



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestación y
Aseguramiento

Instituto Nacional
Materno Perinatal

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

HETD: 21-1735-1

Lima, 29 de enero de 2021

OFICIO N°194-DG-032-OGC-INMP-2021

Señor Doctor

VÍCTOR FREDDY BOCANGEL PUCLLA

Viceministro de Prestación y Aseguramiento Ministerio de Salud

Presente.-

Asunto: Se remite Informe Anual «Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2020».

Atención: Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el **INFORME ANUAL «RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) – 2020»** en cumplimiento de lo establecido en el Decreto Supremo 027- 2019 – SA; donde establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2020.

Sin otro particular, sea propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Ríos
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGR/JOCHP

C.c.:

- ✓ OGC
- ✓ Archivo

www.inmp.gob.pe

Jr. Santa Rosa N°941
Cercado de Lima. Lima 1, Perú
(511) 328 0998

EL PERÚ PRIMERO



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INFORME ANUAL

RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2020



LIMA - PERÚ

INFORME ANUAL

RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2020

I. INTRODUCCIÓN

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud realizado en mayo del 2002, exhorta a trabajar a favor de la *Seguridad del Paciente como una prioridad de Salud Pública*; y en octubre del 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza de manera oficial la ***Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*** con el objetivo de mejorar la atención segura de los pacientes y la mejora de la calidad de atención de los mismos en todos los establecimientos de salud a nivel mundial.

En este contexto se ha implementado diversas estrategias y medidas para fortalecer y mejorar la seguridad del paciente dentro de su atención de salud siendo una de ellas, recomendada por la Organización Panamericana de la Salud, la implementación de las **Rondas por la Seguridad del Paciente**, práctica que se implementa con el objetivo de identificar de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente tanto en los servicios clínicos como en los no clínicos, además de involucrar en este enfoque a los directivos de la Institución, los jefes de Departamento, de servicios y el personal asistencial relacionado directa o indirectamente con la atención del paciente dentro del establecimiento de salud.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) está comprometido a fortalecer y mejorar la Seguridad de la Atención en Salud que brinda a sus pacientes y es, a través de la Oficina de Gestión de la Calidad dentro de su componente de Garantía y Mejoramiento para la Calidad que se programa ***la realización de las Rondas por la Seguridad del Paciente en los diferentes Servicios de nuestra Institución.***

El presente informe detalla las actividades realizadas para la ejecución de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el INMP durante el año 2020, actividades que se han visto limitadas en el marco de las restricciones que impuso la pandemia del COVID 19, reflejado en las diferentes modificaciones de la mecánica y procedimientos para su ejecución con medidas limitantes y restrictivas en cuanto a la organización, levantamiento de la información el análisis y resultados; a ello se suma la constante modificación de la normativas del nivel central en el marco de la pandemia.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer una cultura de *Buenas Prácticas de Atención*, a través de la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Objetivos Específicos

- Observar e identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios clínicos y no clínicos del INMP
- Instruir in situ a todo el personal en relación con las prácticas seguras durante la atención al paciente.

- Crear compromisos con el personal responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad.
- Comprometer a los responsables del área a levantar las observaciones encontradas a través de acciones de mejora.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

La Ronda por la Seguridad del Paciente es de aplicación en todos los servicios clínicos del Instituto Nacional Materno Perinatal y cumplimiento por todo el personal asistencial y administrativo.

IV. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA APLICACION.

4.1 Conformación del Equipo de las Rondas por la Seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal:

Se conformo el equipo y fue aprobado con RD N° 042-2020-DG-INMP/MINSA. (Anexo N° 1). Esta integrado por:

- Director General del INMP (*Líder del equipo*)
- Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad (*Responsable técnico de la Ronda*)
- Director Adjunto del INMP
- Directora de la Oficina Administrativa del INMP
- Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología
- Director Ejecutivo de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Director Ejecutivo de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.
- Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Jefe de la Oficina de Comunicaciones.
- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Jefa del Departamento de Obstetrices
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicio de Farmacia.

4.2 Planificación de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- La Ronda por la Seguridad del Paciente se encuentra programado en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad aprobado con RD N° 155-2020-DG-INMP/MINSA. (Anexo N° 2).
- La Ronda por la Seguridad se ejecuta según la Directiva N° 002-2020-DG-INMP. «Rondas por la Seguridad y Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal» aprobada con RD N° 049-2020-DG-INMP/MINSA. (Anexo N° 3).
- Cronograma de Ejecución de Rondas por la Seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente – 2020. Aprobado con RD N° 064-2020-DG-INMP/MINSA. (Anexo N° 4).

- El Ministerio de Salud aprueba en el mes de Abril 2020 la Directiva Sanitaria de "Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de salud" aprobada con RM N° 163-2020-MINSA. (Anexo N° 5).
- Se reprogramó la ejecución de las rondas debido a que las restricciones de la pandemia impidieron durante varios meses que se pudieran realizar rondas programadas. El cronograma tuvo que ajustarse y el nuevo cronograma fue aprobado con RD N° 257-2020-DG-INMP/MINSA (Anexo N° 6).
- Directiva N° 005-2020-DG-INMP/MINSA, «Rondas por la Seguridad y Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal». (Anexo N° 7). Esta RD es la actualización de la RD 049-2020-DG-INMP/MINSA, en el marco de la normatividad vigente.
- Se cuenta con la lista de los servicios para realizar la Ronda por la Seguridad y dentro de un sobre manila se tiene las tarjetas individuales con el nombre de cada servicio para realizar el sorteo previo a la visita del servicio.
- Se cuenta con un Libro Actas de las Rondas por la Seguridad del Paciente, en donde se archivan los formatos de cada visita.
- informe Semestral de las Rondas realizadas y seguimiento de las observaciones y acciones de mejora por los servicios intervenidos.
- Las Rondas se realizan según el cronograma, previa comunicación al equipo de rondas por la seguridad y disponibilidad del líder del equipo.

