



Ministerio de Salud
Argentina

Documento Orientativo para "Módulo I - Registro Inicial"

para LE

Grupo LE: Larga Estadía; Tipología REFES.

- ESCIETE Tercera Edad

Módulo I - Registro Inicial - Programa FESCAS 2023

Bienvenidos y bienvenidas al Programa FESCAS 2023.

El Programa FESCAS, en lo que refiere a las acciones para la mejora en la calidad de la atención sanitaria, implica la implementación de una serie de módulos por parte de cada uno de los establecimientos de salud inscriptos en el programa. Estos módulos están en consonancia con los ejes estratégicos del Plan Nacional de Calidad 2021-2024.

Les pedimos que, por favor, completen el siguiente formulario. Para hacerlo, deberán recolectar la información con las personas responsables de las áreas correspondientes.

A fin de facilitar su carga, este formulario podrá ser completado parcialmente. Seleccionen la opción "Guardar y volver más tarde" para continuar luego.

*No deberá ser completado por el/la contador/a de la institución.

Ante cualquier consulta contactarse con consultafescas@msal.gov.ar

Su establecimiento está registrado bajo la tipología de ____ y categoría ____



Ministerio de Salud
Argentina

(Esta información corresponde al código REFES o REFESCAS obtenido para este programa)

Inicio de registro

Sobre la persona a cargo de la dirección médica o técnica:

- Nombre y apellido:
- CUIL:
- Correo electrónico:
- Profesión:
- Matrícula:

Sobre de la persona referente de calidad ante el Programa FESCAS:

- Nombre y apellido: _____
- CUIL: _____
- Correo electrónico: _____
- Profesión:

¿Su correo electrónico _____?

Si

No

En caso de No:

Correo electrónico :

Cantidad de habitaciones:

Cantidad de camas:

Sobre calidad



Ministerio de Salud
Argentina

¿Cuenta con un comité de calidad, grupo de trabajo, o un área específica de calidad y/o seguridad?

Si

No

¿Cuenta con personal responsable de calidad asignado con horas específicas para dicha tarea?

*Esta persona puede coincidir o no con la persona referente de calidad de Programa FESCAS.

Si

No

En caso de Si:

Completar con los datos personal responsable de calidad asignado con horas específicas para dicha tarea:

*Debe completar, al menos, con la información sobre una persona.

	Nombre	Apellido	CUIL	Profesión
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				



Ministerio de Salud
Argentina

10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				



Ministerio de Salud
Argentina

¿El establecimiento cuenta con un plan de mejora o programa de calidad en marcha?

Si

No

¿Cuenta con Historia Clínica Única?

*El establecimiento asegura una historia clínica única por paciente. Todos los servicios del establecimiento utilizan la misma y única historia clínica a la que todo el equipo de salud tiene acceso.

Si

No

¿Utiliza Historia Clínica Electrónica o registros de salud electrónicos para la gestión de pacientes?

Si

No

En caso de No:

¿Cuáles son las dos principales limitaciones por las que el establecimiento no ha podido incorporar una HCE?

*Seleccione hasta dos opciones.

Dificultad de conectividad.

Falta de recursos para adquirir Infraestructura tecnológica.

Falta de recursos para solventar recursos humanos capacitados.

Falta de interés.

Insuficiencia de recursos humanos disponibles en la localidad.

Ninguna de las anteriores.

En caso de Si:



Ministerio de Salud
Argentina

La Historia Clínica Electrónica o los registros de salud electrónicos son:

- Un desarrollo propio.
- Un desarrollo de un tercero.

En caso de Un desarrollo de un tercero:

¿Cuál/es?

En caso de Si:

La Historia Clínica Electrónica o los registros de salud electrónicos:

- Es la misma y abarca a todo el establecimiento.
- Es la misma y abarca parcialmente al establecimiento (sólo algunas áreas, servicios, etc.).
- Son distintas y abarcan todo el establecimiento.
- Son distintas y abarcan parcialmente al establecimiento (sólo algunas áreas, servicios, etc.).

¿Cuenta con una plataforma para realización de recetas digitales o electrónicas?

- Si
- No

En caso de Si:

La plataforma para la realización de recetas digitales o electrónicas es de:

- Un desarrollo propio.
- Un desarrollo de un tercero.

En caso de Un desarrollo de un tercero:

¿Cuál/es?



