</b>                                            | ¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?         |                     |            |
| <b>603</b>                                            | ¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?                             |                     |            |
| <b>604</b>                                            | ¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?               |                     |            |
| <b>605</b>                                            | ¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?                      |                     |            |
| <b>606</b>                                            | ¿Cuenta la unidad con una consulta de planificación familiar (PF) adecuada?           |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                       | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                       |                     |            |

| SECCIÓN 7:<br>PROGRAMA AMPLIADO DE VACUNACIÓN (PAV)   |                                                                          | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>701</b>                                            | ¿La sala donde se realiza la vacunación reúne las condiciones adecuadas? |                     |            |
| <b>702</b>                                            | ¿Se realiza una vacunación adecuada?                                     |                     |            |
| <b>703</b>                                            | ¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?                        |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                          | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                          |                     |            |

| SECCIÓN 8:<br>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA               |                                                                                                                               | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>801</b>                                            | ¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud? |                     |            |
| <b>802</b>                                            | ¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?                                                                         |                     |            |
| <b>803</b>                                            | ¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?                   |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                                                               | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                                                               |                     |            |

| SECCIÓN 9:<br>CONTROL DE INFECCIONES                  |                                                                              | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>901</b>                                            | ¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad? |                     |            |
| <b>902</b>                                            | ¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?                   |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                              | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                              |                     |            |

## SECCIÓN 1 | Anexo 5

### CARACTERÍSTICAS GENERALES

| 101                                                                                                            | ¿Tiene la unidad sanitaria una INFRAESTRUCTURA física adecuada?                             | SI | PARC | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 101 A                                                                                                          | Indique qué características tiene la SALA DE ESPERA de la unidad sanitaria                  |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Sala cubierta con techo y paredes con ventanas                                        |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Sala cubierta con techo y paredes sin ventanas                                        |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Sala con techo pero sin paredes                                                       |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Sala al aire libre                                                                    |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Con sillas para los pacientes                                                         |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Sin sillas para los pacientes                                                         |                                                                                             |    |      |    |
| 101 B                                                                                                          | ¿Tienen puertas y ventanas las zonas de consulta y laboratorio de la unidad sanitaria?      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si, todas                                                                             |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Algunas                                                                               |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Ninguna                                                                               |                                                                                             |    |      |    |
| 101 C                                                                                                          | ¿Tiene la unidad sanitaria los recursos generales necesarios?                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Teléfono fijo de la unidad                             |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Teléfono móvil de la unidad                            |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Radio                                                  |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Internet                                               |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ordenador                                              |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Electricidad 24 horas                                  |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Electricidad en horario de consulta y para emergencias |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Electricidad con horario indeterminado                 |                                                                                             |    |      |    |
| 101 D                                                                                                          | ¿Existen barreras arquitectónicas que dificultan el acceso de los pacientes discapacitados? |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                    |                                                                                             |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                    |                                                                                             |    |      |    |

| 102               | ¿Tiene la unidad sanitaria la <b>CARTERA DE SERVICIOS</b> que le corresponde en función del nivel asistencial y las características de la zona? |                 |                                    | SI                            | PARC | NO |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-------------------------------|------|----|
| 102 A             | Indique el número de consultas/salas, número de días y las horas que se encuentra abierto cada servicio                                         |                 |                                    |                               |      |    |
| Nº Salas abiertas | Nº días a la semana                                                                                                                             | Nº horas al día | Cartera de Servicios               | Total horas semanales abierta |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Consulta de adultos                |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Consulta pediátrica                |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Consulta niño sano                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Consulta de pacientes crónicos     |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Visitas domiciliarias de pacientes |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Vacunación                         |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Consulta prenatal                  |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Paritorio                          |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Hospitalización                    |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Farmacia                           |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Laboratorio                        |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Radiología                         |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |
|                   |                                                                                                                                                 |                 | Otro (especificar)                 |                               |      |    |

Recoger solo los que deban estar presentes en función del nivel asistencial

**102 B**

Indica si se han ofertado los siguientes servicios en el último mes

**SALUD REPRODUCTIVA** SI  NO Control prenatal SI  NO Realización de parto normal SI  NO Consulta postparto SI  NO Consulta de planificación familiar**ASISTENCIA AL NIÑO SANO** SI  NO Vacunación a niños menores de 5 años SI  NO Administración de Vitamina A a niños de 6 a 59 meses SI  NO Salud escolar**MANEJO Y TRATAMIENTO DE DETERMINADAS ENFERMEDADES** SI  NO Diagnóstico y tratamiento antipalúdico SI  NO Diagnóstico y tratamiento de ITS SI  NO Seguimiento y tratamiento de hipertensos SI  NO Seguimiento y tratamiento de diabéticos SI  NO Seguimiento y tratamiento de personas con una enfermedad mental SI  NO Abordaje integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) SI  NO Consejería y diagnóstico de confirmación de VIH SI  NO Seguimiento y tratamiento de personas que viven con VIH SI  NO Prevención de la transmisión Madre-Hijo (PTMH) SI  NO Diagnóstico y tratamiento antituberculoso**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** SI  NO Actividades de promoción de la salud en la comunidad SI  NO Despistaje de enfermedades crónicas SI  NO Actividades de sensibilización para la prevención

