EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 665 -GG-EsSalud-2002

Lima, 08 de agosto del 2002

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 088-PE-EsSalud-2002, se aprobó y puso en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, responsabilizando a la Gerencia Central de Salud del desarrollo y actualización de normas que regulen los procesos asistenciales que la Institución brinda;

Que, de acuerdo a la Ley N° 26842, Ley General de Salud, toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales, así como a ser informados sobre las características del servicio y aspectos esenciales vinculados al acto médico;

Que, en dicho contexto, es necesario reformular las normas y procedimientos para el proceso de hospitalización en lo referente al ingreso, la permanencia y el egreso de los pacientes en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud;

Que, conforme a lo dispuesto en el inciso b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – EsSalud y a lo señalado en el inciso b) del artículo 25° de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 088-PE-EsSalud-2002, es competencia de la Gerencia General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Estando a lo propuesto por la Gerencia Central de Salud y en virtud de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 008 -GG-EsSalud-2002 "Normas para la Hospitalización de pacientes en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud", la misma que forma parte de la presente Resolución.

2. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Salud la coordinación, implementación, evaluación y actualización de lo dispuesto en la presente Resolución.

3. **DEJAR SIN EFECTO** las Resoluciones de Gerencia General N° 453 y 751-GG-IPSS-94 y la Resolución N° 514-DE-IPSS-91, así como otras disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

FELIX RIVERA VELARDE
Gerente General
ESSALUD

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

DIRECTIVA Nº 008 -GG-EsSalud-2002

NORMAS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSalud

CONTENIDO

		Pág.
1.	OBJETIVO	02
2.	FINALIDAD	02
3.	BASE LEGAL	02
4.	ALCANCE	02
5.	RESPONSABILIDAD	02
6.	CONCEPTOS DE REFERENCIA	03
7.	DISPOSICIONES	03

ANEXOS

I	Formulario de Consentimiento Informado	11
II	Criterios Referenciales para la Hospitalización de Pacientes	12
III	Consentimiento Informado: Aspectos Conceptuales - Separatas	13
IV	Informe de Alta	16
V	Encuesta	17

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

19

DIRECTIVA N° 008 -GG-EsSalud-2002

NORMAS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSalud

I. OBJETIVO

Normar el proceso de hospitalización, en lo referente al ingreso, la permanencia y el egreso de los pacientes en los Centros Asistenciales de EsSalud.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad y oportunidad de la atención hospitalaria brindada en los Centros Asistenciales de EsSalud.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 002-99-TR.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 009-97-SA y disposiciones ampliatorias y modificatorias.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 088-PE-EsSalud-2002, que aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.
- Resolución de Gerencia General N° 069-GG-ESSALUD-2001, que aprobó la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2001 "Normas para la atención de Pacientes en los Servicios de Emergencia de EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1070-GG-ESSALUD-2000 y Directiva N° 018-GG-EsSalud-2000, "Normas para la Formulación de Documentos Técnico Normativos de Gestión en el Seguro Social de Salud".

IV. ALCANCE

La presente Directiva es de aplicación en todo Centro Asistencial del Seguro Social de Salud que brinde atención de hospitalización.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la presente Directiva, los funcionarios que a continuación se señalan:

- Gerente General de Hospital Nacional.
- Gerente de Red Asistencial.

- Gerente Departamental.
- Sub Gerente de Producción de Servicios de Salud.
- Director de Centro Asistencial.
- Jefe de Departamento y Servicio.
- Jefe de Admisión.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

- **Egreso**.- Es la salida del paciente de un Centro Asistencial, luego de haber estado en la condición de hospitalizado. Puede ser por alta, defunción o referencia a otro establecimiento.
- **Estancia o Permanencia**.- Es el número de días que permanece un paciente hospitalizado en el Centro Asistencial para estudio y/o tratamiento.
- **Ingreso**.- Es la fase del proceso de hospitalización en la cual el paciente accede a una cama determinada.
- **Interconsulta**.- Consulta solicitada por un servicio, para evaluación y opinión de otra especialidad, con el fin de identificar y/o resolver los problemas de un paciente.
- **Hospitalización o Internamiento**.- Proceso mediante el cual el asegurado accede, permanece y egresa de una cama del hospital.