Ministerio de Salud
Argentina

¿Cuenta con plataforma para teleconsulta?

Si

No

En caso de Si:

La plataforma para teleconsultas es:

Un desarrollo propio.

Un desarrollo de un tercero.

En caso de Un desarrollo de un tercero:

¿Cuál/es?

¿Cuenta con procedimientos o protocolos para la gestión de quejas, reclamos, agradecimientos y sugerencias de pacientes, familiares y miembros de la comunidad?

Si

No

En caso de Si:

¿Cuál es la metodología para recabar la experiencia de pacientes y familiares por la atención?

*Seleccionar la/s opcion/es que correspondan:

Sistema on line o por whatsapp de quejas, reclamos agradecimientos y sugerencias

Buzón de quejas reclamos, agradecimientos y sugerencias.

Libro de quejas reclamos, agradecimientos y sugerencias.

Encuestas post-atención.

Otros.

En caso de Otros:

¿Cuáles?



Ministerio de Salud
Argentina

¿Realizan encuestas de clima laboral para los/as trabajadores/as del establecimiento ?

*No se refiere a la encuesta de clima organizacional de FESCAS 2022

Si

No

En caso de SI:

¿Con qué regularidad?

Permanentemente.

De 3 a 6 meses.

De 6 a 12 meses.

Cada 2 años o más.

Adjuntar metodología de implementación y cuestionario de la encuesta.

[Subir documento](#)

¿Realizan encuestas de percepción de la calidad de la experiencia de pacientes en el establecimiento?

Si

No

En caso de SI:

¿Con qué regularidad?

Permanentemente.

De 3 a 6 meses.

De 6 a 12 meses.

Cada 2 años o más.



Ministerio de Salud
Argentina

Adjuntar metodología de implementación y cuestionario de la encuesta.

[Subir documento](#)

¿Cuenta con un proceso definido y personal propio o contratado abocado al análisis de la experiencia de pacientes, familia y comunidad; y otras retroalimentaciones? (que analice las encuestas, gestión del sistema de quejas, buzón, libro de quejas, etc.)

Si

No

¿La alta dirección y jefaturas son informados formalmente de los resultados del análisis de la experiencia de pacientes, familia y comunidad y otras retroalimentaciones?

Si

No

Sobre seguridad

Cuenta con procedimientos escritos y en funcionamiento para:

***Seleccionar la/ opciones que correspondan:**

Identificación inequívoca de pacientes.

Úlceras por presión.

Prevención de caídas.

Medicación de alto riesgo.

Lavados de manos.

Ninguna.



Ministerio de Salud
Argentina

El establecimiento mide de modo fiable indicadores para procedimientos de:

*Seleccionar la/ opciones que correspondan:

Identificación inequívoca de pacientes.

Úlceras por presión.

Prevención de caídas.

Medicación de alto riesgo.

Lavados de manos.

Ninguna.

¿Cuenta con personal responsable de control de infecciones asociadas al cuidado de la salud asignado con horas específicas para dicha tarea?

Si

No

En caso de SI:

Completar con los datos personal responsable de control de infecciones asociadas al cuidado de la salud asignado con horas específicas para dicha tarea:

*Debe completar con la información de, al menos, una persona.

	Nombre	Apellido	CUIL	Profesión
1				
2				
3				
4				



Ministerio de Salud
Argentina

5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				



Ministerio de Salud
Argentina

25				
26				
27				
28				
29				
30				

Sobre formación

¿Cuentan con un programa de formación permanente para los equipos de salud?

Si

No



Ministerio de Salud
Argentina

De los siguientes cursos del Ministerio de Salud, ¿Cuál/es le interesa para el personal de su establecimiento?

*Seleccionar la/s opción/es que correspondan

Calidad y seguridad FESCAS.

La gestión de la calidad en los establecimientos de salud.

Seguridad del paciente: resultado inherente a la gestión de la calidad y a la gestión de los riesgos.

Documentación en sistemas de gestión de calidad.

Cuidados humanizados.

Evaluación de calidad.

Curso de introducción a la vigilancia de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

Curso de introducción a la protección radiológica.

Curso de introducción en buenas prácticas de laboratorio.

Curso de buenas prácticas en residencias de larga estadía.

Indique otros cursos o capacitaciones que considera necesarios:

¿Cuenta con residencias formativas activas en su institución?

Si

No

En caso de SI:

Indicar cuales:
