



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 078 -2023-HSMSI/DE

ICA, 15 DE FEBRERO DEL 2023

VISTO:

El Memorando Nº 316-2023-HSMSI/D.ADMINISTRATIVA; Memorando Nº 173-2023-HSMSI/DE; Nota Nº 010-2023-HSMSI-CGC;

CONSIDERANDO:

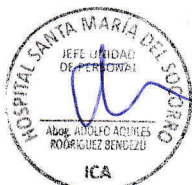
Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº26842 – Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, que tiene como objetivo Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 92-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”, con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, el numeral 5.1.12 de las Disposiciones Generales de la precipitada Directiva, define Operativamente **Ronda de Seguridad del Paciente**: Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva;

Que, mediante Nota Nº 010-2023-HSMSI-CGC, de fecha 06 de febrero del 2023, la Presidenta del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Santa María del Socorro de Ica, remite a la Dirección Ejecutiva la lista de Integrantes del “Equipo de Rondas de Seguridad



del paciente para el período 2023”, según Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en el establecimiento. Por lo que solicita se apruebe y se emita el acto resolutivo correspondiente;

Que, mediante Memorando N° 173-2023-HSMSI/DE, de fecha 09 de febrero del 2023, la Dirección Ejecutiva manifiesta a la Dirección Administrativa que la Presidenta del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Santa María del Socorro de Ica, solicita la aprobación mediante acto resolutivo del **“Equipo de Rondas de Seguridad del paciente para el período 2023”,** integrada por los profesionales según detalle del documento adjunto y en atención a la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en el establecimiento. Motivo por el cual ordena se proyecte el acto resolutivo y se notifique a quienes corresponda;

Que, mediante Memorando N° 316-2023-HSMSI/D. ADMINISTRATIVA de fecha 10 de febrero del 2023, la Dirección Administrativa en atención al documento de la referencia dispone la proyección de resolución de aprobación del **“Equipo de Rondas de Seguridad del paciente para el período 2023”,** integrada por los profesionales según detalle del documento adjunto y en atención a la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en el establecimiento. En tal sentido ordena se proyecte el acto resolutivo y se notifique a los administrados;

En uso de sus facultades conferidas según Decreto Ley N° 22867, y de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales modificada por la Ley N° 27902;

Estando a lo visado por Dirección Administrativa y Jefe de la Unidad de Personal del Hospital Santa María del Socorro de Ica;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **“EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL PERÍODO 2023”** del Hospital Santa María del Socorro de Ica, el cual estará integrado por los siguientes profesionales:

NOMBRES Y APELLIDOS	EQUIPO
M.C. HECTOR GONZALO QUISPE CARRASCAL Director Ejecutivo del HSMSI	LIDER
Abog. ALAN RODOLFO NUÑEZ ALDANA Director Administrativo del HSMSI	MIEMBRO
C.D. MONICA ARACELI MENDOZA MARTINEZ Presidenta del Comité de Gestión de la Calidad	SECRETARIO
M.C. LOLA DE LA CRUZ ESCAJADILLO Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	MIEMBRO
LIC. ENF. OLIVIA CURASI GOMEZ Jefe del Departamento de Enfermería	MIEMBRO

Q.F. BETTY SUSYBEL LENGUA SALDIAS <i>Jefe del Servicio de Farmacia</i>	MIEMBRO
M.C. RAFAEL CESAR RAMOS MARTINEZ <i>Jefe del Departamento del Centro Quirúrgico</i>	MIEMBRO
M.C. MARIA ANYELLA VIZARRETA CABRERA <i>Jefe del Servicio de Emergencia</i>	MIEMBRO
M.C. CRISTEL JOSSELINE GONZALES MEJIA <i>Jefe del Departamento de Medicina</i>	MIEMBRO
M.C. NILDA BONIFACIO MAMANI <i>Jefe del Departamento de Cirugía</i>	MIEMBRO
M.C. MARIA EMMA TIPIANI VALERA <i>Jefe del Departamento de Pediatría</i>	MIEMBRO
M.C. CARLOS HUGO GUERRERO CHACALTANA <i>Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia</i>	MIEMBRO
M.C. JULIO HERNAN CALDAS VASQUEZ <i>Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes</i>	MIEMBRO
Ing. MIRKO RAFAEL PINEDA HOSTIA <i>Jefe del Servicio de servicios Generales y Mantenimiento</i>	MIEMBRO
Lic. Enf. KELIN JEANINA VILLENA PATIÑO <i>Coordinadora del Programa de TBC.</i>	MIEMBRO
Lic. Enf. JAQUELINE EVELIN ARONES ORTIZ <i>Jefe del Área de Consulta Externa</i>	MIEMBRO
C.D. RENSON TATAJE LOPEZ <i>Responsable de mejora continua del Comité de gestión de la Calidad</i>	MIEMBRO



ARTÍCULO SEGUNDO.- NOTIFICAR, la presente Resolución a los Administrados, Dirección Ejecutiva, Dirección Administrativa y Unidad de Personal, para su conocimiento;

ARTICULO TERCERO.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el portal web de Transparencia del Hospital Santa María del Socorro de Ica;

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

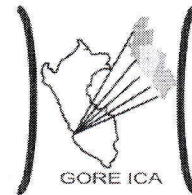
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MC. Hector Gonzalo Quispe Carrascal
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P.: 37219/ANF

HGQC/DE-HSMSI
ARNA/D.ADM-HSMSI
AARB/J-UPER-HSMSI



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO-ICA
RESOLUCIÓN DIRECTORAL



Nº 071 -2023-HSMSI/DE

ICA, 09 DE FEBRERO DEL 2023

VISTO:

El Memorando N° 272-2023-HSMSI/ D.ADMINISTRATIVA; Memorando N° 151-2023-HSMSI/DE; Nota N° 009-2023-HSMSI-CGC;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842 – Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, que tiene como objetivo Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”, con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, mediante Nota N° 009-2023-HSMSI-CGC de fecha 03 de febrero del 2023, la Presidenta del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Santa María del Socorro de Ica, remite a la Dirección Ejecutiva el “**Plan de Seguridad del Paciente y Cronograma de Rondas de Seguridad - Período 2023**”, con la finalidad de contribuir la mejora de la calidad y Seguridad de la Atención de Salud que se brinda en el establecimiento. Por lo que se hace necesario la aprobación y remisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante Memorando N° 151-2023-HSMSI/DE, de fecha 06 de febrero del 2023, el Director Ejecutivo, comunica a la Dirección Administrativa que la Presidenta del Comité de Gestión de la Calidad del Hospital Santa María del Socorro de Ica, solicita la aprobación y emisión del acto resolutorio del “**Plan de Seguridad del Paciente y Cronograma de Rondas de**



Seguridad -Período 2023”, de acuerdo al detalle del documento adjunto. Por lo que dispone se proyecte el acto resolutivo y se notifique a quienes corresponda;

Que, mediante Memorando N° 272-2023-HSMSI/D. ADMINISTRATIVA de fecha 06 de febrero del 2023, la Dirección Administrativa comunica a la jefatura de la Unidad de Personal que de acuerdo al documento de la referencia, dispone se proyecte el acto resolutivo de aprobación del **“Plan de Seguridad del Paciente y Cronograma de Rondas de Seguridad - Período 2023”** del Hospital Santa María del Socorro de Ica y se notifique a los administrados;

En uso de sus facultades conferidas según Decreto Ley N° 22867, y de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales modificada por la Ley N° 27902;

Estando a lo visado por Dirección Administrativa y Jefe de la Unidad de Personal del Hospital Santa María del Socorro de Ica;


SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR el **“PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD - PERÍODO 2023”** del Hospital Santa María del Socorro de Ica, la misma que forma parte integrante de la presente resolución, cuyo contenido comprende: Introducción, finalidad, objetivos, base legal, ámbito de aplicación, definiciones operativas, consideraciones generales, actividades, cronograma de actividades y anexos; en cuarenta y tres (43) folios; y por las consideraciones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución.

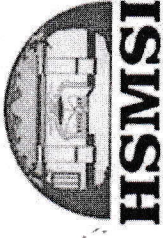
ARTICULO SEGUNDO.- NOTIFICAR, la presente resolución a la Dirección Ejecutiva, Dirección Administrativa, Unidad de Personal, y Jefatura del Comité de Gestión de la Calidad, del Hospital Santa María del Socorro de Ica para su conocimiento y cumplimiento.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el portal web de Transparencia del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

MC. Hector Gonzalo Quispe Carrasco
DIRECTOR EJECUTIVO
EMP: 37219 RFE: 2017-10

HGQC/DE-HSMSI
ARNA/D.ADM-HSMSI
AARB/J-UPER-HSMSI



ANEXO 1

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA.

IPRESS: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO - ICA

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DR HECTOR GONZALO QUISPE CARRASCAL

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
1	31/01/2023	11:00 a.m.	2	24/02/2023	11:00 a.m.	3	31/03/2023	11:00 a.m.	4	28/04/2023	11:00 a.m.
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
5	26/05/2023	11:00 a.m.	6	26/05/2023	11:00 a.m.	7	21/07/2023	11:00 a.m.	8	25/08/2023	11:00 a.m.
SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
9	29/09/2023	11:00 a.m.	10	27/10/2023	11:00 a.m.	11	24/11/2023	11:00 a.m.	12	15/12/2023	11:00 a.m.



Gobierno Regional ICA
 DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

C.D. MONICA MENDOZA MARTINEZ
 Presidente del Comité de Gestión de la Calidad
 C.O.P. 16323

Gobierno Regional ICA
 DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

Dr. Olvia Curassi Goni
 JEFA DEL DPTO. DE ENFERMERIA

Gobierno Regional ICA
 DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

Dr. Olvia Curassi Goni
 JEFA DEL DPTO. DE ENFERMERIA

Gobierno Regional ICA
 DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

Dr. Hector Gonzalo Quispe Carrascal
 DIRECTIVO
 UIMP-19219 Imp. 100.00

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA



COMITE DE GESTION DE LA CALIDAD

UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	3
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS GENERALES.....	4
IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
V. BASE LEGAL	4
VI. AMBITO DE APLICACIÓN	5
VII. DEFINICIONES OPERATIVAS	5
VIII. CONSIDERACIONES GENERALES.....	7
IX. ACTIVIDADES	8
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	11
XI. ANEXOS.....	13



INTRODUCCION

La seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

La OMS en el 2004 lanzó la Alianza mundial, para la Seguridad del Paciente (World Alliance for patient safety en su denominación en inglés) cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables. La OMS también promueve y difunde la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura como una de las estrategias prioritarias para disminuir los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas.

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

En nuestro país está en implementación el plan nacional para la seguridad del paciente el cual busca que los Hospitales identifiquen la naturaleza de los eventos adversos, luego sean capaces de analizarlos, formular propuesta de mejora, socializar sus intervenciones e implementar algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora.

En el Hospital Santa María del Socorro de Ica, venimos desarrollando actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios y a disminuir los riesgos de eventos adversos, los mismos que aún resultan insuficientes y por lo cual la actual gestión ha considerado otorgarle la prioridad necesaria para mejorar nuestro desempeño institucional particularmente en lo que comprende la Seguridad del Paciente. El presente plan es un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema, en su contenido presenta objetivos, actividades y metas distribuidos en el año y los responsables operativos.

Unos de los ejes estratégicos del comité de Gestión de la Calidad del Hospital Santa María del Socorro de Ica, es la Seguridad del Paciente cuyo objetivo es lograr que los servicios del Hospital sean lugares seguros para la atención de los pacientes mediante la reducción de riesgos.



I. FINALIDAD

Desarrollar un entorno seguro en los servicios de salud que brinda el Hospital Santa María del Socorro de Ica mediante la reducción de riesgos y mejorando la seguridad de los pacientes.

II. OBJETIVO GENERAL

Lograr disminuir los riesgos y daños al paciente a través de una cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación de las buenas prácticas de atención en seguridad del paciente

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Adaptar, difundir e implementar las Buenas Prácticas de Atención en la Seguridad del Paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos.
2. Establecer un mecanismo de aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.
3. Seguimiento del proceso de aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad.
4. Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctivas en el Hospital.
5. Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del comité “Técnico para la Seguridad del Paciente”.
5. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
8. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se aprueba la directiva sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN, Directiva sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión de riesgo en la atención de salud.
9. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba “La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
10. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la “La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.



11. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA que aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
12. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad”.

V. **AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Plan es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital Santa María del Socorro de Ica con mayor énfasis en aquellas que participan en la entrega de servicios de salud.

VI. **DEFINICIONES OPERATIVAS**

Acciones de mejora.- Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Apreciación del riesgo.- Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

Atención Segura.- Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son Consistentes con el conocimiento profesional actual.

Acción insegura.- Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

Barrera de Seguridad.- Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Complicación.- Resultado Clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Cultura de Seguridad.- Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

Equipo Quirúrgico.- Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal enfermería técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.



Error de Medicación.- Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Error.- Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

Estrategia de anestesia segura: Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.

Estrategia de Cirugía Limpia.- Incluye el Lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

Estrategia de profesionales Seguros.- Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.

Evento Adverso en Salud.- Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Evento centinela.- Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

Evento con Daño.- Son de tres tipos:

Leve.- Cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.

Moderado.- Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente

Grave.- Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Incidente.- Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente.- Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es



innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

Infección asociado a la Atención de salud –IAAS.- En toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina (s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En el caso de los neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS.- son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan la atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyudar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.

Pausa quirúrgica.- Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.

Protocolo de Londres.- Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

Riesgo.- Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Rondas de Seguridad del Paciente.- es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Seguridad del Paciente.- Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención en salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPS).- Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios en relación directa con su nivel de complejidad.

Gestión de Riesgo.- Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

Es necesario contar con un Comité de Seguridad del Paciente que analice acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales el cual debe estar conformado por un grupo básico multidisciplinario y proactivo.

El Comité de Seguridad del Paciente debería estar conformado de la siguiente manera.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Presidente
Coordinador del Equipo de Calidad y Seg. Pac.	Vice presidente
Equipo de Calidad y Seguridad del Paciente	Secretario
Jefatura del servicio de Epidemiología y salud Ambiental	Miembro
Jefe del Departamento de Medicina	Miembro
Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	Miembro
Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro
Jefe del Departamento de Anestesiología	Miembro
Jefe del Departamento de Emergencia y cuidados críticos	Miembro
Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
Jefe del Departamento de Odontología	Miembro
Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	Miembro
Jefe de Mantenimiento y servicios generales	Miembro
Coordinadora de Estrategias Sanitarias	Miembro
Jefe del departamento de Farmacia	Miembro



FUNCIONES DEL COMITÉ

- **Presidente:** Convocar y presidir las reuniones del Comité de Seguridad del Paciente, cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las reuniones del Comité, proponer las medidas correctivas convenientes.
- **Vicepresidente:** Reemplaza al Presidente en caso de impedimento, licencia o ausencia temporal, ejerciendo las mismas atribuciones y asumiendo las mismas responsabilidades del Presidente.
- **Secretario:** Llevar al día los libros de Actas de reuniones, transcribir los acuerdos de las reuniones.
- **Miembro:** Asistir a todas las reuniones programadas, colaborar con el Presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

VIII. ACTIVIDADES

Objetivo Especifico 1: Adaptar, difundir e implementar las Buenas Prácticas de Atención en la Seguridad del Paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos.

- Participar en la capacitación, evaluación y adherencia de la técnica de lavado de manos en los servicios priorizados en coordinación con la oficina de Epidemiología y Salud ambiental.
- Difundir las buenas prácticas de atención de seguridad del paciente en los servicios del hospital.
- Supervisar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias Gineco-Obstetricas, Centro Obstétrico, Cirugía y Neonatología con rondas de seguridad y auditoria de historias clínicas de los Departamentos.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos implementación del sistema de dispensación de dosis unitarias, reporte de dosis unitaria.

Objetivo Especifico 2: Desarrollar mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.

- Establecer mecanismos de difusión y aprendizaje colectivo sobre eventos adversos.
- Incluir dentro del portal web de las institución temas sobre seguridad del paciente, difusión de ficha de reporte flujograma de evento adversos, Guía del Paciente.



- Discusión de casos de eventos centinela utilizando el Protocolo de Londres.
- Elaborar e implementar la Guía de Seguridad del Paciente, Lavado de manos (trípticos o dípticos)
- Monitoreo periódico del plan de seguridad del paciente.

Objetivo Especifico 3: Seguimiento del proceso de aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad.

- Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Ejecutar las Rondas de Seguridad.

Objetivo Especifico 4: Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctivas en el Hospital.

- Realizar y capacitar en el manejo de las herramientas y metodologías para el análisis de los eventos adversos y gestión clínica del riesgo a los Jefes de Departamento y otros afines.
- Capacitar al personal en el diseño e implementación de proyectos de mejora de la seguridad del paciente.

Objetivo Especifico 5: Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

- Llevar a cabo reuniones de sensibilización al personal de Salud en el tema de Seguridad del Paciente.
- Diseño de un Sistema de identificación, registro, reporte, notificación, procesamiento y análisis de evento adversos.

Tablero de indicadores de seguridad del paciente.

- Fractura de Clavícula mensual
- Parálisis braquial mensual
- Hipoxia neonatal mensual
- Reporte de caídas de paciente por servicios mensual
- Evidencias de haber involucrado a los usuarios en la seguridad de la atención.
- Implementación de la lista de verificación de Seguridad de Cirugía.



GUIA PARA LAS RONDAS DE SEGURIDAD HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

I. DEFINICION

Contribuir con la mejora de la calidad de vida en las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud- IPRESS públicas y mixtas del Sector Salud.

Practica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

II. OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector salud.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio
- Educar in situ al personal
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.
- Fortalecer la cultura por la seguridad del paciente.

IV. METODO

- Elaborar Plan y cronograma de Rondas de Seguridad (seleccionando las áreas según riesgos mayores identificados)
- Aprobación del Plan por la Dirección General o Ejecutiva Comunicación escrita de la Dirección a las Unidades involucradas sobre realización de las Rondas de seguridad para conocimiento, involucramiento y elaboración de informe.
- El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera:
 - Director Ejecutivo o personal designado por la Dirección (Líder)
 - Director administrativo de la IPRESS



- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad (secretario Técnico)
 - Jefe de la Unidad de Epidemiología
 - Jefe del Departamento de Enfermería
 - Jefe del Departamento a Supervisar
 - Jefe del Departamento de Farmacia.
- Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
 - La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista
 - Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en:
 - La evaluación de prácticas inseguras en la atención del paciente
 - Identificación correcta de pacientes quirúrgicos así como exámenes auxiliares, diagnósticos por imágenes, etc.
 - Historia Clínica actualizada ordenada y legible (revisar calidad de la prescripción).
 - Disposición de los medicamentos (almacenamiento, orden, rotulación, fecha de vencimiento, etc.)
 - Disposición de Residuos Hospitalarios
 - Medidas de Bioseguridad
 - Higiene de manos
 - Identificación de otros riesgos de daño sobre el paciente.
 - Se entrevistara tanto al personal de salud como a los pacientes y sus familiares.
 - Las observaciones se consignan en Acta.
 - Cada Ronda de seguridad debe informarse a la Dirección, adjuntando el Acta y enviando copia a las Unidades involucradas para cumplimiento de las recomendaciones.
 - Establecer la metodología para la valoración y priorización de los riesgos identificados en las rondas de seguridad del paciente, generando compromisos con Dirección de la IPRESS y el personal de salud de la IPRESS, para la mejorar la seguridad del paciente.
 - Considerar la felicitación por escrito al personal que realiza prácticas seguras.

Los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del paciente tienen las siguientes funciones:

- ✓ El Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de rondas de Seguridad del Paciente (anexo 1), el cual debe ser aprobado y firmado por el titular/responsable de la IPRESS, el Responsable de la oficina de gestión de la calidad, el responsable de la oficina de Epidemiología y el responsable del departamento de enfermería, incluida fecha, hora y día en que se aplicara la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.
- ✓ El Líder del equipo debe convocar a los miembros del equipo, según el cronograma aprobado.



- ✓ El secretario Técnico del equipo se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- ✓ Todos los miembros del equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- ✓ El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y elevarlo al Despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- ✓ El secretario Técnico, comunica a los responsables de la UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

De la Organización, Aplicación y Acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente:

Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente

- ✓ El Líder del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente según cronograma aprobado (anexo 1).
- ✓ La UPSS a ser visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- ✓ El Líder del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al equipo de Rondas.
- ✓ El secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.

Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente

- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndose aplicar de forma quincenal, según lo defina el líder del equipo de Rondas en el Cronograma anual.
- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- ✓ La duración de la Ronda de seguridad del paciente debe ser como máximo de dos horas.
- ✓ La metodología se basa en observación directa, revisión, documentaria y entrevista al personal de salud y a los pacientes.
- ✓ Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (anexo 2)
- ✓ Al finalizar la Ronda de Seguridad del Paciente, el secretario ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente y presenta la hoja de resultados de Evaluación (anexo 3) a todos los miembros del equipo de Rondas para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.



- ✓ El secretario técnico, elabora y suscribe el informe de Rondas de Seguridad aplicado y adjunto la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas a las acciones inseguras identificadas, el informe es dirigido a la máxima autoridad o titular de la IPRESS.

Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión del riesgo

- ✓ El secretario técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos. (anexo 4)
- ✓ El secretario Técnico junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente. (anexo 5)
- ✓ El secretario técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convocan al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado. (anexo 6)
- ✓ El secretario técnico, informa a la máxima autoridad o titular de la IPRESS, el plan de Acción a ser implementado.
- ✓ El secretario técnico designa a un miembro del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo (anexo 7)

Difusión e implementación de la presente Directiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- ✓ Dirección General de Aseguramiento e intercambio prestacional y las Unidades de Gestión de IPRESS, realizan la difusión física y virtual de la presente directiva sanitaria en todas las IPRESS a nivel nacional.
- ✓ La máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda, debe difundir en medio físico y digital la presente directiva en todas las IPRESS a nivel nacional.
- ✓ Realizada la difusión, a la estrategias que favorezcan la implementación de la directiva considerando jornadas de sensibilización permanentes.
- ✓ El secretario técnico, debe desarrollar módulos de capacitación integral y holísticos considerando, como mínimo temas de seguridad del paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa –raíz y gestión de riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información, entre otros.



- ✓ Los profesionales responsables de los Departamentos/ servicios o UPSS deben programar y gestionar los requerimientos de los equipos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas practicas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- ✓ El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS. Las técnicas a utilizar son de Observación, entrevista y revisión documentaria.
- ✓ La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces en la IPRESS y se hace mediante los indicadores establecidos en la Presente directiva Sanitaria (anexo 8)
 - Porcentaje de rondas de seguridad del paciente aplicadas en la institución prestadora de servicios de salud.
 - Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en la institución prestadora de servicios de salud.
 - Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la institución prestadora de servicios de salud.

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% de rondas de seguridad del paciente aplicadas en la institución prestadoras de servicios de salud	$\text{N}^\circ \text{ de rondas de seguridad del paciente aplicadas} / \text{N}^\circ \text{ de rondas de seguridad del paciente programadas} \times 100$	Cronograma de rondas, hojas de resultados de evaluación de rondas de seguridad del paciente aplicadas.	Trimestral
% de cumplimiento de buenas prácticas en la institución prestadora de servicios de salud	$\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes} / \text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados} \times 100$	Listados de criterios de evaluación, hojas de resultados de evaluación de rondas de seguridad del paciente aplicadas	Trimestral
% de acciones de mejora implementadas en la institución prestadoras de servicios de salud	$\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas} / \text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas} \times 100$	Plan de acción, informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral

RESPONSABILIDADES



- ✓ La dirección general de aseguramiento e intercambio prestacional, es la responsable de la difusión, asistencia técnicas, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.
- ✓ La supervisión y evaluación de la implementación y aplicación de la presente Directiva Sanitaria, está a cargo de la oficina de gestión de la calidad.
- ✓ La máxima autoridad o titular de la IPRESS, los jefes de las UPSS o los responsables de las UPSS y los responsables de la administración de la IPRESS, aplican la presente Directiva en la IPRESS, considerando el ámbito de sus competencias.

DISPOSICIONES FINALES

- ✓ Una vez aprobada la presente directiva, las rondas de seguridad del paciente deben ser incluidas en el Plan Anual de Gestión de la Calidad de la IPRESS, según criterios de programación anual, siempre en forma posterior a la conformación del equipo que las aplicara.
- ✓ Las acciones de mejora del Plan de Acción post rondas de seguridad del paciente deben ser incluidas en los respectivos planes operativos de la IPRESS, así como, en la programación de actividades de las UPSS relacionados.

ANEXOS.

Anexo 1: Modelo de cronograma anual de rondas de seguridad del paciente.

Anexo2: Criterios de evaluación.

Anexo3: Hoja de resultados de evaluación.

Anexo4: Valoración de los riesgos identificados en la rondas de seguridad del paciente

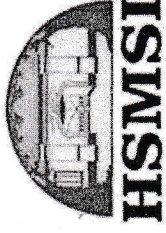
Anexo5: Priorización de las intervenciones para evitar, reducir o mitigar los riesgos

Anexo6: Modelo del Plan de Acción.