4.3 Ejecución de las Rondas por la Seguridad del Paciente:

- Se han ejecutado un total de 06 Rondas por la Seguridad del Paciente durante el año 2020 de los cuales 02 Rondas se realizaron en el mes de febrero antes de la Pandemia COVID 19 y 04 en el mes de noviembre durante la pandemia.

| N° | Servicio donde se realizó la Ronda | Fecha de la Ronda |
|----|------------------------------------|-------------------|
| 1 | Servicio de Obstetricia C | 26 feb 2020 |
| 2 | UCIM 2 | 28 feb 2020 |

P a n d e m i a C O V I D 19

| | | |
|---|------------------------------------|-------------|
| 3 | Servicio de Emergencia | 02 Nov 2020 |
| 4 | Servicio de Centro Obstétrico | 06 Nov 2020 |
| 5 | Servicio de Obstetricia A | 09 Nov 2020 |
| 6 | Servicio de Intermedios Neonatal B | 13 Nov 2020 |

- Las 02 primeras rondas por la seguridad del paciente (febrero) se realizaron siguiendo el cronograma, la normativa y planificación regular antes de la Pandemia COVID 19.
- Las 04 Rondas posteriores por la Seguridad del Paciente (noviembre) se reiniciaron en el marco de la pandemia post acuerdo del equipo de gestión del INMP y previa consulta al nivel central. Esta actividad también se enmarca en el cumplimiento del decreto supremo 027-2019-SA siendo un compromiso de mejora de los servicios a cumplir en el año 2020. Debido a las restricciones debidas a la pandemia se tuvo que adaptar la metodología de ejecución de la ronda. Así, se limitó el número de evaluadores que iban a los servicios, no se pudo ingresar a las áreas COVID y las reuniones fueron virtuales.

4.4 Metodología de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- Se promovió la participación activa de todos los miembros del equipo de la Ronda por la Seguridad del Paciente manteniendo una conducta ética y participativa, durante las 02 primeras rondas. Durante las 04 rondas posteriores, durante la pandemia, la participación de los miembros del equipo fue limitada a las reuniones virtuales y el levantamiento de la información a 3 participantes del equipo con el jefe de servicio a visitar. La información de los servicios que no podían participar activamente (por ej mantenimiento) fue alcanzada posteriormente por los evaluadores que participaron
- La metodología fue fundamentalmente de observación, revisión documentaria y entrevista al personal de salud y pacientes.
- Las observaciones de la Ronda fueron fundamentalmente la evaluación de las prácticas inseguras de la atención del paciente.
- Al finalizar la Ronda en las dos primeras se llenó el Acta en el servicio visitado con el jefe de servicio o en reunión señalando la observación, recomendación, compromiso o acción de mejora, responsable y fecha a levantar dicho verificador en el primer semestre- En las 4 ultimas, al estar prohibidas las reuniones, se redactó posteriormente y se envió para las firmas

4.5 Acciones posteriores a la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- El responsable de la Ronda envió de inmediato el Acta de la Ronda a la Dirección General; para que sea enviado a todas las áreas involucradas para el levantamiento de las observaciones en el primer semestre. En el segundo semestre se alcanzó posteriormente para seguir el trámite indicado.
- Cada problema identificado tuvo su propuesta de acción de mejora con su responsable.

V. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADÍSTICO



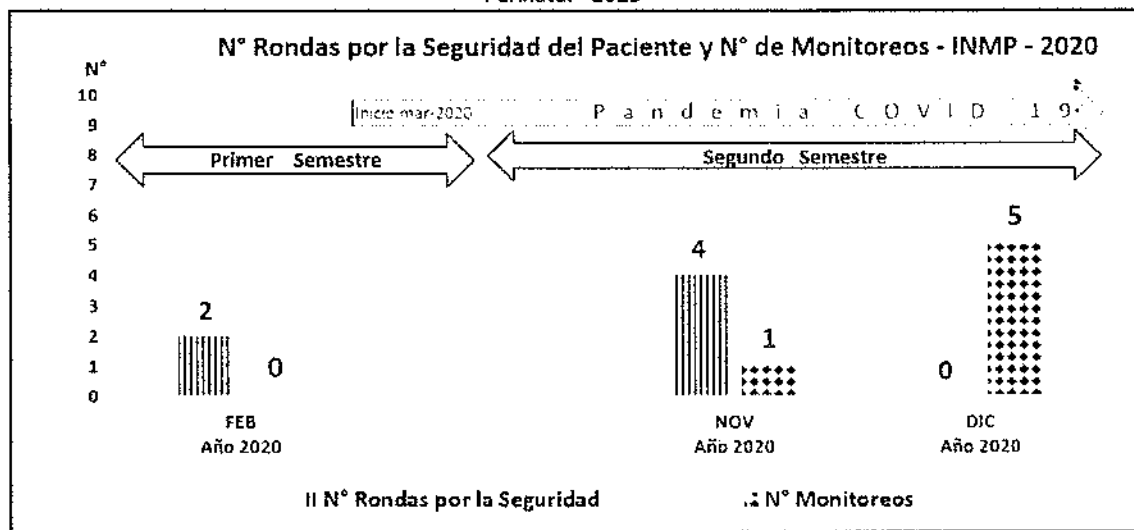
- La información de las 02 primeras rondas, las actas y listas de cotejo se ingresó a una base de datos en una hoja de cálculo en la Oficina de Gestión de la Calidad.
- La información de las 04 rondas posteriores, las actas y listas se ingresó al aplicativo Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud proporcionado por la UFGCS del MINSA.
- Asimismo se procesó las listas de seguimiento y monitoreo de las observaciones levantadas
- Se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos para estructurar el informe anual.

VI. RESULTADOS

6.1 Se realizaron 6 rondas por la seguridad del pacientes y se hicieron 6 monitoreos. Durante el primer semestre del 2020 se realizaron 02 rondas por la seguridad del paciente en el mes de febrero y ningún monitoreo, dado que se inicia la cuarentena por la Pandemia COVID 19 lo que suspendió varias actividades programadas. El monitoreo de estas rondas se realizó en el cuarto trimestre del año. Durante el segundo semestre se realizaron 04 rondas por la seguridad del paciente en el mes de noviembre y 01 sólo monitoreo; en el mes de diciembre se completa con los 5 monitoreos restantes. Esto se muestra en el gráfico N° 01

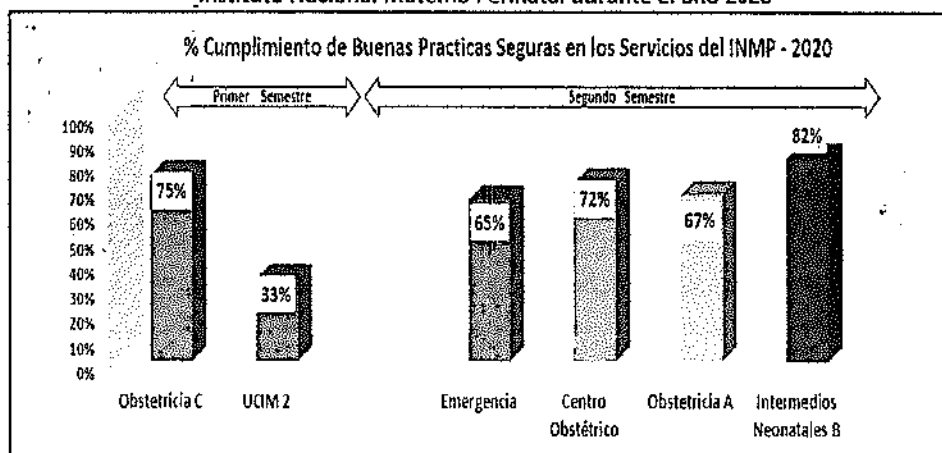
Grafico N° 1

Escala de tiempo según semestre de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2020



6.2 Al evaluar el cumplimiento de las buenas practicas seguras los mejores resultados fueron logrados por el servicio de Intermedios Neonatales B con el 82%, el servicio de Obstetricia C con el 75% y el servicio de Centro Obstétrico con el 72%; seguidamente vemos el resultado del servicio de obstetricia A con el 67%, el servicio de Emergencia con el 65% y, con el menor porcentaje de cumplimiento, el servicio de UCIM 2 con el 33%. Esto se muestra en el gráfico N° 02

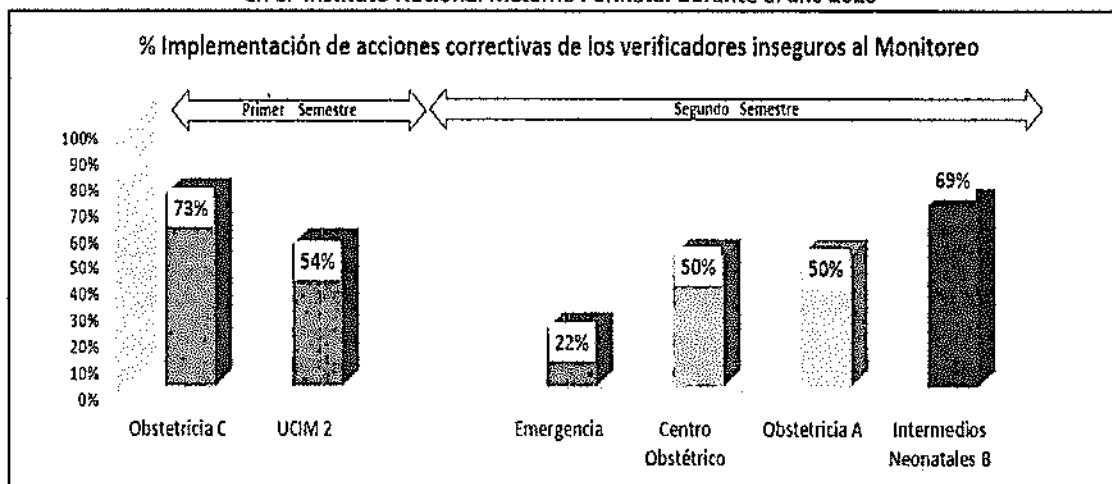
Gráfico N° 2
Porcentaje de Cumplimiento de las Buenas Practicas Seguras en los Servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020



Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

6.3 Al evaluar la implementación de las acciones correctivas planteadas el que el servicio que cumplió con la mayor implementación de acciones correctivas de los verificadores inseguros fue el Servicio C con el 73%, seguido del servicio de Intermedios Neonatales B con el 69%, la UCIM 2 con el 54%, Servicio de Centro Obstétrico y servicio de Obstetricia A con el 50% cada uno respectivamente y con el menor porcentaje de implementación de acciones correctivas fue el servicio de Emergencia con el 22%. Esto es mostrado en el Gráfico N° 03

Gráfico N° 3
Porcentaje de Implementación de acciones correctivas de los verificadores inseguros al realizar el monitoreo en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020

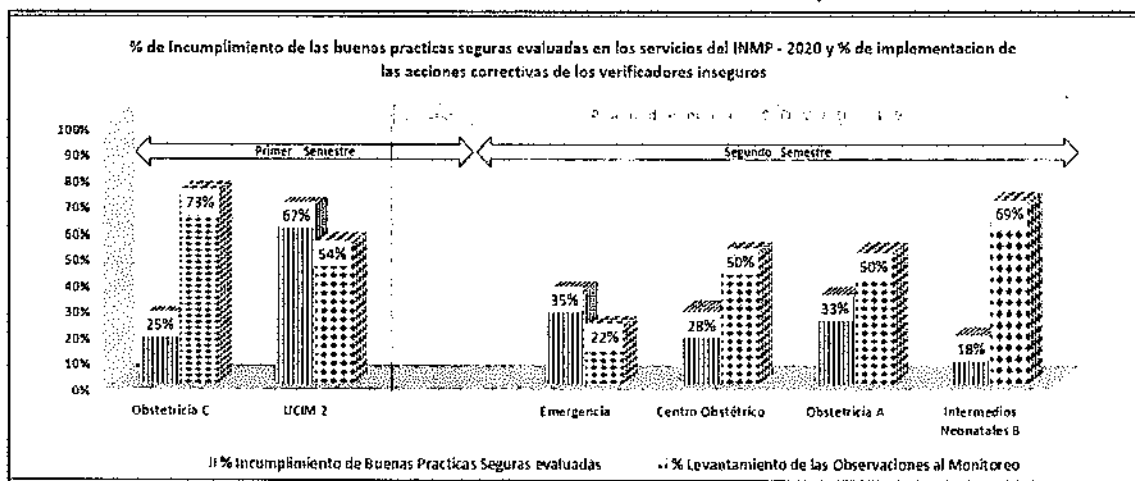


Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

6.4 Al realizar la comparación entre el porcentaje de incumplimiento de Buenas Prácticas Seguras con el porcentaje de implementación de acciones correctivas por cada servicio evaluado los resultados se muestran el gráfico N° 04. Se observa que el Servicio C tuvo un incumplimiento de las BPS del 25% de los cuales el servicio implementó en el 73%

acciones correctivas; la UCIM 2 tuvo un incumplimiento del 67% de las BPS de las cuales al monitoreo se verificó que en el 54% se implementó acciones correctivas. El Servicio de Emergencia tuvo un incumplimiento del 35% de las BPS

Gráfico N° 4
Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2020
Comparativo entre el porcentaje de incumplimiento de los servicios evaluados y el % de implementación de acciones correctivas



Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC - 2020

6.5 Si resumimos los grados de cumplimiento e incumplimiento de las buenas prácticas seguras evaluadas, mostradas en el Cuadro N° 1, se observa que durante el primer semestre 2020 los dos servicios evaluados (Obstetricia C y UCIM 2) en promedio cumplieron con el 54% de las BPS. Asimismo se observa que implementaron las acciones correctivas en el 63% de los verificadores inseguros. En el segundo semestre de los 04 servicios evaluados (Emergencia, Centro Obstétrico, Obstetricia A e Intermedios Neonatales B) en promedio cumplieron con el 72% de las BPS. Estos servicios implementaron acciones correctivas de los verificadores inseguros en un promedio de 48%.

Cuadro N° 1
Resumen de Cumplimiento e Incumplimiento de las Buenas Prácticas Seguras evaluadas en el Instituto
Nacional Materno Perinatal por semestres y anual 2020

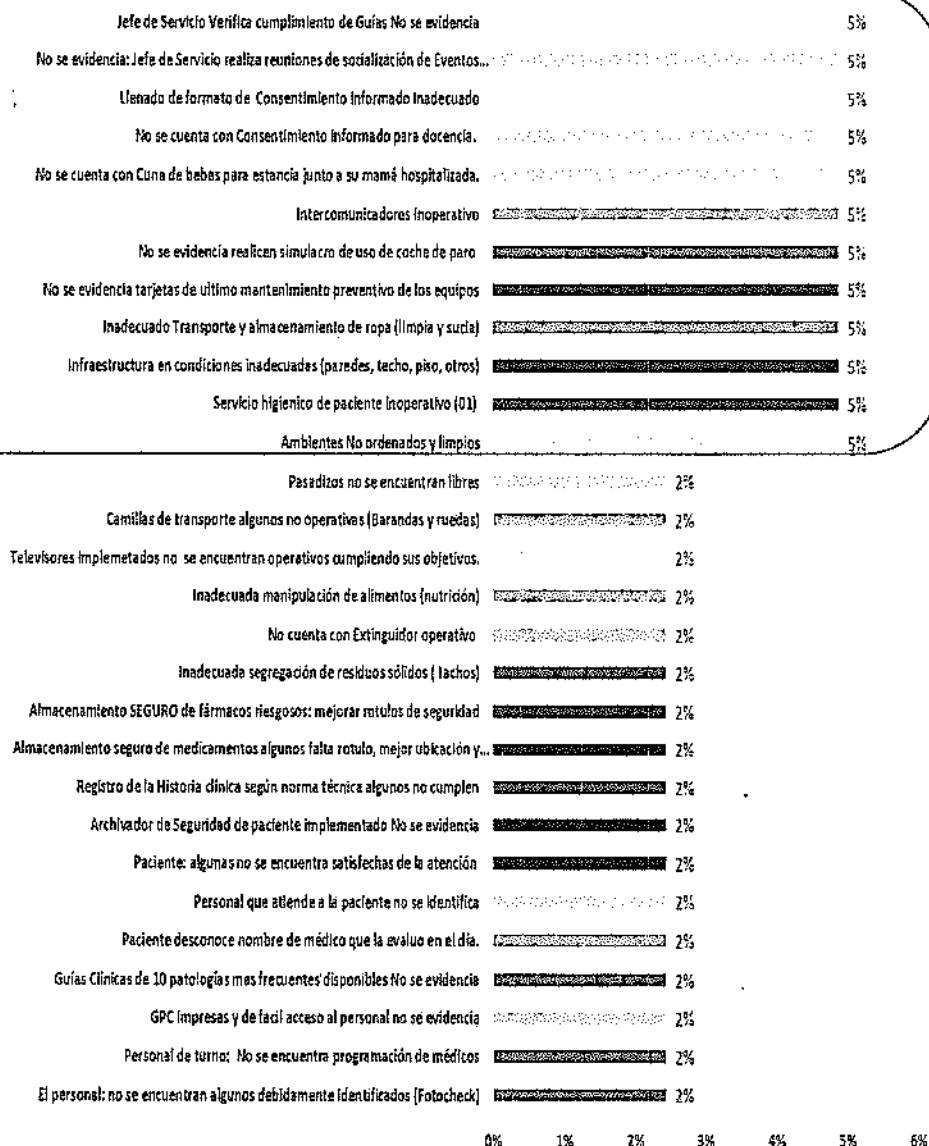
| SERVICIO EVALUADO | % Cumplimiento de Buenas Practicas Seguras evaluadas | % Incumplimiento de Buenas Practicas Seguras evaluadas | % Implementación de acciones correctivas de los verificadores inseguros al Monitoreo realizado |
|-----------------------------|--|--|--|
| Obstetricia C | 75% | 25% | 73% |
| UCIM 2 | 33% | 67% | 54% |
| Promedio I Semestre | 54% | 46% | 63% |
| Emergencia | 65% | 35% | 22% |
| Centro Obstétrico | 72% | 28% | 50% |
| Obstetricia A | 67% | 33% | 50% |
| Intermedios Neonatales B | 82% | 18% | 69% |
| Promedio II Semestre | 72% | 29% | 48% |
| GLOBAL ANUAL 2020 | 64% | 36% | 54% |

Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

6.6 Al analizar la lista de verificadores inseguros en las Rondas realizadas se muestran los resultados encontrados en los siguientes cuadros (cuadro N° 03 y cuadro N° 04). En el cuadro 03 se observa 12 verificadores inseguros más frecuentes durante el I semestre 2020: «No se evidencia que Jefatura evalúe cumplimiento de GPC y socialice los Eventos adversos», «No se cuenta con Consentimiento informado para la docencia y algunos consentimientos informados no completos», «No se cuenta con cuna para los bebés junto a madres hospitalizadas» «No se cuenta con intercomunicadores para las pacientes hospitalizadas» «No se cuenta con tarjetas de mantenimiento preventivo de los equipos» «No se realiza simulacros del coche de paro» «Servicio higiénico inoperativo», «Inadecuado almacenamiento de ropa e infraestructura del servicio», «ambientes no ordenados y limpios»; asimismo, hay algunos a pesar de ser únicos son importantes de subsanar: «Camillas de barandas inoperativas», «Inadecuada segregación de residuos sólidos», «Inadecuada manipulación de alimentos», « se cuenta con extintor», « mejorar los rótulos y almacenamiento de los medicamentos riesgosos», «mejorar la información e identificación del personal de salud con el paciente hospitalizado».

CUADRO N° 2
Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2020
Lista de verificadores inseguros en las Rondas por la Seguridad del Paciente I semestre 2020

Lista de Prácticas inseguras /verificadores inseguros/ fallas latentes



Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

CUADRO N° 3

Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2020
Lista de Verificadores Inseguros en las Rondas por la Seguridad del Paciente II semestre 2020

| Buenas Practicas Evaluadas | Hallazgo de Verificadores Inseguros | N° | % |
|--|--|-----------|-------------|
| BIOSEGURIDAD | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud. | 2 | 67% |
| | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas. | 1 | 33% |
| | TOTAL | 3 | 100% |
| HIGIENE DE MANOS | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo). | 4 | 40% |
| | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo). | 4 | 40% |
| | 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. | 2 | 20% |
| | TOTAL | 10 | 100% |
| HISTORIA CLINICA | Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder. | 1 | 33% |
| | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EE55, 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. | 1 | 33% |
| | Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada. | 1 | 33% |
| | TOTAL | 3 | 100% |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. | 2 | 29% |
| | Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento. | 2 | 29% |
| | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente. | 1 | 14% |
| | Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o droga, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo. | 1 | 14% |
| | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible. | 1 | 14% |
| | TOTAL | 7 | 100% |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio. | 2 | 50% |
| | Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica. | 1 | 25% |
| | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente. | 1 | 25% |
| | TOTAL | 4 | 100% |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable. | 2 | 67% |
| | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente. | 1 | 33% |
| | TOTAL | 3 | 100% |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | 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. | 1 | 50% |
| | El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes. | 1 | 50% |
| | TOTAL | 2 | 100% |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe. | 2 | 22% |
| | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren. | 2 | 22% |
| | Existencia de un registro de medicamentos controlados. | 2 | 22% |
| | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación. | 1 | 11% |
| | Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos. | 1 | 11% |
| | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad. | 1 | 11% |
| | TOTAL | 9 | 100% |
| SEGURIDAD EN LA UPSS | Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia. | 2 | 40% |
| | Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo. | 1 | 20% |
| | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos. | 1 | 20% |
| | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. | 1 | 20% |
| | TOTAL | 5 | 100% |
| SEGURIDAD SEXUAL | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización. | 1 | 100% |
| TOTAL | | 1 | 100% |

Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

6.5 Finalmente en los cuadros 5 y 6 se muestran las acciones correctivas implementadas en las primeras dos rondas del primer semestre y en las 4 ultimas del segundo semestre.

CUADRO N° 4

Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2020
Listado de acciones correctivas implementadas frente a los verificadores inseguros observados.
Primer semestre

| N° | Acciones Correctivas implementadas |
|----|---|
| 1 | Se evidencia archivador de EA implementado y cuaderno de actas de socialización de Eventos Adversos |
| 2 | Jefe de servicio realiza evaluación de la adherencia a las GPC registrado en cuaderno de acta de GPC del servicio C |
| 3 | El INMP implementó los formatos de consentimiento informado para la docencia |
| 4 | Se verifica cumplimiento de consentimiento informado de hospitalización adecuado y completo |
| 5 | El servicio solicita demostración del uso del coche de paro al Departamento de Anestesiología |
| 6 | Se ha readecuado el almacenamiento de la ropa limpia |
| 7 | Se ha solicitado con memo N°25-SOC-INMP-2020 a la OEA para su implementación de 51 intercomunicadores. |
| 8 | Se da el apoyo con cuna a las puerperas con gemelar y con factor de riesgo. |
| 9 | Se evidencia tarjeta de mantenimiento preventivo del multiparametro y otros |
| 10 | En el marco de la atención COVID 19 se ha dado mantenimiento a las paredes, techos, servicios higiénicos y pisos. |
| 11 | Residente del servicio, Enfermera y Técnica de enfermería portan fotocheck de identificación |
| 12 | Se verifica la programación de turno del día de los médicos y personal de salud conforme. |
| 13 | Cuentan con archivador de Eventos adversos y han reportado Eventos adversos del servicio en el 2020. |
| 14 | Se evidencia las GPC y están accesibles para el personal del servicio. |
| 15 | Jefatura de servicio refiere que verifica esporádicamente cumplimiento de GPC |
| 16 | Pacientes hospitalizadas conocen el nombre del médico que paso visita. |
| 17 | Personal del servicio se presenta e identifica con la paciente |
| 18 | paciente refiere estar satisfecha con la atención que recibe en el servicio. |
| 19 | Correcto coche de paro y zona de medicamentos del servicio. |
| 20 | capacitación en eliminación de residuos sólidos y bioseguridad por Epidemiología |
| 21 | Personal qde nutrición trae en bandeja limpia almuerzo para paciente despierta |

Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

CUADRO N° 5

Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2020
Listado de acciones correctivas implementadas frente a los verificadores inseguros observados
II semestre 2020

| | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS POR LOS SERVICIOS EVALUADOS | N° |
|----|---|----|
| 1 | supervisión de la correcta higiene de manos con alcohol gel (higienización) | 4 |
| 2 | supervisión del correcto lavado de manos con agua y jabón (higienización) | 4 |
| 3 | Supervisión de HCL | 3 |
| 4 | implementación consentimiento informado para la docencia. | 2 |
| 5 | informar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos administrados | 2 |
| 6 | supervisión del lavado de manos en el momento adecuado (5 momentos) | 2 |
| 7 | solicitó implementación de sistema de llamado-timbre. | 1 |
| 8 | Reunión mensual de análisis de eventos adversos con registro e informado a OGC. | 1 |
| 9 | cartel visible consignando el nombre, apellido del paciente y número de cama | 1 |
| 10 | supervisar la correcta aplicación del procedimiento de consentimiento informado que incluye la información de riesgos y beneficios de procedimientos a realizarse y termina con la firma del paciente | 1 |
| 11 | informar a los pacientes sobre la medicación que se administra y el horario | 1 |
| 12 | identificar los medicamentos de alto riesgo de confusión por similitud de nombres y presentación con el sistema de cintillos de colores | 1 |
| 13 | colocar en los datos de hospitalización de la paciente un ítem con check que indique riesgo de caída para que se tomen las medidas preventivas necesarias. | 1 |
| 14 | informar a los pacientes el uso adecuado de baños, duchas, lavaderos, cambios posturales, eliminación de residuos | 1 |
| 15 | cambiar procedimiento de sujeción de pacientes | 1 |
| 16 | colocar cartel informativo sobre la prohibición de ingresar con objetos punzo cortantes | 1 |
| 17 | supervisión de la correcta disposición de residuos sólidos | 1 |
| 18 | informar a personal sobre existencia de sist de registro de incidentes y eventos adversos | 1 |
| 19 | programar capacitación de personal involucrado | 1 |
| 20 | supervisión que paciente estén con brazalete | 1 |
| 21 | informar a personal sobre el registro de medicamentos controlados | 1 |
| 22 | implementar el registro por farmacia y jetatura de enfermería | 1 |
| 23 | supervisión de brazalete en paciente | 1 |
| 24 | implementar por la farmacia de centro obstétrico. | 1 |
| 25 | colocar señalización necesaria en centro obstétrico | 1 |
| 26 | iniciar elaboración de cartilla de información a pacientes | 1 |
| 27 | indicación a servicio de limpieza de implementar nueva forma de transporte de productos peligrosos | 1 |
| 28 | elaborar documento técnico | 1 |
| 29 | colocar señalización del servicio | 1 |

Fuente: Base de datos de Ronda por la Seguridad del Paciente OGC – 2020

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), las actividades programadas de Rondas por la Seguridad del Paciente durante el año 2020, se han visto limitadas en su ejecución debido a las restricciones que se dieron en el marco de la pandemia COVID 19, reflejándose en las modificaciones de la mecánica y procedimientos para su realización con medidas restrictivas y limitantes.
- El INMP durante el año 2020 realizó: **6 Rondas por la Seguridad del Paciente y 6 Rondas de Monitoreo de las acciones correctivas**. 02 Rondas por la Seguridad en el primer semestre y 04 en el segundo semestre y las 06 Rondas de Monitoreo en el segundo semestre.
- El porcentaje promedio de cumplimiento global anual 2020 de las Buenas Prácticas Seguras en los servicios evaluados en el INMP fue del 64%. En el Primer Semestre fue del 54% y en el segundo semestre fue del 72%.
- El porcentaje promedio de implementación de las acciones correctivas de los verificadores inseguros global anual 2020 por los servicios evaluados en el INMP fue del 64%. En el Primer Semestre fue del 63% y en el segundo semestre fue del 48%.
- El mayor porcentaje de cumplimiento de las Buenas Prácticas Seguras fue de los servicios: Intermedios Neonatales B con el 82%, servicio de Obstetricia C con el 75% y el Servicio de Centro Obstétrico con el 72%. El servicio con mayor incumplimiento de las Buenas Prácticas Seguras fue el servicio de UCIM 2.
- Los servicios con el mayor porcentaje de implementación de acciones correctivas de los verificadores inseguros fueron: Obstetricia C con el 73%, Intermedios Neonatales B con el 69% y la UCIM 2 con el 54%. El menor porcentaje de implementación de acciones correctivas fue el Servicio de Emergencia con el 22%.

RECOMENDACIONES:

- Socializar los resultados del presente informe con las Direcciones Ejecutivas de Línea, Departamentos, Servicios, Oficinas y miembros del Equipo de Rondas por la Seguridad del Paciente.
- A la Oficina de Recursos Humanos y jefes de servicio supervisar de manera permanente que el personal a su cargo se encuentre debidamente identificado con su fotocheck o el grabado respectivo de su nombre en su uniforme de trabajo.
- Al comité de Infecciones Intrahospitalarias y Oficina de Epidemiología implementar acciones de mejora en cuanto a las prácticas inseguras identificados señalados en los ítems: medicamentos, bioseguridad y control de infecciones.
- A la DEOG, DEN, DEEMSC, implementar las acciones correctivas en lo que respecta a la verificación del cumplimiento o adherencia de las diferentes Guías de Práctica Clínicas de atención en el INMP.
- A los jefes de servicio supervisión permanente con respecto al llenado del consentimiento informado de hospitalización de la historia clínica. Identificación e

información de su identidad del médico y personal de salud con las pacientes hospitalizadas.

- Al comité de Auditoría médica efectuar las auditorias de registro en cuanto al correcto llenado de la Historia clínica en el INMP.
- A la Oficina de Administración tomar acciones en cuanto a los ítem de mobiliario, equipamiento e infraestructura señalados en las conclusiones.
- A la Dirección General felicitar a los servicios con mayor porcentaje de cumplimiento de las Buenas Practicas Seguras. Asimismo a los servicio con mayor implementación de acciones correctivas de sus verificadores inseguros.


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Julio Octavio Chávez Pita
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

VIII. ANEXOS:



Anexo 1

**RD N° 042-2020-DG-INMP/MINSA "CONFORMAR EL EQUIPO DE RONDA POR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2020".**

Del 24 febrero del 2020.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 042 -2020-DG-INMP/MINSA



Resolución Directoral

Lima, 24 de febrero de 2020

VISTO:

La HETD Nº 20-3631-1, conteniendo el Memorando Nº 061-2020-OGC-INMP, de fecha 12 de febrero de 2020 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, el Artículo 2º del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el Artículo 37 del precitado Reglamento, prescribe que el Director Médico de los establecimientos de salud con internamiento deben asegurar la calidad de los servicios prestados a través de la implementación de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de los Establecimientos de Salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar



la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud;

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales; mediante Resolución Directoral N°159-2015-DG-INMP, de fecha 14 de abril de 2015, se aprobó la Directiva N° 002-2015-DG/INMP Rondas por la Seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal, con la finalidad de Contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad de Atención mediante la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual consiste en una visita planificada de los integrantes del Consejo Directivo relacionado con el área, para establecer una relación directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento el respeto a los derechos de las pacientes y sus recién nacidos, guardando una actitud educativa, con el objetivo de fortalecer la cultura por la seguridad del paciente en la atención especializada de la mujer, gestante y recién nacido, con el compromiso de fortalecer y mejorar la seguridad de la atención en salud que se brinda, dentro del componente de garantía y mejoramiento para la calidad del sistema de gestión de la calidad;



Que, en ese sentido, mediante el documento de vistos el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la conformación del equipo de las rondas de seguridad del paciente en el marco de cumplimiento del Decreto Supremo N° 027-2019-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2020, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los indicadores de desempeño o compromisos de mejora para el año 2020 establecidos en el convenio de gestión, suscrito con el MINSA, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;



Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N° 001-2020-SA/DMV-PAS;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Conformar el "*Equipo de ronda de seguridad del paciente*" del Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que estará conformado como a continuación se indica:

- | | |
|---|-------------------------|
| ▪ Director del Instituto | Líder del Equipo |
| ▪ Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | Responsable de la ronda |
| ▪ Director Adjunto del Instituto | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios | |
| ▪ Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica | |





- Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Jefa del Departamento de Obstetricas
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicios de Farmacia

ARTICULO SEGUNDO: El referido equipo deberá cumplir sus funciones en estricto cumplimiento de los precitados dispositivos legales en la presente resolución y otras normas al respecto.

ARTÍCULO TERCERO: La Oficina de Gestión de la Calidad, deberá consolidar la información relativa a cada ronda y presentarlo semanalmente en la sesión ordinaria del Consejo Directivo de la Institución y cuando el caso lo amerite solicitar reunión extraordinaria del mencionado Consejo.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese

GR/RMVC
CC:

- Director Adjunto
- Oficina Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetrica y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología
- Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Jefa del Departamento de Obstetricas
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicios de Farmacia
- Oficina de Estadística e Informética (Pub. Pág. Web).
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.C. Enrique Quevedo Ríos
C.M.P. N° 18768 - R.N.E. N° 6768
DIRECTOR DE INSTITUTO



Anexo 2

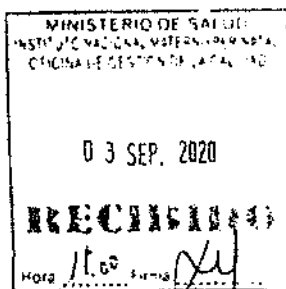
RD N° 0155-2020-DG-INMP/MINSA "APROBAR EL PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2020".

Del 27 agosto del 2020.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 155 -2020-DG-INMP-/MINSA



Resolución Directoral

Lima, 27 de agosto de 2020

VISTO:

La HETD N° 20-2369-1, que contiene el Memorando N° 043-OGC-INMP-2020, de fecha 29 de enero de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Memorando N° 550-2020-OEPE/INMP, de fecha 25 de agosto de 2020, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 019 y 057-2020-OEPE-UFP/INMP, de fechas 31 de enero y 24 de agosto de 2020, de la Jefe de la Unidad Funcional de Planeamiento.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, de conformidad con el Artículo 9º del Reglamento de Establecimientos de Salud públicos y privados aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece la obligación de garantizar la calidad y seguridad de la atención que brindan a los pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerles íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda a la prevención y recuperación de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, la misma que contiene tres anexos, recogiendo el Anexo 3 el listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría I-1 a III-1;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, de fecha 12 de junio de 2012, se incorporó el Anexo 4: listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2, a la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, con la finalidad que los Institutos Especializados puedan incorporarse a la dinámica de evaluación periódica del desempeño de los procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo, dirigidos a obtener la Acreditación;

Que, con la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2006/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios;



Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el "Plan de trabajo 2020 de la Oficina a su cargo, el mismo que ha sido materia de revisión de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la misma que mediante el Memorando N° 550-2020-OEPE/INMP, de fecha 25 de agosto de 2020, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sustentado en los Informes N°s 019 y 057-2020-OEPE-UPP/INMP, de fechas 31 de enero y 24 de agosto de 2020, de la Jefe de la Unidad Funcional de Planeamiento, emite opinión favorable al respecto, señalando que el referido plan no demanda presupuesto adicional alguno, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;



Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal, en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y y Resolución Vice Ministerial N°001-2020/DMV-PAS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar con efectividad a febrero del presente año, el "*Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal-2020*", el mismo que cuenta consta de nueve (09) numerales, que incluye uno (01) anexo en un total de diez (10) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO: La Ejecución del referido plan está supeditado a la disponibilidad presupuestal correspondiente.

ARTÍCULO TERCERO: La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable de la ejecución del mencionado Plan y de emitir su informe a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.



Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Plo
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 70746
DIRECTOR DE INSTITUTO

REGISTRAR
C.C.

- Direcciones Ejecutivas
- Oficinas
- Departamentos
- Unidades
- Servicios
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pág. Web)
- Archivo



PERU

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES 2018 - 2027



OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD 2020



Meta: 0051 Gestión Administrativa



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES 2018 - 2027

INDICE

| | | |
|-------|---|---|
| I. | Introducción..... | 3 |
| II. | Finalidad..... | 3 |
| III. | Objetivo..... | 4 |
| IV. | Base Legal..... | 5 |
| V. | Ámbito de aplicación..... | 6 |
| VI. | Responsabilidades..... | 6 |
| VII. | Monitoreo y Evaluación..... | 6 |
| VIII. | Presupuesto..... | 6 |
| IX. | Anexos | 6 |
| - | - Anexo N° 1 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE TRABAJO..... | 7 |





I. Introducción:

La Calidad de atención es uno de los pilares fundamentales para el trabajo en las organizaciones de salud de nuestra actualidad. Su implementación ha sido una de las preocupaciones del Ministerio de Salud en los últimos años, desplegando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de atención en los diferentes establecimientos proveedoras de servicios de salud.