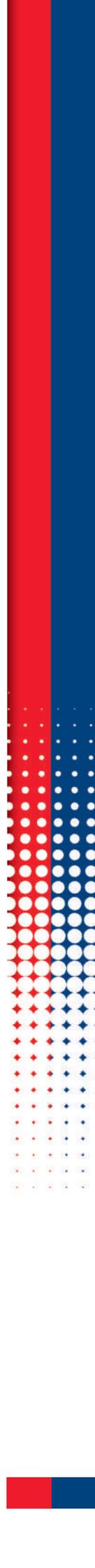
| <b>103</b>       | <b>¿El personal de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?</b>                                                                   |                                        | SI                   | PARC | NO |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|------|----|
| <b>103 A</b>     | Indique el número de profesionales que deben estar en la unidad sanitaria ("asignados") y el que realmente se encuentra en la unidad ("presentes") |                                        |                      |      |    |
| <b>Asignados</b> | <b>Presentes</b>                                                                                                                                   | <b>Profesionales</b>                   | <b>% de ausentes</b> |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de médicos                          |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de matronas                         |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de ATS/enfermero/a                  |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de auxiliares de enfermería         |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de auxiliares de vacunación         |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de auxiliares de salud reproductiva |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de técnicos de laboratorio          |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de agentes de saneamiento ambiental |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de consejeros de VIH titulados      |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de Gerentes/Administradores/as      |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de Trabajadores/as sociales         |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de Administrativos/as               |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Nº de Mozos de limpieza                |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Otro (especificar)                     |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | Otro (especificar)                     |                      |      |    |
|                  |                                                                                                                                                    | <b>TOTAL</b>                           |                      |      |    |

| <b>104</b>   | <b>¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH de la unidad?</b> |  | SI | PARC | NO |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----|------|----|
| <b>104 A</b> | ¿Existe un libro de control de la asistencia?                                           |  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Sí, está relleno correctamente el día de la supervisión        |  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Sí pero no está relleno el día de la supervisión               |  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Sí pero no lo puedo ver                                        |  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No existe                                                      |  |    |      |    |

|              |                                                                                                     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>104 B</b> | Indique cuál de los siguientes mecanismos dirigidos a motivar al personal están presentes           |
|              | <input type="checkbox"/> Descripción de cada puesto                                                 |
|              | <input type="checkbox"/> Sistemas de rotación de los profesionales                                  |
|              | <input type="checkbox"/> Planes de 3 continua                                                       |
|              | <input type="checkbox"/> Plan de promoción interna                                                  |
|              | <input type="checkbox"/> Vivienda para el personal                                                  |
|              | <input type="checkbox"/> Incentivo económico                                                        |
| <b>104 C</b> | ¿Tiene la unidad sanitaria los siguientes materiales de consulta?                                   |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Guía de vacunación                          |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Manual de normas de paludismo               |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Manual de normas de VIH                     |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Manual de normas AIEPI                      |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Manual de normal TBC                        |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Manual de normas de CPN, parto y post parto |
|              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Guías terapéuticas                          |

| <b>PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 1</b>                     |                                                                           | <b>RESPUESTA</b>        | <b>PUNTUACIÓN</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| <b>101</b>                                            | ¿Tiene la unidad sanitaria una INFRAESTRUCTURA física adecuada?           |                         |                   |
| <b>102</b>                                            | ¿Tiene la unidad sanitaria la CARTERA DE SERVICIOS que le corresponde?    |                         |                   |
| <b>103</b>                                            | ¿El PERSONAL de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria? |                         |                   |
| <b>104</b>                                            | ¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH?       |                         |                   |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                           | <b>PUNTUACIÓN MEDIA</b> |                   |

### COMENTARIOS/ACUERDOS



## SECCIÓN 2 | Anexo 5

### DIRECCIÓN

| 201                                                                                                               | ¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?                                                    | SI | PARC | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 201 A                                                                                                             | ¿Tiene la unidad un plan de acción para el año en curso?                                                      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si, nos presenta una copia por escrito                                                   |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no tiene una copia accesible                                                     |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No tiene plan operacional                                                                |                                                                                                               |    |      |    |
| 201 B                                                                                                             | ¿Están contempladas en el plan operacional actividades curativas, preventivas de promoción y rehabilitadoras? |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| 201 C                                                                                                             | ¿Existe un cronograma de ese plan operacional?                                                                |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| 201 D                                                                                                             | Indique cuál de los siguientes participó en la elaboración del plan operacional                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Personal sanitario de la unidad sanitaria                 |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Personal sanitario de los niveles inferiores y superiores |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autoridades civiles                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Representantes de medicina tradicional                    |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Equipo Distrital de Salud                                 |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Representantes de ONGs y organizaciones civiles           |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Comité de salud comunitario                               |                                                                                                               |    |      |    |
| 201 E                                                                                                             | ¿Están contempladas en el plan las poblaciones sanitariamente vulnerables de forma específica?                |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                       |                                                                                                               |    |      |    |

| 202                                                                                                               | <b>¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?</b>                                           | SI | PARC | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 202 A                                                                                                             | ¿Se revisa periódicamente el desarrollo del plan en reuniones específicas para ello?                    |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si, nos presenta el último informe de seguimiento                                        |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no realizan informe                                                              |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No hacen seguimiento                                                                     |                                                                                                         |    |      |    |
| 202 B                                                                                                             | ¿Se analiza el gasto realizado hasta la fecha y se compara con el presupuestado para ese mismo periodo? |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                       |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                                                       |                                                                                                         |    |      |    |
| 202 C                                                                                                             | Indique cuál de los siguientes participan en las reuniones de seguimiento del plan operacional          |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Personal sanitario de la unidad sanitaria                 |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Personal sanitario de los niveles inferiores y superiores |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autoridades civiles                                       |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Representantes de medicina tradicional                    |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Equipo Distrital de Salud                                 |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Representantes de ONGs y organizaciones civiles           |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Comité de salud comunitario                               |                                                                                                         |    |      |    |

| 203                                                                                                   | <b>¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?</b>           | SI | PARC | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 203 A                                                                                                 | Indique las reuniones mensuales de Consejo Directivo de la Unidad realizadas desde el inicio del año |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> N° de reuniones realizadas con acta                                          |                                                                                                      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> N° de reuniones realizadas sin acta                                          |                                                                                                      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> N° total de reuniones mensuales que deberían haberse realizado en el periodo |                                                                                                      |    |      |    |

|              |                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>203 B</b> | ¿Existe un horario definido para los distintos servicios?                          |
|              | <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales  |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero es difícil para los profesionales consultarlo     |
|              | <input type="checkbox"/> No hay un horario por escrito                             |
| <b>203 C</b> | ¿Existe plan en el que se defina el puesto que ocupa cada profesional diariamente? |
|              | <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales  |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero es difícil para los profesionales consultarlo     |
|              | <input type="checkbox"/> No hay un plan por escrito                                |

| <b>204</b>   | <b>¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?</b>                           | <b>SI</b> | <b>PARC</b> | <b>NO</b> |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|
| <b>204 A</b> | ¿Está la cartera de servicios de la unidad visible en un sitio transitado accesible a los usuarios? |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                         |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                         |           |             |           |
| <b>204 B</b> | ¿Están expuestos al público los precios?                                                            |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible a todos los profesionales                   |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero es difícil para los usuarios consultarlo                           |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> No están expuestos                                                         |           |             |           |
| <b>204 C</b> | ¿Cuál de los siguientes mecanismos de comunicación con los pacientes están funcionando?             |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Buzón de quejas / sugerencias                                              |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Reuniones periódicas con responsables comunitarios                         |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Realización de encuestas de satisfacción                                   |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                                                         |           |             |           |

| <b>PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 2</b>                     |                                                                                     | <b>RESPUESTA</b>        | <b>PUNTUACIÓN</b> |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| <b>201</b>                                            | ¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?                          |                         |                   |
| <b>202</b>                                            | ¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?                              |                         |                   |
| <b>203</b>                                            | ¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad? |                         |                   |
| <b>204</b>                                            | ¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?                  |                         |                   |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                     | <b>PUNTUACIÓN MEDIA</b> |                   |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                     |                         |                   |

## ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS HUMANOS

| 301   | ¿Se realiza una gestión de los FONDOS adecuada?                                                                               | SI | PARC | NO |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 301 A | ¿Existe un libro de contabilidad?                                                                                             |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Existe y se utiliza regularmente                                                                     |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Existe pero NO se utiliza regularmente                                                               |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No existe libro de contabilidad                                                                      |    |      |    |
| 301 B | ¿Está accesible en el momento de la supervisión la hoja de balance diario mensual?                                            |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si, está accesible y cumplimentada hasta el día anterior                                             |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Está accesible pero cumplimentada de forma parcial o errónea                                         |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No existe o no está accesible                                                                        |    |      |    |
| 301 C | En el caso de que exista un libro de contabilidad ¿coincide el valor anotado con los fondos existentes en la caja del centro? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                   |    |      |    |
| 301 D | ¿Están archivados, ordenados y accesibles los justificantes de cobro y gasto de la unidad sanitaria?                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                   |    |      |    |

| 302                                                                              | ¿Se realiza una gestión adecuada de los RECURSOS MATERIALES de la unidad sanitaria?                 | SI                               | PARC | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|----|
| 302 A                                                                            | ¿Están accesibles los albaranes y facturas de compra de los recursos adquiridos en el presente año? |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| 302 B                                                                            | ¿Existe un inventario actualizado de los recursos con los que cuenta la unidad sanitaria?           |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no está accesible el día de la supervisión      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> No se ha hecho inventario en el último año              |                                                                                                     |                                  |      |    |
| 302 C                                                                            | ¿El almacén del material cumple con las condiciones mínimas para todos los almacenes sanitarios?    |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| 302 D                                                                            | Las fichas de control de stock de 5 materiales elegidos previamente (trazadores)                    |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas correctamente y actualizadas       |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas correctamente pero desactualizadas |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas incorrectamente                    |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> No están cumplimentadas                                 |                                                                                                     |                                  |      |    |
| 302 E                                                                            | Indique el equipamiento que el día de la supervisión está averiado                                  |                                  |      |    |
| <b>Equipamiento</b>                                                              |                                                                                                     | <b>Tiempo que dura la avería</b> |      |    |
| <input type="checkbox"/> Microscopio                                             |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Nevera de vacunación                                    |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Ordenador                                               |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                                      |                                                                                                     |                                  |      |    |