Anexo7: Modelo de ficha de monitoreo

Anexo8: indicadores de Evaluación.





ANEXO 1

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA.

**IPRESS: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO - ICA
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DR HECTOR GONZALO QUISPE CARRASCAL**

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
1	31/01/2023	11:00 a.m.	2	24/02/2023	11:00 a.m.	3	31/03/2023	11:00 a.m.	4	28/04/2023	11:00 a.m.
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
5	26/05/2023	11:00 a.m.	6	26/05/2023	11:00 a.m.	7	21/07/2023	11:00 a.m.	8	25/08/2023	11:00 a.m.
SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
9	29/09/2023	11:00 a.m.	10	27/10/2023	11:00 a.m.	11	24/11/2023	11:00 a.m.	12	15/12/2023	11:00 a.m.



GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

C.D. MONICA MENDOZA MARTINEZ
 Presidente del Comité de Gestión de la Calidad
 COP 16323

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

LOLA DE LOSA
 JEFA DE EPIDEMIOLOGIA
 1414 1013

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ANA CURASSI
 JEFA DEL PTO. DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

M.C. Hector Gonzalo Quispe Carrascal
 DIRECTOR EJECUTIVO
 1414 1013



ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		NO APLICA
				SI	NO	
BUENAS PRÁCTICAS	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio correspondientes a la última atención. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del IEISS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y Fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de la Funciones Biológicas: apellido, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de los diagnósticos con codificación CE10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención y Apreciación Subjetiva, apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
Registro y gráfico de la Funciones Vitales.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"				
Registro de la Hoja de Balance hidro-electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historia clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/2018 DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"				






CRITERIOS DE EVALUACIÓN


RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA:	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BUENAS PRÁCTICAS	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica "Auditoría de la calidad de la atención en Salud".			
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica "Auditoría de la calidad de la atención en Salud".			
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica "Auditoría de la calidad de la atención en Salud".			
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica "Auditoría de la calidad de la atención en Salud".			
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos.	Recomendaciones del Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. / D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.			
	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normalidad vigente.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de la fecha y hora del Alta del paciente.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de las indicaciones del Alta del paciente además de la Epícrisis incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de los informes de los Procedimientos realizados al paciente.	...	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
	Registro de la Contrareferencia del paciente.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"			
La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"				
Historia Clínica ordenada y limpia	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar.	NTS N° 139-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"				



ANEXO 2		CRITERIOS DE EVALUACIÓN		HSMMSI		
RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		FECHA:		CUMPLE		
SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	SI	NO	NO APLICA
 BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante	Correspondencia de la Dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCl tomadas al azar.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud"			
3						



ANEXO 2		CRITERIOS DE EVALUACIÓN		HSMISI	
RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		FECHA:		CUMPLE	
SERVICIO		METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		SI	NO
BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR		NO	APLICA
 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo/ NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias y releses.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de salud.		
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del paciente - OMS / estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International.		
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	Soluciones para la Seguridad del paciente - OMS / estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International.		



SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
BUENAS PRÁCTICAS	En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo	Verificar la existencia del Informe (Último informe semestral).	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del paciente.	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre).	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la "Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la "Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe el (la) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la "Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe el (la) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la "Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe el (la) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la "Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativa.	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión operativa y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud".		
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cialítica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud".		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en Recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en Recuperación.	R. M. N° 486-2005/MINSA. NT N° 030-MINSA-DGSP "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".		
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia clínica de todos los pacientes en Sala de Recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica". VI.1.2 Formatos de la Historia Clínica. Formatos especiales. Formatos de Anestesia.		



SERVICIO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		NO APLICA
					SI	NO	
		Paciente tiene brazalete de identificación y los Datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia clínica.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: Nombres, apellidos y N° de cama.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la historia clínica: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia clínica.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Identificación de riesgo de caídas del paciente en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgos de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgos de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la seguridad del paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission Internacional.			
		Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la historia clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.			
		Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con la historia clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.			
		Paciente cuenta Con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			
		Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			
		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			
		Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 historias clínicas tomadas al azar.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			
		Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			
		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor(a) de Enfermería y al Médico de Guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.			

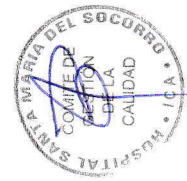


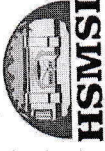


SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA:	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BUENAS PRÁCTICAS	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración contrastándolo con la historia clínica.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia de Coche de paro en el servicio y su contenido, según lo descrito en el Anexo 1.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ellas.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por similitud de nombres o de presentación.	Verificar el Almacenamiento de los medicamentos	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Medicamentos se encuentran debidamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contraste el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia clínica.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondiente al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° de lote y fecha de vencimiento. Contraste el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Existencia de un mecanismo de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° de lote y fecha de vencimiento. Contraste el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: Paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), Medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), Dosis correcta (dilución, velocidad correcta de infusión), Vía de administración correcta (contrastar con HC), Hora de administración correcta (contrastar con HC y kardex de enfermería).	RM N° 676-2006/MINSA Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International.			