VII. DISPOSICIONES

7.1 DE LA PROGRAMACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE CAMAS

7.1.1 Las camas para internamiento de pacientes en los Hospitales I y II se distribuyen entre las cuatro especialidades básicas: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, teniendo como base referencial los siguientes porcentajes: 40%, 30%, 20% y 10% respectivamente.
En los Hospitales III y IV se asignan adicionalmente camas a las sub especialidades en razón de la demanda, procurando eficiencia en el uso de los recursos y mejor calidad en la atención.
Semestralmente el responsable del Centro Asistencial debe realizar una evaluación de la distribución y uso de las camas en función de los perfiles epidemiológicos, indicadores y estándares establecidos; con la finalidad de ir estableciendo los porcentajes ideales.

7.1.2 El área de Admisión del Hospital es responsable de consolidar e informar diariamente de lunes a domingo la relación de egresos, de acuerdo con el informe que le remita cada Jefe de Servicio o el Médico coordinador a más tardar a las 11:00 horas. Antes de reportar las camas disponibles, los médicos Jefes o Coordinadores deben disponer las transferencias a fin de proporcionar información consistente.

7.1.3 Entre las 11:30 y 12:30 horas el Jefe de Admisión remite a los responsables de las áreas de Emergencia y Consulta Externa la relación del total de camas disponibles para pacientes varones y mujeres. De ellas un 40% deben ser cubiertas por Consulta Externa y un 60% por Emergencia, debiendo canalizarse los ingresos de Consulta Externa por Admisión Hospitalaria, sin pasar por el área de Emergencia, salvo que el estado del paciente así lo

demande. Los porcentajes anotados deben adecuarse a las necesidades de la realidad local cuando así se requiera.

7.2 INGRESO DEL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN

7.2.1 El paciente debe contar con su historia clínica, los resultados de las evaluaciones previas y el formulario de Consentimiento Informado suscrito (ver Anexo I) para que se proceda a su hospitalización. Si se requiere, se debe incluir riesgo quirúrgico y depósito de sangre puesto que el ingreso sin ellos es responsabilidad del médico que autoriza la hospitalización.

Del Internamiento por Consulta Externa

7.2.2 Los Jefes de Departamento o Servicio que tengan a su cargo Unidades de Internamiento son responsables de supervisar que los pacientes ingresados cumplan con alguno de los parámetros de hospitalización adecuada (ver Anexo II) y otros que garanticen equidad en la asignación de las camas como:

a. Orden en la lista de espera.
b. Referencia para hospitalización.
c. Pacientes dependientes en sus necesidades básicas.
d. Pacientes con riesgo de complicaciones.

7.2.3 Los pacientes ingresan a hospitalización desde las 14:00 horas. Ingresan antes de la hora señalada cuando los pacientes de alta hayan sido evaluados y las camas estén disponibles. Se debe evitar los traslados nocturnos de pacientes a domicilio u otro Centro Asistencial.

Del Internamiento por Emergencia

7.2.4 El área de Admisión, a las 12:30 horas entrega al Médico Jefe de Guardia la relación de camas potencialmente disponibles, correspondientes al 60% de las altas programadas. A las 16:00 horas se debe alcanzar un segundo reporte de todas las camas libres, las mismas que quedan para disposición del Jefe de Guardia de Emergencia, especificando que camas pueden ser ocupadas por pacientes hombres y mujeres.

7.2.5 La orden de hospitalización firmada por el Jefe de Guardia debe consignar el nombre del paciente, código de identificación, diagnóstico de ingreso, servicio y número de cama asignada. Es responsabilidad del personal que conduce al paciente que se hayan registrado los datos en mención en el libro de emergencia juntamente con la fecha y hora de hospitalización.

7.2.6 El personal de Admisión en los casos de ingreso por consulta externa o el de Emergencia en su caso, conduce el paciente al servicio de destino, llevando consigo: Orden de Hospitalización, Filiación, Consentimiento Informado y su Historia Clínica.

7.2.7 Los Jefes de Guardia podrán disponer la hospitalización de pacientes las 24 horas del día.

7.2.8 El paciente de emergencia se hospitaliza, según existencia de camas vacantes, en el siguiente orden:

a. En la especialidad que corresponda, según patología.
b. En una especialidad afín, dependiente del mismo Departamento.
c. En cualquier otra especialidad o servicio que sea cercano al destino.

Están exceptuadas de este manejo funcional las camas de cuidados críticos.

De los Requisitos para la Hospitalización.