| <b>303</b>                                                                       | <b>¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDICAMENTOS en esta unidad sanitaria?</b>                   | SI | PARC | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>303 A</b>                                                                     | ¿Cuenta la unidad con TODOS los medicamentos básicos para ese nivel asistencial?                        |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                      |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                         |    |      |    |
| <b>303 B</b>                                                                     | ¿El almacén de los medicamentos cumple con las condiciones mínimas para todos los almacenes sanitarios? |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no está accesible el día de la supervisión      |                                                                                                         |    |      |    |
| <b>302 C</b>                                                                     | ¿Está disponible la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME) en la unidad?                      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                      |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                         |    |      |    |
| <b>303 D</b>                                                                     | Las fichas de control de stock de 5 medicamentos elegidos previamente (trazadores)                      |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas correctamente y actualizadas       |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas correctamente pero desactualizadas |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Están cumplimentadas incorrectamente                    |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No están cumplimentadas                                 |                                                                                                         |    |      |    |
| <b>303 E</b>                                                                     | ¿Se aplica correctamente el plan FIFO para los 5 medicamentos elegidos previamente (trazadores)?        |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> Si                                                      |                                                                                                         |    |      |    |
| <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                         |    |      |    |

| <b>304</b>   | <b>¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDIOS DE TRANSPORTE en esta unidad sanitaria?</b> | SI | PARC | NO |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>304 A</b> | ¿Existe medio para trasladar a enfermos urgentes a otro nivel?                                |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                   |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                   |    |      |    |
| <b>304 B</b> | ¿Existe y está accesible un plan de mantenimiento del vehículo?                               |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si, está en un sitio accesible el día de la supervisión              |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero no está accesible el día de la supervisión                   |    |      |    |
| <b>304 C</b> | ¿Se cumplimenta regularmente y correctamente el libro del vehículo?                           |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                   |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                   |    |      |    |

| <b>Puntuación Total Sección 3</b>                     |                                                                                        | Respuesta               | Puntuación |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>301</b>                                            | ¿Se realiza una gestión de los FONDOS adecuada?                                        |                         |            |
| <b>302</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los RECURSOS MATERIALES de la unidad sanitaria?    |                         |            |
| <b>303</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDICAMENTOS en esta unidad sanitaria?         |                         |            |
| <b>304</b>                                            | ¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDIOS DE TRANSPORTE en esta unidad sanitaria? |                         |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                        | <b>Puntuación MEDIA</b> |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                        |                         |            |

## SECCIÓN 4 | Anexo 5

### SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

| 401   | ¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?                                                                   | SI | PARC | NO |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 401 A | ¿Existe en la unidad una persona responsable del SIS?                                                                                         |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                   |    |      |    |
| 401 B | ¿Están accesibles los últimos 12 informes mensuales de SIS para ese nivel asistencial (asistencial, act. Comunitaria, EDO, financiero...)?    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si, todos                                                                                                            |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si pero no están todos                                                                                               |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No están accesibles                                                                                                  |    |      |    |
| 401 C | ¿Se protege la intimidad de los pacientes impidiendo que los libros de consulta y de laboratorio puedan ser vistos por personal no sanitario? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                   |    |      |    |

| 402   | ¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?            | SI | PARC | NO |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 402 A | ¿Se realizan reuniones de análisis de la información sanitaria de la zona de influencia? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si, todos los meses                                             |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si, de forma periódica (mayor a mensual)                        |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Sí pero sin una planificación                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No se realizan                                                  |    |      |    |
| 402 B | ¿Quién participa en las reuniones de análisis de la información? (si se realizan)        |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Responsable de la unidad                                        |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Administrador/a                                                 |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Sanitarios                                                      |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Personal de servicios auxiliares                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Representantes de unidades sanitarias del área de influencia    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Parteras tradicionales                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Curanderos de la zona                                           |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Representantes de la comunidad                                  |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Otro (especificar)                                              |    |      |    |

|              |                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>402 C</b> | ¿Se realiza un informe periódico de feed-back con el análisis de la información del área de influencia? |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                             |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                             |

|              |                                                                                                    |           |             |           |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|
| <b>403</b>   | <b>¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS?</b>            | <b>SI</b> | <b>PARC</b> | <b>NO</b> |
| <b>403 A</b> | Indique cuál de los siguientes recursos están disponibles en el momento de la supervisión          |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Copias en blanco de los distintos informes mensuales                      |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Copias en blanco de las hojas diarias mensuales (hojas de cargo)          |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Ordenador con impresora para poder cumplimentar e imprimir los documentos |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Internet para enviar los informes                                         |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Teléfono para poder informar de EDO y epidemias                           |           |             |           |

| <b>PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 4</b>                     |                                                                                  | <b>RESPUESTA</b>        | <b>PUNTUACIÓN</b> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| <b>401</b>                                            | ¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?      |                         |                   |
| <b>402</b>                                            | ¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?    |                         |                   |
| <b>403</b>                                            | ¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS? |                         |                   |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                  | <b>PUNTUACIÓN MEDIA</b> |                   |

### COMENTARIOS/ACUERDOS

## SECCIÓN 5 | Anexo 5

### CONSULTA EXTERNA

| 501   | ¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas?                                                                                                       | SI | PARC | NO |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 501 A | ¿Cuál de los siguientes recursos se encuentran en el local el día de la supervisión?                                                                                                     |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Mesa y silla                                                                                                                                                    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Camilla                                                                                                                                                         |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Biombo                                                                                                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Termómetro                                                                                                                                                      |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Fonendoscopio                                                                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Guantes de latex                                                                                                                                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Depresores                                                                                                                                                      |    |      |    |
| 501 B | ¿Tiene el local agua para el lavado de manos en el momento de la supervisión?                                                                                                            |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si agua corriente                                                                                                                                               |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si palangana con agua                                                                                                                                           |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No hay agua                                                                                                                                                     |    |      |    |
| 501 C | Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de los pacientes impidiendo que sean vistos u oídos por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Ventanas con cortinas                                                                                                                                           |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Puertas con candado en el interior                                                                                                                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada                                                                                    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Biombo                                                                                                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Sábanas para tapar a los y las pacientes                                                                                                                        |    |      |    |

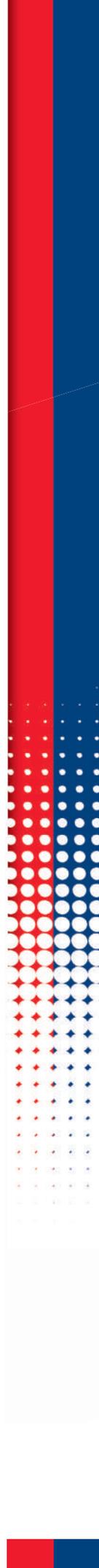
| 502   | ¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?           | SI | PARC | NO |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 502 A | ¿Saluda el sanitario al paciente al entrar en la consulta?                    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                   |    |      |    |
| 502 B | ¿Se cierra la puerta de la consulta antes de comenzar el proceso asistencial? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                   |    |      |    |

|              |                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>502 C</b> | ¿Invita el sanitario a sentarse al paciente y/o al acompañante?                     |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                         |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                         |
| <b>502 D</b> | Durante el proceso de asistencia ¿pregunta el sanitario al paciente si tiene dudas? |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                         |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                         |
| <b>502 E</b> | ¿Explica el sanitario los cuidados que debe realizar el paciente en el domicilio?   |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                         |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                         |

| <b>503</b>   | <b>¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?</b>                                 | SI | PARC | NO |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>503 A</b> | ¿Se utiliza el libro de consulta oficial del MINSABS?                                                  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                            |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                            |    |      |    |
| <b>503 B</b> | ¿Existe un archivo de la información de pacientes crónicos con las historias individuales de cada uno? |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                            |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                            |    |      |    |

|                                                                                                                                     |                                                                                                             |    |      |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>504</b>                                                                                                                          | <b>¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?</b>                        | SI | PARC | NO |
| <b>504 A</b>                                                                                                                        | ¿Están accesibles el día de la supervisión los formularios de referencia y contrarreferencia?               |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Si                                                                                 |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No                                                                                 |    |      |    |
| <b>504 B</b>                                                                                                                        | ¿Está disponible en la consulta el protocolo de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles? |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Si                                                                                 |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No                                                                                 |    |      |    |
| <p><b>Analice la última referencia realizada.</b><br/> <b>Indique en cuál de los siguientes aspectos se cometió algún fallo</b></p> |                                                                                                             |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Indicación de la transferencia                                                     |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Cuidados de urgencia en la unidad sanitaria antes de ser transferido               |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Cumplimentación de la hoja de referencia y contrarreferencia                       |    |      |    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Seguimiento posterior                                                              |    |      |    |

| <b>PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 5</b>                     |                                                                                    | RESPUESTA               | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>501</b>                                            | ¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas? |                         |            |
| <b>502</b>                                            | ¿Se da un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?                |                         |            |
| <b>503</b>                                            | ¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?                    |                         |            |
| <b>504</b>                                            | ¿Se realiza correctamente la referencia y contrarreferencia de los pacientes?      |                         |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                    | <b>PUNTUACIÓN MEDIA</b> |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                    |                         |            |



## SECCIÓN 6 | Anexo 5

### SALUD REPRODUCTIVA

| 601   | ¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas?                                                                                                    | SI | PARC | NO |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 601 A | ¿Cuál de los siguientes recursos se encuentran en el local el día de la supervisión?                                                                                                     |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Mesa y silla                                                                                                                                                    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Camilla obstétrica                                                                                                                                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Termómetro                                                                                                                                                      |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Cinta métrica                                                                                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Estetoscopio de Pinaurd                                                                                                                                         |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Guantes de látex                                                                                                                                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Protocolo nacional de atención prenatal                                                                                                                         |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Libro de registro de embarazadas                                                                                                                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Fichas individuales de CPN                                                                                                                                      |    |      |    |
| 601 B | ¿Está disponible en la sala agua potable y Fansidar para realizar el TPI?                                                                                                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                                                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                              |    |      |    |
| 601 C | ¿Tiene el local agua para el lavado de manos en el momento de la supervisión?                                                                                                            |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si agua corriente                                                                                                                                               |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si palangana con agua                                                                                                                                           |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No hay agua                                                                                                                                                     |    |      |    |
| 601 D | Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de las pacientes impidiendo que sean vistos u oídos por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Ventanas con cortinas                                                                                                                                           |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Puertas con candado en el interior                                                                                                                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada                                                                                    |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Biombo                                                                                                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Sábanas para tapar a las pacientes                                                                                                                              |    |      |    |