ANEXO 2		CRITERIOS DE EVALUACIÓN		HMSI	
SERVICIO		RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		FECHA:	
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	NO APLICA
				SI	NO
BUENAS PRÁCTICAS	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo, de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación de su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
	Información y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
SEGURIDAD SEXUAL	Control de entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resultan oportunas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en mente. Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente.		
					8.1





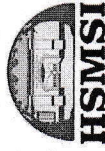
ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SERVICIO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA:	CUMPLE		
					SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.	Evaluación inicial del riesgo de Úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de Úlceras por presión previas	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Protocolización de la Guía de atención para la prevención y control de Úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las Úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informe al respecto / Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Notificación de Úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de Hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso adecuado.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Aplicación de Guía de curación de Úlceras por presión, según estadíos.	Verificar la existencia de la Guía de curación / Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con Úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalización como en aquellos atendidos en domicilio.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				





SERVICIO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
						SI	NO	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias; enfermedad somática grave crónica; antecedentes de conducta mental o autolesiva; intentos suicidas previos; conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Comprobar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejado nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabadian.						
									10





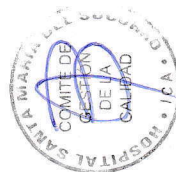
SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA:	CUMPLE		NO APLICA
				SI	NO	
BUENAS PRACTICAS	<p>La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.</p> <p>Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.</p> <p>La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.</p> <p>Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.</p> <p>Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los Profesionales Médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.</p>	<p>Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.</p>	<p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p>			
COMUNICACIÓN EFECTIVA	<p>Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los Profesionales Médicos encargados al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.</p> <p>Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.</p> <p>Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.</p> <p>La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.</p> <p>El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.</p>	<p>Verificar documentadamente el cambio de turno entre Médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.</p> <p>Verificar documentadamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.</p> <p>Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.</p> <p>Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.</p> <p>Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otros servicios lleva su historia clínica.</p> <p>Verificar en la historia clínica la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión, en cualquier grado.</p>	<p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Estándares para la acreditación de Hospitales Joint Commission International</p>			



SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		NO APLICA
					SI	NO	
BUENAS PRÁCTICAS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar la disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar la disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar la disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Cumplimiento del ratio lavamanos / paciente-cama de al menos 1: 10	Verificar el ratio mínimo recomendado.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumple los pasos. Ver Anexo N° 02.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumple los pasos. Ver Anexo N° 02.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales el requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.		"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de seguridad del paciente / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.			



ANEXO 2 CRITERIOS DE EVALUACIÓN		RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		FECHA:			
SERVICIO		VERIFICADOR		METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR			
BUENAS PRÁCTICAS	BIOSEGURIDAD (Responsable: Ing. Kathy)	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
					SI	NO	NO APLICA
		Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N° 554-2012/MINSA Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA-V-01 Norma Técnica de Salud "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo".			
		Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	RM N° 554-2012/MINSA Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA-V-01 Norma Técnica de Salud "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo".			
		Cuidado y manejo de los cáterles se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de Bioseguridad y protección personal.	RM N° 554-2012/MINSA Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA-V-01 Norma Técnica de Salud "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo".			
		Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	RM N° 554-2012/MINSA Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA-V-01 Norma Técnica de Salud "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo".			
		El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	RM N° 554-2012/MINSA Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA-V-01 Norma Técnica de Salud "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo".			
		Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.	RM N° 660-2014-MINSA NTS 110 MINSA/DGEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención" / RM N° 523-2007/MINSA "Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias".			
		Se observa si se encuentran las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondier.	RM N° 660-2014-MINSA NTS 110 MINSA/DGEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención" / RM N° 523-2007/MINSA "Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias".			
		Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM N° 660-2014-MINSA NTS 110 MINSA/DGEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención" / RM N° 523-2007/MINSA "Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias".			



ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA:

SERVICIO

BUENAS PRÁCTICAS

VERIFICADOR

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR

NORMATIVIDAD / REFERENCIA

CUMPLE

SI

NO

NO APLICA

Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.
Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.

Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.
Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.

Cuidado y manejo de los cáterles se realiza de acuerdo a normas.
Verificar medidas de Bioseguridad y protección personal.

Cumplimiento de las medidas de aislamiento.
Verificar equipos de protección personal.

El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.
Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.

Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.
Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.

Se observa si se encuentran las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.
Observar señalización de correspondier.

Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.
Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.





ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



SERVICIO	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	FECHA:	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
					SI	NO	NO APLICA
BUENAS PRACTICAS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar existencia de Equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.				
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar operatividad de Equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.				
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de Equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.	NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.				
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				
	Verificación de que le UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.				



ANEXO 4

VALORACION DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La valoración de los riesgos se realiza mediante las variables Probabilidad y Gravedad/Impacto, según se detalla:

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

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- ✓ **Frecuente (5):** El incumplimiento del verificador ha sido frecuente y recurrente, siendo casi inevitable. Es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente, Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- ✓ **Probable (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
- ✓ **Ocasional (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- ✓ **Infrecuente (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- ✓ **Raro (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a los procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

Frecuente	5
Probable	4
Ocasional	3
Infrecuente	2
Raro	1

2.- GRAVEDAD/ IMPACTO: Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el usuario (que puede ser el paciente, su familia o el gestor).



Valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/penalización / indemnización.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- ✓ **Catastrófico (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de la seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de las normas. Origina la total insatisfacción del usuario, ya que produce la muerte del paciente.
- ✓ **Importante (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevado en el paciente. Requiere de constantes reintervenciones que ponen en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de las normas. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de discapacidad permanente.
- ✓ **Moderado (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observara el deterioro en el rendimiento de la prestación. Puede ocasionare reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.
- ✓ **Tolerable (2):** El incumplimiento del verificador originara un menor inconveniente al usuario. Probablemente, este observara un pequeño deterioro del rendimiento de la prestación sin darle importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad temporal o permanente.
- ✓ **Insignificante (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia, origine efecto real alguno sobre el rendimiento de la prestación. Probablemente, el usuario no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.

Catastrófico	10
Importante	7
Moderado	4
Tolerable	2
Insignificante	1

La Valoración de Riesgo, es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, lo cual se valora en la matriz de riesgos de la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente.

Seleccione las siguientes opciones:

- ✓ **Riesgo Intolerable (35-50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo.
- ✓ **Riesgo Importante (20-34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo pero con repercusiones significativas.
- ✓ **Riesgo Moderado (4-19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media a baja de aparición de un riesgo y de trascendencia moderada o tolerable.

- ✓ **Riesgo Bajo (1-3):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia para la aparición de un riesgo.

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD/ IMPACTO				
Probabilidad	5	5	10	20	35	50
	4	4	8	16	28	40
	3	3	6	12	21	30
	2	2	4	8	14	20
	1	1	2	4	7	10

Valoración de Riesgo

Riesgo intolerable	35-50
Riesgo Importante	20-34
Riesgo Moderado	4-19
Riesgo Bajo	1-3



ANEXO 5

PRIORIZACION DE LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.- FACTIBILIDAD DE INTERVENCION: El estudio de la evitabilidad o de factibilidad en una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:

1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.

1.2 La factibilidad económica y el costo – oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.

1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- ✓ **Evitable (3):** Cuando la factibilidad científica, económica y de costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.
- ✓ **Reducible (2):** Cuando la factibilidad científica, económica y de costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias a través de un Plan de Reducción de Riesgos.
- ✓ **Inevitable (1):** cuando la factibilidad científica, económica y de costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCION (ECONOMICA-CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2.- PRIORIDAD DE INTERVENCION: Es el producto de la relación existente entre el resultado de la valoración del riesgo con la factibilidad de la intervención a partir del cual construye el listado de priorización de intervención en el plan de acción.



ANEXO 6
MODELO DE PLAN DE ACCION

	TRIMESTRE	AÑO	SELECCIONE:
IPRESS:	Fecha de aplicación		(dd/mm/aaaa)
UPSS:	RESP EPIDEMIOLOGIA		
TITULAR IPRESS:	RESP DE LA UPSS:		
RESP ADMINISTRACION:	RESP OFIC/UNIDAD CALIDAD		
RESP DPTO/SERVICIO/ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE CARGO	PLAZO (dd/mm/aaaa)



ANEXO 8

INDICADORES DE EVALUACION

1.- PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- Fórmula de cálculo N° de rondas de seguridad del paciente aplicadas/ N° de rondas de seguridad del paciente programadas x 100.
- Tipo de indicador: de proceso
- Fuente auditable: Cronograma de rondas de seguridad del paciente, hoja de resultados de evaluación de rondas de seguridad del paciente aplicadas.
- Meta Anual: porcentaje de rondas de seguridad del paciente aplicadas en la Institución prestadora de salud $\geq 90\%$.
- Frecuencia de Reporte: Trimestral
- Responsable de la medición: responsable de la oficina /unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces.
- Responsable del análisis y consolidación: el equipo de rondas de seguridad del paciente es responsable del análisis y el responsable de la oficina/unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces de la consolidación.

2.- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

- Fórmula de cálculo N° de verificadores conformes/ N° de verificadores evaluados x 100.
- Tipo de indicador: de resultado
- Fuente Auditable: listado de criterios de evaluación, hoja de resultados de evaluación de la ronda de seguridad del paciente aplicadas.
- Meta Anual: porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en las instituciones prestadoras de servicios de salud $\geq 90\%$. Por rondas de seguridad del paciente.
- Frecuencia de reporte: trimestral
- Responsable de la medición: responsable de la oficina/unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces
- Responsable del análisis y consolidación: el equipo de rondas de seguridad del paciente es responsable del análisis y el responsable de la oficina/unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces de la consolidación.

3.- PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLMENTADAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

- Fórmula de cálculo: N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100
- Tipo de indicador : de proceso y resultado



- c. Fuente auditable: Plan de Acción, informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejoras implementadas.
- d. Meta Anual: porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud $\geq 90\%$. Por rondas de seguridad del paciente.
- e. Frecuencia de reporte: trimestral
- f. Responsables de la medición: Responsable de la oficina/unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces
- g. Responsable del análisis y consolidación: el responsable de la oficina/unidad de gestión de la calidad de la IPRESS a quien haga sus veces de la consolidación.