7.2.9 Para que un paciente afiliado al Sistema sea hospitalizado, debe cumplirse con lo siguiente:
a. Que el paciente tenga derecho vigente acreditado o haya firmado un Pagaré.
b. Que la situación de salud del paciente no permita continuar su estudio o efectuar su tratamiento en forma ambulatoria.
c. Que existan camas disponibles.
d. Orden de Hospitalización, debidamente llenada y firmada por el Médico Jefe de Guardia de Emergencia o el Médico tratante de la Consulta Externa, anexa a su historia clínica.

7.2.10 La hospitalización por Emergencia es sólo para pacientes atendidos en esa área. Se exceptúan de esta disposición los pacientes que ingresan para trasplante.

7.2.11 La hospitalización de pacientes es de lunes a domingo, incluyendo días feriados, a través del personal del área de Admisión programado en el área de Emergencia, el mismo que verifica la acreditación del derecho.

7.2.12 El otorgamiento de pases para el ingreso de familiares del paciente durante las primeras 24 horas de internamiento es proporcionado por el área de Admisión Hospitalaria y tiene una vigencia de 48 horas. Posteriormente se procede de acuerdo a lo indicado en el numeral 7.3.22.

7.2.13 El área de admisión hospitalaria consolida el Parte Diario de Pacientes Hospitalizados a partir del Censo Diario elaborado por el personal de enfermería. El Parte Diario debe contener una relación de los pacientes internados, consignando: servicio, cama, nombre, sexo, edad, diagnóstico, vía de ingreso, fecha de ingreso, días de estancia hospitalaria. Este parte es remitido al área de Historias Clínicas, Central Telefónica e Informe al Usuario con la finalidad de brindar orientación respecto de los pacientes internados.

De las Notas de Ingreso e Historias Clínicas

7.2.14 Todo paciente, dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso, debe tener confeccionada su historia clínica en los formatos autorizados; la misma que debe ser suscrita por el médico tratante.

7.2.15 En tanto no se cuente con la historia clínica completa del episodio que motiva la hospitalización, debe contarse con la respectiva nota de ingreso, elaborada por el médico residente o asistente.

De la Asignación de Pacientes y Responsabilidad

7.2.16 El Jefe de Servicio asigna a cada médico de la unidad un número de camas. Los pacientes que ingresen en las mismas se encuentran bajo su responsabilidad y atención hasta el egreso.

7.2.17 Los pacientes en estado crítico, con complicaciones o con permanencia prolongada (más de 14 días), deben tener un resumen semanal de la evaluación de la atención proporcionada, el que debe constar en la historia clínica.

7.3 DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

De la Visita Médica

7.3.1 La atención de los pacientes hospitalizados está a cargo y bajo responsabilidad del personal asistencial del servicio y en su ausencia, del personal médico de guardia.

7.3.2 La visita médica se inicia todos los días a las 08:00 horas presidida por el Jefe de Servicio y/o un médico asistente. Asimismo, participa de la visita una enfermera quien debe reportar la evolución del paciente, el tratamiento recibido y los estudios que tiene programados.

7.3.3 La visita médica se realiza como mínimo una vez al día, para verificar la evolución y actualizar el tratamiento, lo que debe constar en la historia clínica con fecha, hora, firma y número de Colegio Médico. Igualmente es obligatorio la firma y registro de colegiación de los otros profesionales que atienden al paciente.

7.3.4 El tiempo promedio de la visita médica es de 12 minutos por paciente, para las unidades de hospitalización que no constituyen áreas de pacientes críticos.

7.3.5 La visita incluye la evaluación clínica del paciente, el seguimiento y actualización del Plan de Trabajo, así como el análisis de los resultados de los exámenes complementarios, todo lo cual queda registrado en la historia clínica dentro de la Nota de Evolución.

7.3.6 Cuando se realicen procedimientos como: centesis, limpiezas quirúrgicas, biopsias, legrados, colocación de catéteres y drenajes durante la visita o fuera de ella, deben ser registrados en la historia clínica consignando fecha, hora y firma de quien realizó el procedimiento. De haber sido efectuados por un Interno, debe constar la firma del médico responsable de resolver la interconsulta o del médico tratante del paciente, según corresponda.

7.3.7 Se debe informar permanentemente al paciente de los procedimientos, exámenes y/o intervenciones quirúrgicas, siendo ello responsabilidad del médico que pasa visita y del Jefe de Servicio quien debe monitorear las atenciones prestadas. Igualmente es obligación del médico asistente, del Jefe del Servicio o del médico coordinador, proporcionar a la familia la información necesaria en los horarios establecidos.

7.3.8 De acuerdo al estado de salud de los pacientes, el médico que pasa visita indicará controles clínicos y/o exámenes auxiliares, para ser realizados en el transcurso del día a los pacientes críticos.

7.3.9 Los pacientes con infecciones severas y/o de alto riesgo de transmisión; los pacientes gravemente enfermos o aquellos inmunodeprimidos deben ser ubicados en un ambiente individual (aislados).

Del Tratamiento

7.3.10 Las indicaciones terapéuticas son registradas por los médicos del servicio o por el médico que atendió la interconsulta, y administradas por el personal de

Enfermería. Estas deben ser actualizadas de acuerdo a las condiciones evolutivas del paciente teniendo como base los Protocolos o Guías Clínicas desarrollados por el Centro Asistencial y autorizados por el nivel competente. Asimismo, la terapéutica debe ceñirse al Petitorio Farmacológico Institucional vigente y a las normas que lo complementan.

De la Estancia Hospitalaria

7.3.11 Los pacientes permanecen hospitalizados los días estrictamente necesarios de modo tal que no aumenten los riesgos de complicaciones intrahospitalarias, ni se incrementen innecesariamente los costos. Estos conceptos tendrán como pauta referencial estándares establecidos.

7.3.12 El cumplimiento de estándares de gestión y calidad es monitoreado por el Jefe del Servicio y por los comités respectivos.

7.3.13 Los permisos son extendidos al paciente sólo en casos excepcionales, bajo responsabilidad del Jefe de Servicio.

Del Seguimiento del Paciente Hospitalizado Temporalmente en otra Unidad

7.3.14 En circunstancias de mayor demanda se debe utilizar las camas funcionalmente, independientemente de la especialidad a que correspondan, tomando en cuenta las consideraciones técnicas estrictamente necesarias.

7.3.15 El profesional que autoriza tales ingresos, establece la especialidad responsable de la visita diaria de esos pacientes. Estos ingresos deben ser comunicados oportunamente, a través del área de Emergencia o de los Jefes de Guardia a la Jefatura del Departamento, Servicio o al Médico Coordinador de la unidad que asume su manejo.

7.3.16 La atención médica de pacientes hospitalizados, por necesidad de gestión, en servicios afines o no, está a cargo de los médicos de la Unidad a la que se asignó la responsabilidad de su manejo.

7.3.17 La atención de Enfermería es realizada por el servicio en que se encuentra el paciente hospitalizado.

7.3.18 El Jefe de Departamento, Servicio, Unidad o Coordinador del área responsable del cuidado del paciente supervisa su adecuado y oportuno manejo, debiendo gestionar su transferencia lo antes posible.

7.3.19 El área de Admisión debe llevar un registro de los pacientes hospitalizados en otras áreas, a fin de facilitar la información que permita una mejor atención a los mismos.

De las Actividades del Personal de Enfermería

7.3.20 El personal de Enfermería es responsable de la administración de medicamentos y del cumplimiento de las indicaciones médicas. Igualmente de la evolución, diagnóstico de enfermería y manejo del paciente en lo que se refiere a su accionar profesional y técnico. Asimismo, de la alimentación, higiene y traslado del paciente hacia los servicios de apoyo; y de efectuar las coordinaciones necesarias para el mantenimiento y conservación de las áreas del servicio.

13

7.3.21 El personal de Enfermería debe orientar al paciente y familiares respecto al uso de las instalaciones del hospital, así como de los horarios y rutinas del servicio, incluyendo el horario de visita.

De la Visita y Permanencia de Familiares

7.3.22 Los Jefes de Departamento o de Servicio, de acuerdo a las condiciones y necesidades de salud del paciente, emiten los pases para la visita de los familiares, precisando los horarios y períodos de vigencia de los mismos. En general dos pases por paciente.

7.3.23 La visita es de lunes a domingo en dos turnos: de las 13:00 a las 15:00 horas para quienes cuentan con pase; y de las 17:00 a las 19.00 horas el ingreso es libre. El horario busca facilitar las actividades de trabajo médico y cuidado del paciente.

7.3.24 En las áreas de hospitalización de pacientes críticos como Quemados, Recuperación, Emergencia, Cuidados Intensivos, Intermedios y de Psiquiatría, la visita de familiares tiene restricciones y el horario es fijado por el Jefe de la Unidad.

De los Jefes de las Áreas Asistenciales

7.3.25 Los Jefes de Servicio deben coordinar con las áreas competentes para que los exámenes complementarios, procedimientos especiales e interconsultas de los pacientes hospitalizados en su unidad sean realizados oportunamente.

7.3.26 Los Jefes de Servicio deben coordinar y disponer las medidas necesarias a fin de evitar que ocurran complicaciones intrahospitalarias. Producidas las mismas deben de ser registradas y reportadas a su inmediato superior.

7.3.27 El Jefe de Servicio debe emitir los informes médicos de los pacientes que están o han estado hospitalizados en su unidad, cuando sean solicitados por el paciente o por las autoridades competentes.

Del Consentimiento Informado

7.3.28 El paciente antes de ser sometido a cualquier procedimiento que implique un riesgo específico, debe ser ampliamente informado del mismo por el Médico tratante y otros médicos involucrados en su atención, precisándosele la necesidad del procedimiento, ventajas de su ejecución, desventajas de no realizarlo, riesgos, consecuencias; procedimientos y tratamientos alternativos (ver Anexo III: criterios de información al paciente). Luego de ello, y con la aceptación del paciente, se le solicita que suscriba el formulario respectivo de Consentimiento Informado (ver Anexo I).

7.3.29 Se establecen tres excepciones con relación a la necesidad de contar con el Consentimiento Informado:

- Cuando se trate de una la emergencia y esté en riesgo inminente la vida del paciente.
- Cuando el problema de salud del paciente implique un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado o en condición de salud que le permita tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponde a familiares o personas allegadas a él.

12

7.3.30 El paciente en cualquier momento puede retirar libremente su consentimiento, sin que ello le ocasione perjuicio alguno – Derecho de Revocatoria.

De las Interconsultas en Hospitalización

7.3.31 Las interconsultas deben ser resueltas en el más breve plazo, hecho que debe guardar relación con la necesidad del paciente y el requerimiento formulado por su médico tratante.

7.3.32 Las interconsultas son resueltas evaluando al paciente en el servicio donde está internado, salvo que se requiera de algún equipo médico que no pueda ser trasladado. Su ejecución no debe incluir cita de consulta externa a fin de no restar cupos al paciente ambulatorio.

De los Registros Hospitalarios

7.3.33 Además de lo consignado en la historia clínica, en cada servicio de hospitalización debe implementarse:

- Un Libro de Registro de Ingresos de pacientes y otro de Egresos. Asimismo, un Libro de Registro de Narcóticos recetados.
- En el área de Maternidad debe haber un libro de Registro de Nacimientos.

7.4 DEL EGRESO DEL PACIENTE

7.4.1 Los Médicos tratantes y los Jefes de Servicio son responsables de la programación de las altas, acción que se define con 48 a 24 horas de anticipación, informando de ello al paciente y familiares.

7.4.2 Al finalizar la visita, el médico que la ha realizado, debe llenar y firmar el formato de Alta, el Informe de Alta (ver Anexo IV) y la receta respectiva con las indicaciones que debe seguir el paciente hasta su consulta de control.

7.4.3 Indicada el Alta se hace entrega al usuario de un formulario de Encuesta de Hospitalización (ver Anexo V) la misma que debe ser llenada por el paciente o su familiar y depositada en el buzón de encuestas o sugerencias del servicio. Estas encuestas deben ser realizadas cuando menos durante siete días de cada mes y a partir de la información adoptar las medidas de mejora del servicio.

7.4.4 El médico tratante realiza la epicrisis, la misma que debe quedar lista el día en que se produce el Alta. Las historias clínicas de los pacientes de Alta son devueltas al Archivo de Historias Clínicas a más tardar dentro de las 24 horas de producido el egreso.

7.4.5 Al egresar el paciente recibe copia del formato de Alta, un original del Informe de Alta, los medicamentos recetados, las indicaciones médicas, el descanso médico si lo requiere y su boleta de cita de control, de ser posible.

7.4.6 Si el paciente y/o la familia solicita el Alta, deben firmar el formato de Alta Voluntaria, con exoneración de responsabilidad del servicio, el mismo que se hace en presencia de un testigo. Asimismo, se debe elaborar inmediatamente la epicrisis y los otros documentos relacionados al Alta.

7.4.7 Las Altas son programadas de lunes a domingo, incluyendo días feriados y las camas deben estar libres antes de las 13:00 horas.

11

De la Emisión de Certificados

7.4.8 El Médico tratante es el responsable de la emisión del CITT respectivo, el cual procede desde su ingreso al hospital. En los casos de estancia prolongada, los CITTs deben ser emitidos en forma periódica de modo que el paciente no se vea afectado en el cobro de sus subsidios. Los períodos de incapacidad otorgados deben ser consignados en la historia clínica.

7.4.9 El certificado de nacimiento debe ser otorgado por el profesional responsable de la atención del parto. El documento es emitido por duplicado, el original es entregado a los padres previa identificación y la copia es incorporada a la historia clínica de la madre. Estos documentos son numerados y deben ser adecuadamente llenados y firmados.

7.4.10 En caso de deceso de algún paciente, el médico del Servicio a cargo del mismo o el médico de guardia constata el fallecimiento, hecho que registra en la hoja de evolución correspondiente, luego llena y suscribe el Informe de Defunción donde consigna la fecha y hora del deceso, la causa; y si procede o no necropsia clínica o legal. Con este documento el personal del mortuorio traslada a su área el cadáver del paciente fallecido. La historia clínica queda en el Servicio para ser remitida al Archivo correspondiente.
Cuando no se indica necropsia, luego de llenado el Informe, se emite el Certificado de Defunción tomando información de la historia clínica y del Documento de Identidad Nacional. Este Certificado debe ser llenado con sumo cuidado por tener especial implicancia médico-legal.

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

10

ANEXO I

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Asistencial y Fecha: _____

Yo _____; identificado con Documento Nacional de Identidad (Otros*) N° _____ he mantenido una reunión con el Dr. _____, médico del Servicio donde vengo siendo atendido y me ha informado ampliamente acerca de mi enfermedad, los estudios y tratamientos que ella requiere.

Padezco de _____ y el tratamiento propuesto es _____

_____

Me ha informado de los riesgos del procedimiento, así como sus ventajas y los beneficios que voy a obtener. También me ha informado sobre la posibilidad de tratamientos alternativos _____

y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento _____

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. Adicionalmente se me ha ofrecido información escrita.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice _____;
teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto médico.

_____		_____
FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE		FIRMA DEL MÉDICO
DNI (LE):	Huella Digital	CMP:

REVOCATORIA (Firma del paciente o Responsable) .....

N° C.I.....
C. Externa.....Emergencia.....
Hospitalización.....Servicio.....N° de Cama.....

Nota: Utilizar letra de imprenta.

(*) Otros:

L.E. ó DNI	Carné de Fuerzas Armadas
Carné de Extranjería	N° de Pasaporte
Carné de Fuerzas Policiales	Partida de Nacimiento

ANEXO II

CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES

Criterios referentes a la condición del paciente:

1. Pérdida súbita de consciencia o estado de desorientación.
2. Frecuencia del pulso < 50 ó > 140 por minuto.
3. Presión arterial: sistólica < 90 ó > 200 mm Hg. diastólica < 60 ó >120 mm Hg.
4. Pérdida aguda de visión o audición.
5. Pérdida aguda de movilización de cualquier parte del cuerpo.
6. Alza térmica por 5 días o más, igual o superior a 38° grados centígrados oral o rectal, o 37.5° axilar, sin causa precisada.
7. Hemorragia activa.
8. Anomalía grave del equilibrio electrólito y ácido base:
   - A. Na < 123 m Eq/L.
     Na > 156 m Eq/L.
   - B. K < 2,5 m Eq/L.
     K > 6,0 m Eq/L.
   - C. p02 < 60 mm Hg (excepto si la hipoxemia es crónica).
   - D. pCO2 < 20 mm Hg (excepto si hipocapnia es crónica).
     pCO2 > 36 mm Hg (excepto si hipercapnia es crónica).
     pH arterial < 7,30.
   - E. pH arterial > 7,45.
9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda.
10. Dolor abdominal o torácico persistente de causa no precisada.
11. Dehiscencia de herida operatoria.

Nota: La presencia de cualquiera de los criterios indicados justifica el internamiento.