|            |                                                                                      |                                                         |      |    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|----|
| <b>602</b> | <b>¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?</b> | SI                                                      | PARC | NO |
| 602 A      | ¿Saluda el sanitario a la paciente al entrar en la consulta?                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |      |    |
| 602 B      | ¿Se cierra la puerta de la consulta antes de comenzar el proceso asistencial?        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |      |    |
| 602 C      | ¿Invita el sanitario a sentarse a la paciente y/o al acompañante?                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |      |    |
| 602 D      | Durante el proceso asistencial ¿pregunta el sanitario a la paciente si tiene dudas?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |      |    |
| 602 E      | ¿Indica el sanitario la fecha de la siguiente consulta prenatal?                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |      |    |

|            |                                                                                                 |        |      |        |    |        |    |        |    |        |    |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| <b>603</b> | <b>¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?</b>                                | SI     | PARC |        |    |        |    |        |    |        |    |
| 603 A      | Observe la asistencia realizada a 5 mujeres y responda a las siguientes preguntas para cada una |        |      |        |    |        |    |        |    |        |    |
|            |                                                                                                 | CASO 1 |      | CASO 2 |    | CASO 3 |    | CASO 4 |    | CASO 5 |    |
|            |                                                                                                 | SI     | NO   | SI     | NO | SI     | NO | SI     | NO | SI     | NO |
|            | ¿Se explora la coloración conjuntival?                                                          |        |      |        |    |        |    |        |    |        |    |
|            | ¿Se exploran edemas en miembros inferiores?                                                     |        |      |        |    |        |    |        |    |        |    |
|            | ¿Se toma una medición de TA?                                                                    |        |      |        |    |        |    |        |    |        |    |

|            |                                                                                |                             |      |    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|----|
| <b>604</b> | <b>¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?</b> | SI                          | PARC | NO |
| 604 A      | ¿Existe una sala específica para la atención al parto?                         | <input type="checkbox"/> Si |      |    |
|            |                                                                                | <input type="checkbox"/> No |      |    |

|              |                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>604 B</b> | Indique cuál de los siguientes recursos están disponibles el día de la supervisión                                                                                                       |
|              | <input type="checkbox"/> Camilla obstétrica                                                                                                                                              |
|              | <input type="checkbox"/> Instrumental para parto normal (centro de salud) y complicado (Hospital Distrital)                                                                              |
|              | <input type="checkbox"/> Kit de parto                                                                                                                                                    |
|              | <input type="checkbox"/> Sábanas                                                                                                                                                         |
|              | <input type="checkbox"/> Sistema de veno punción y suero                                                                                                                                 |
|              | <input type="checkbox"/> Stock de urgencias obstétricas                                                                                                                                  |
|              | <input type="checkbox"/> Pesabebés                                                                                                                                                       |
|              | <input type="checkbox"/> Aspirador de secreciones                                                                                                                                        |
| <b>604 C</b> | Indique cuál de las siguientes medidas para proteger la intimidad de las pacientes impidiendo que sean vistas u oídas por personal no sanitario están presentes el día de la supervisión |
|              | <input type="checkbox"/> Ventanas con cortinas                                                                                                                                           |
|              | <input type="checkbox"/> Puertas con candado en el interior                                                                                                                              |
|              | <input type="checkbox"/> Localización de la camilla de exploración para no ser vista desde la entrada                                                                                    |
|              | <input type="checkbox"/> Biombo                                                                                                                                                          |
|              | <input type="checkbox"/> Sábanas para tapar a las pacientes                                                                                                                              |

| <b>605</b>   | <b>¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?</b>                       | <b>SI</b> | <b>PARC</b> | <b>NO</b> |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|
| <b>605 A</b> | Indique quién realiza los partos en esta unidad                                               |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Médico con formación específica en atención al parto                 |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Médico SIN formación específica en atención al parto                 |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Matrona                                                              |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Enfermero/a                                                          |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería con formación específica en atención al parto |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería sin formación específica en atención al parto |           |             |           |
|              | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)                                                   |           |             |           |

| 606   | ¿Cuenta la unidad con una consulta de Planificación Familiar (PF) adecuada?  | SI | PARC | NO |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 606 A | ¿Existe personal formado específicamente en PF?                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                  |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                  |    |      |    |
| 606 B | ¿Existen métodos anticonceptivos disponibles en el centro?                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                  |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                  |    |      |    |
| 606 C | ¿Existen herramientas de IEC (carteles, panfletos...) sobre PF en la unidad? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                  |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                  |    |      |    |

| PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 6                            |                                                                                       | RESPUESTA        | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| 601                                                   | ¿La sala donde se realiza la consulta prenatal (CPN) reúne las condiciones adecuadas? |                  |            |
| 602                                                   | ¿Se da un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?         |                  |            |
| 603                                                   | ¿Se ofrece una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?                             |                  |            |
| 604                                                   | ¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?               |                  |            |
| 605                                                   | ¿Los partos en la unidad son atendidos por el personal adecuado?                      |                  |            |
| 606                                                   | ¿Cuenta la unidad con una consulta de Planificación Familiar (PF) adecuada?           |                  |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                       | PUNTUACIÓN MEDIA |            |
| COMENTARIOS/ACUERDOS                                  |                                                                                       |                  |            |



| <b>703</b>   | <b>¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?</b>                                              | SI | PARC | NO |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>703 A</b> | ¿Está la nevera en funcionamiento?                                                                    |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                           |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                           |    |      |    |
| <b>703 B</b> | ¿Existe y está cumplimentado un registro DIARIO de control de temperatura de la nevera de vacunación? |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                           |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                           |    |      |    |
| <b>703 C</b> | Indique si hay rotura de stock de alguna de las siguientes vacunas                                    |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> BCG                                                                          |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> DTP                                                                          |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Polio                                                                        |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Sarampión                                                                    |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Tétanos                                                                      |    |      |    |
| <b>703 D</b> | ¿Están cumplimentadas las fichas de control de stock de vacunas?                                      |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                           |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                           |    |      |    |

| <b>PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 7</b>                     |                                                                          | RESPUESTA               | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>701</b>                                            | ¿La sala donde se realiza la VACUNACIÓN reúne las condiciones adecuadas? |                         |            |
| <b>702</b>                                            | ¿Se realiza una vacunación adecuada?                                     |                         |            |
| <b>703</b>                                            | ¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?                        |                         |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                          | <b>PUNTUACIÓN MEDIA</b> |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                          |                         |            |

## SECCIÓN 8 | Anexo 5

### PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

| 801                                                     | <b>¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud?</b>                                  | SI                                             | PARC | NO                                        |    |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------|-------------------------------------------|----|
| 801 A                                                   | Analice con el responsable de la unidad la situación de las estructuras comunitarias y responda a las siguientes preguntas                                            |                                                |      |                                           |    |
|                                                         |                                                                                                                                                                       | COMITÉ DE DESARROLLO POBLADO/<br>BARRIO/CIUDAD |      | COMITÉ DE SALUD POBLADO/<br>BARRIO/CIUDAD |    |
|                                                         |                                                                                                                                                                       | SI                                             | NO   | SI                                        | NO |
| ¿Está activo en el momento actual?                      |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| ¿Existe una guía de funcionamiento de esos comités?     |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| ¿Han tenido una reunión en los últimos 12 meses?        |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| Si se han reunido ¿Hay acta de esa reunión?             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| 801 B                                                   | ¿Se ha realizado alguna actividad específica en los últimos 6 meses para promover la participación activa de las mujeres en los comités de participación comunitaria? |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si                             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> No                             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| 801 C                                                   | ¿Se ha realizado alguna reunión con los responsables comunitarios para tratar temas de salud en los últimos 6 meses?                                                  |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si, tienen acta de esa reunión |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no hay acta            |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> No                             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| 801 D                                                   | ¿Se ha realizado alguna reunión con curanderos y médicos tradicionales en los últimos 6 meses?                                                                        |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si, tienen acta de esa reunión |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si pero no hay acta            |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> No                             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| 801 E                                                   | ¿Se ha realizado alguna actividad comunitaria en los últimos 6 meses para fomentar la participación de la población de la mejora de la unidad sanitaria?              |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> Si (indique cuál)              |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |
| <input type="checkbox"/> No                             |                                                                                                                                                                       |                                                |      |                                           |    |

| <b>802</b>   | <b>¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?</b>                                                                                             | SI | PARC | NO |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>802 A</b> | ¿Existe buzón de quejas y sugerencias accesible a los pacientes?                                                                                         |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                              |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                              |    |      |    |
| <b>802 B</b> | ¿Se ha realizado alguna reunión con los responsables comunitarios para tratar temas de salud en los últimos 6 meses?                                     |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si, tienen acta de esa reunión                                                                                                  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero no hay acta                                                                                                             |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                              |    |      |    |
| <b>802 C</b> | ¿Se ha realizado alguna reunión con curanderos y médicos tradicionales en los últimos 6 meses?                                                           |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si, tienen acta de esa reunión                                                                                                  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero no hay acta                                                                                                             |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                              |    |      |    |
| <b>802 D</b> | ¿Se ha realizado alguna actividad comunitaria en los últimos 6 meses para fomentar la participación de la población de la mejora de la unidad sanitaria? |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si (indique cuál)                                                                                                               |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                              |    |      |    |

| <b>803</b>   | <b>¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?</b> | SI | PARC | NO |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| <b>803 A</b> | ¿Hay un plan de cuidados domiciliarios de pacientes con salidas al terreno específicas para esto?                  |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si                                                                                        |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No                                                                                        |    |      |    |
| <b>803 B</b> | ¿Hay un plan de actividades de sensibilización para el año en curso?                                               |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si, se puede ver el documento el día de la supervisión                                    |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> Si pero no se puede ver el documento                                                      |    |      |    |
|              | <input type="checkbox"/> No hay un plan                                                                            |    |      |    |

| PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 8                            |                                                                                                                               | RESPUESTA           | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>801</b>                                            | ¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud? |                     |            |
| <b>802</b>                                            | ¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?                                                                         |                     |            |
| <b>803</b>                                            | ¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?                   |                     |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                                                                               | PUNTUACIÓN<br>MEDIA |            |
| <b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b>                           |                                                                                                                               |                     |            |
|                                                       |                                                                                                                               |                     |            |