Criterios referentes a la intensidad de cuidados requeridos:

1. Medicación intravenosa, reposición de fluidos, o ambas.
2. Intervención quirúrgica o examen que tendrá lugar las 24 horas siguientes a la admisión y requiriendo:
   - A. Anestesia general o regional.
   - B. Equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital.
3. Monitorización cardíaca o de constantes vitales de 4 en 4 horas o por períodos menores de tiempo.
4. Quimioterapia que exija observación continua para evaluación de reacción tóxica.
5. Tratamiento en unidades de cuidados intensivos.
6. Antibioticoterapia intramuscular de 8 en 8 horas o por períodos menores de tiempo.
7. Terapéutica respiratoria, continua o intermitente, por lo menos de 8 en 8 horas.

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ASPECTOS CONCEPTUALES

BASE LEGAL: Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Titulo I- De los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual.
Artículo 15.-Toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho:

g) A que se le dé en términos comprensibles, información completa y continuada sobre su proceso incluyendo diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento; así como los riesgos de los procedimientos o tratamientos a ser efectuados.

h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su CONSENTIMIENTO INFORMADO previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como su derecho de negarse a los mismos.

Requisitos del Documento de Consentimiento Informado.

El documento de Consentimiento Informado es un soporte documental de un proceso que debe ser GRADUAL y CONTÍNUO dentro de la relación médico-paciente.

Su propio nombre implica dos características: Información y voluntariedad.

VOLUNTARIEDAD
La voluntariedad se define como elección sin impulso externo que obligue. Está en función de la percepción subjetiva de cada paciente, de su propia escala de valores. Se trata de respetar su autonomía.

Pueden existir algunas perversiones en el consentimiento informado que hagan que no se respete la voluntad del paciente. Las perversiones más frecuentes son las siguientes:

- Persuasión: se induce su elección.
- Coacción: amenaza explícita o implícita.
- Manipulación: distorsión de la información. Deben evitarse informaciones sesgadas.

INFORMACIÓN GENERAL PARA LOS PACIENTES

- Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar usted o su representante legal, un documento de Consentimiento para poder recibir algunos procedimientos o tratamientos quirúrgicos y médicos.
- Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren.

- Estos documentos buscan orientar sobre los aspectos mencionados; consulte con su médico todas las dudas que se le plantee. No lo suscriba si no ha decidido aceptar.

INFORMACIÓN GENERAL PARA LOS MÉDICOS

- El paciente debe de estar capacitado para decidir, consentir o rechazar. Si el paciente no está en condiciones de ello la información será proporcionada al familiar directo quién firmará el documento respectivo.
- La información debe ser clara, comprensible respetando el nivel cultural del paciente o familiar.
- Dicho formato será anexado a la historia clínica del paciente.
- Cada servicio deberá elaborar separatas sobre los procedimientos, tratamientos e intervenciones de su especialidad, que por su riesgo de complicación, deban ser objeto de Consentimiento Informado.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN

La información ha de ser fundamentalmente oral. Es recomendable recurrir a un documento escrito cuando se trate de procedimientos invasivos o que conllevan riesgos notorios o cuando se trata de procedimientos cuya efectividad aún es incierta.

Se recomienda que el documento incluya los siguientes apartados:

- Datos suficientes sobre naturaleza y origen del proceso.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento.
- Beneficios esperables.
- Molestias previsibles y posibles riesgos: riesgos típicos y consecuencias seguras.
- Riesgos personalizados.
- Procedimientos alternativos.
- Efectos esperados si no se hace nada.
- Disposición de aclarar dudas o ampliar información.
- Comunicar la potestad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Datos del enfermo.
- Datos del médico que informa.
- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información, y que se han aclarado sus dudas.
- Firmas del médico y el paciente.
- Fecha.
- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento.

La presentación de la información debe hacerse teniendo en cuenta:

- Momento adecuado: Evitar que el enfermo esté sedado, dolorido, en preparación para la prueba, justo antes de la prueba, desvalido.
- Lugar adecuado: A ser posible en un despacho. Evitar informar en un pasillo o en la misma sala de exploraciones (puede sentirse coaccionado).
- Persona adecuada: Ha de ser una persona representativa para el enfermo. Debe ser un médico. Puede ser quien indica la prueba (conoce mejor al paciente y le

06

inspira confianza) o quien la va a realizar (conoce mejor la prueba y sus complicaciones).

- Tiempo para meditar: Se recomienda dar al paciente al menos 24 horas, dejando que se lleve las separatas para revisarlas y consultarlo el hecho con la familia.
- Es recomendable realizar preguntas para asegurarse que el paciente ha comprendido.

RIESGOS que deben informarse:

- Consecuencias seguras. Aquellas que se producirán como consecuencia del procedimiento en todos los casos.
- Riesgos típicos: Son aquellos esperables en condiciones normales, conforme a la experiencia o en el estado actual de la ciencia.
- También se incluirán aquellos que, siendo infrecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos personalizados: Según las circunstancias personales del paciente: estado de salud, edad, etc.

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

05

ANEXO IV

INFORME DE ALTA

El Jefe del Servicio de .....

del Hospital .....

informa que con fecha ..... ingresó al Servicio .....

..... de sexo ..... edad .....

con diagnóstico de:.....

Durante su hospitalización:

Evolucionó (complicaciones) .....

.....

Tratamiento Farmacológico y complementarios .....

.....

.....

.....

Intervenciones Quirúrgicas .....

.....

Diagnóstico Principal de Egreso (el que motivó la Admisión) .....

.....

Diagnósticos Secundarios .....

.....

.....

Situación al Alta: Aliviado ..... Mejorado ..... Curado .....

Transferencia a Consulta Externa para los Servicios de: .....

.....

Próxima cita para el día ..... Consultorio N° .....

El personal y la jefatura de este servicio agradecen el habernos permitido atenderle y las sugerencias y opiniones que se sirvan formular en la encuesta proporcionada.

_____

Firma y Sello del Jefe de Servicio

EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

ANEXO V

ENCUESTA

Deseamos conocer la opinión sobre su estancia en este hospital y así poder mejorar la calidad del servicio ofrecido por nuestro centro, le agradeceríamos que colaborase respondiendo este cuestionario, una vez concluido deposítelo en el buzón de quejas y/o sugerencias, que un funcionario ajeno al servicio lo recogerá.

CENTRO ASISTENCIAL: .....FECHA: ...../...../.....

Datos del encuestado Encuestado: Paciente ( ) Familiar ( )

Edad: .....años Sexo: (F) (M) Lugar de residencia: Lima ( ) Provincia ( )

Nivel de estudios: a. Primaria ( ) b. Secundaria ( ) c. Técnica ( ) d. Superior ( )

1. Ingresó por: Consultorios Externos ( ) Emergencia ( )
2. ¿Cuánto tiempo esperó para poder obtener cama y ser hospitalizado?

   1 Día ( ) De 2 a 5 Días ( ) De 6 a 15 Días ( ) De 16 a 30 Días ( ) Más de 30 días ( )
3. ¿Cuántos días ha estado hospitalizado? .....
4. Usted considera el tiempo que ha estado hospitalizado es:

   Excesivo ( ) Suficiente ( ) Insuficiente ( )
5. ¿En qué servicio ha estado hospitalizado? .....
6. ¿Cómo valora el trato recibido por el personal administrativo al momento del ingreso?

   Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
7. ¿Cómo valora el trato del personal de enfermería en el servicio de hospitalización?

   Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
8. ¿Cómo valora el trato recibido por el personal médico en el servicio de hospitalización?

   Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
9. ¿Conoció al médico Jefe del Servicio donde estuvo hospitalizado? SI ( ) NO ( )

   Indique su nombre:.....
10. ¿Conoció a su médico tratante? SI ( ) NO ( )

    Indique su nombre:.....

11. ¿Conoce el nombre de las(os) enfermeras (os) que le atendieron?

Todos ( ) Algunos ( ) Ninguno ( )

12. ¿Le ha informado el médico sobre su enfermedad? SI ( ) NO ( )

13. ¿Le ha informado el médico sobre las pruebas que le han hecho? SI ( ) NO ( )

14. ¿Ha entendido bien las indicaciones del médico al momento del Alta, sobre su tratamiento y los controles que ha de seguir? SI ( ) NO ( )

15. ¿Qué impresión le ha causado la limpieza del hospital?

Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala( )

16. ¿Qué impresión le ha causado la comida?

Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala( )

17. ¿Qué opina usted de la comodidad que le brindó este servicio de hospitalización?

Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala( )

18. Si fuera necesario ¿Elegiría nuestro hospital para ingresar otra vez? SI ( ) NO ( )

19. Califique del 0 (muy mal) al 10 (muy bien) su valoración general sobre los servicios.

.....

20. ¿Qué aspectos cree que podrían mejorarse? Sugerencias.

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