## SECCIÓN 9 | Anexo 5

# CONTROL DE INFECCIONES

| 901   | ¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad?                         | SI | PARC | NO |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 901 A | ¿Cuál de los siguientes mecanismos de desinfección/esterilización se utilizan en la unidad?          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Autoclave                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Estufa                                                                      |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Otro tipo de esterilización por presión (olla exprés)                       |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Desinfectantes químico (indicar cuál)                                       |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Otro (indicar cuál)                                                         |    |      |    |
| 901 B | ¿Hay acceso a agua y jabón en todas las salas donde se atiende pacientes?                            |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                          |    |      |    |
| 901 C | ¿Existen productos para la desinfección de superficies (lejía)?                                      |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                          |    |      |    |
| 901 D | ¿Hay materiales de sensibilización sobre bioseguridad en el entorno sanitario visibles en la unidad? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                          |    |      |    |

| 902   | ¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?                                                    | SI | PARC | NO |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 902 A | ¿Cuál de los siguientes mecanismos de eliminación de residuos biológicos peligrosos se utilizan en la unidad? |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Incinerador                                                                          |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Quema en lugar abierto                                                               |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Enterrar los residuos                                                                |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Otro (Indicar)                                                                       |    |      |    |
| 902 B | ¿Existen contenedores para desechar agujas en todas las salas donde se utilizan?                              |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> Si                                                                                   |    |      |    |
|       | <input type="checkbox"/> No                                                                                   |    |      |    |

| PUNTUACIÓN TOTAL SECCIÓN 9                            |                                                                              | RESPUESTA        | PUNTUACIÓN |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| 901                                                   | ¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad? |                  |            |
| 902                                                   | ¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?                   |                  |            |
| SI: 10 PUNTOS   PARCIALMENTE: 5 PUNTOS   NO: 0 PUNTOS |                                                                              | PUNTUACIÓN MEDIA |            |
| <p><b>COMENTARIOS/ACUERDOS</b></p>                    |                                                                              |                  |            |



## ANEXO 6. IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD

|                        |  |              |  |
|------------------------|--|--------------|--|
| <b>CENTRO DE SALUD</b> |  | <b>FECHA</b> |  |
| <b>SERVICIO</b>        |  | <b>FIRMA</b> |  |

| DIMENSIÓN DE CALIDAD          | PREGUNTAS                                                                                                                                               | PROBLEMAS IDENTIFICADOS | OBJETIVOS | ACTIVIDADES |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| <b>EFFECTIVIDAD</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se trabaja siguiendo los protocolos nacionales?</li> <li>• ¿Es el manejo clínico correcto?</li> </ul>         |                         |           |             |
| <b>EFICIENCIA</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se malgastan recursos?</li> <li>• ¿Se utiliza productivamente el tiempo?</li> </ul>                           |                         |           |             |
| <b>ACCESIBILIDAD</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto tiempo o dinero cuesta acceder al centro de salud para las personas que viven más alejadas?</li> </ul> |                         |           |             |
| <b>ACEPTABILIDAD CULTURAL</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Están los usuarios satisfechos con la atención personal?</li> </ul>                                           |                         |           |             |
| <b>EQUIDAD</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hay alguien que no accede al servicio a pesar de que lo necesita?</li> </ul>                                  |                         |           |             |
| <b>SEGURIDAD</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Son los procedimientos seguros para el paciente?</li> </ul>                                                   |                         |           |             |



## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

|                |                                                                           |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>AIEPI</b>   | Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.         |
| <b>APS</b>     | Atención Primaria de Salud.                                               |
| <b>BCG</b>     | Vacuna contra la tuberculosis (Bacillus Calmette-Guérin).                 |
| <b>CPN</b>     | Control prenatal.                                                         |
| <b>DPT</b>     | Vacuna contra la difteria, tosferina (Bordetella pertussis) y el tétanos. |
| <b>EDO</b>     | Enfermedades de declaración obligatoria.                                  |
| <b>FIFO</b>    | First in first out.                                                       |
| <b>IEC</b>     | Información, educación y comunicación.                                    |
| <b>ITS</b>     | Infecciones de transmisión sexual.                                        |
| <b>LNME</b>    | Lista nacional de medicamentos esenciales.                                |
| <b>MINSABS</b> | Ministerio de Salud y Bienestar Social.                                   |
| <b>OMS</b>     | Organización Mundial de la Salud.                                         |
| <b>PAV</b>     | Programa Ampliado de Vacunación.                                          |
| <b>PF</b>      | Planificación Familiar.                                                   |
| <b>PTMH</b>    | Prevención de la transmisión Madre-Hijo (VIH).                            |
| <b>SIS</b>     | Sistema de Información Sanitaria.                                         |
| <b>TA</b>      | Tensión arterial.                                                         |
| <b>TBC</b>     | Tuberculosis.                                                             |
| <b>TPI</b>     | Tratamiento preventivo intermitente.                                      |
| <b>VIH</b>     | Virus de la inmunodeficiencia humana.                                     |









# MANUAL de MEJORA de la CALIDAD ASISTENCIAL para CENTROS de SALUD

## EL PACIENTE en el centro de las decisiones

Este manual pretende ser una guía de apoyo en cada una de las fases del proceso de mejora de calidad asistencial de los centros de salud, con el objetivo de que el sistema sanitario de Guinea Ecuatorial siga el camino que ya ha empezado y que la población tenga acceso a un servicio de salud digno y profesional.

Este manual se ha realizado con la ayuda financiera de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID)