En ese contexto, la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) del Instituto Nacional Materno Perinatal viene trabajando actividades relacionadas a garantía de la calidad como auditoría, acreditación, seguridad de paciente así como proyectos de mejora continua de la calidad y evaluación de tecnología sanitaria a través del FONI y ETS de medicamentos. Se impulsa también actividades relacionadas al componente de información del sistema de gestión de la Calidad donde se contempla la gestión del proceso de gestión de Reclamos y Sugerencias institucional, encuestas de satisfacción y tiempos de espera. Finalmente se contempla actividades relacionadas a investigación, difusión y fortalecimiento en cumplimiento de las funciones encomendadas por el instituto, iniciándose para este año, la evaluación de los procesos críticos de atención de pacientes para establecer las cadenas de valor, los indicadores de seguimiento y las propuestas de mejora, en el marco de la ley de modernización de la gestión del estado.

II. Problemática:

- En muchos casos, el proceso de autoevaluación no establece recomendaciones consistentes con los criterios de evaluación y no cuenta con un seguimiento mas continuo de la implementación de las mismas.
- No se realiza las rondas por la seguridad de pacientes con la continuidad requerida
- No hay un sistema de información del sistema de gestión de la calidad
- No se ha realizado el análisis de los procesos críticos del INMP, en especial el de consulta externa y emergencia
- No se publica el boletín anual de la OGC.
- No se realiza investigaciones siendo una de las funciones encomendadas en el ROF
- No se tiene sistema de indicadores por UPSS y UPS del instituto.
- No se tiene mantiene trabajando los equipos de mejora del INMP
- No se cuenta con la estructuración oficial del sistema de eventos adversos del INMP
- No se cuenta con el MAPRO actualizado de la OGC
- No se realizan proyectos de mejora de manera metodológica
- El análisis de los eventos adversos no se realiza según la metodología recomendada





- La metodología con la que se realiza la supervisión de la aplicación de listas de verificación de seguridad de la cirugía no es la adecuada.
- El equipo conductor de la implementación de la LVCS no realiza el análisis periódico de los informes.
- No se tiene sistematizado el proceso que debe seguir en la implementación de un proyecto de mejora en el INMP.
- El número de reclamos esta en aumento en el INMP, asimismo el porcentaje de respuestas al reclamante no cumple el porcentaje mínimo estandarizado.
-

III. Finalidad:

Contribuir con la mejora de la calidad de atención a los usuarios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal

IV. Objetivo:

En función a los problemas planteados, la OGC ha planteado los siguientes objetivos generales y específicos para el presente año.

OBJETIVO GENERAL N° 01

Mejorar las acciones de gestión de la OGC, mediante el adecuado cumplimiento de las funciones administrativas

Obj. Especifico 1.1:

Cumplir el 100% de las actividades de planificación, organización y dirección de la OGC

OBJETIVO GENERAL N° 02:

Contribuir a mejorar la calidad de atención en el INMP, mediante la operativización del sistema de gestión de la calidad

Obj. Especifico 2.1:

Desarrollar el 100% de las actividades relacionadas al componente de garantía de la calidad

Obj. Especifico 2.2:

Desarrollar el 100% de las actividades relacionadas al componente de información del sistema de gestión de la calidad

Obj. Especifico 2.3:

Desarrollar el 100% de las actividades de investigación





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES 2018 - 2027

de la oficina

Obj. Específico 2.4:

Desarrollar el 100% de las actividades de difusión de la oficina

Obj. Específico 2.5:

Desarrollar actividades de fortalecimiento de la Oficina de Gestión de la Calidad



V. Base Legal:

- Ley N° 26842: Ley General de Salud.
- Ley N° 27658: Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27806: Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 29414: Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprueba el reglamento de la Ley 29414 correspondiente a la Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA que aprueba los Criterios Mínimos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, Norma Técnica en Salud sobre Categorías de Establecimientos de Salud
- Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, Documento Técnico "Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados"
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA que aprueba la Guía para la Elaboración de Proyectos de mejora y Aplicación de Técnicas y herramientas para la gestión de la Calidad"
- Resolución Ministerial N° 069-2012/MINSA "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"





- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

VI. **Ámbito de aplicación:**

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

VII. **Responsabilidades:**

La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable del seguimiento, evaluación e informar a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico sobre el desarrollo y cumplimiento de sus actividades e indicadores programados en el presente Plan de Trabajo 2020.

VIII. **Monitoreo y Evaluación:**

El presente Plan de gestión de la Calidad será evaluado según el cronograma adjunto.

IX. **Presupuesto:**

El presupuesto se encuentra detallado en el Anexo N°1 siendo el monto total S/.327,834.00 soles.

X. **Anexos:**

Anexo N°1

FORMATO 2: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN ANUAL DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL





Programación: en base a los objetivos planteados se programa las siguientes actividades

[illegible]



PERÚ



MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PLAN DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES 2018 - 2027

| Objetivo | Actividad Operativa | Unidad de Medida | Cantidad | Estructura Funcional Estratégica: Logro del Plan de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres 2018-2027 | | | | | | | | | | | | Costo | Moneda | Código |
|---|--|---|----------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-----------|--------|
| | | | | Estructura Funcional Estratégica: Logro del Plan de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres 2018-2027 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Envi | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | Pres | | | |
| OBJETIVO 1: Fortalecer la gestión institucional y la red de actores en la gestión pública | ACTIVIDAD 1: Fortalecer la gestión institucional y la red de actores en la gestión pública | Unidad de Medida 1: Fortalecimiento de la gestión institucional y la red de actores en la gestión pública | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2.3.15.12 | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| OBJETIVO 2: Promover la participación ciudadana y la corresponsabilidad en la gestión pública | ACTIVIDAD 2: Promover la participación ciudadana y la corresponsabilidad en la gestión pública | Unidad de Medida 2: Promoción de la participación ciudadana y la corresponsabilidad en la gestión pública | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2.3.15.12 | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| OBJETIVO 3: Mejorar la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud | ACTIVIDAD 3: Mejorar la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud | Unidad de Medida 3: Mejora de la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2.3.15.12 | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| OBJETIVO 4: Promover la equidad y la inclusión en la gestión pública | ACTIVIDAD 4: Promover la equidad y la inclusión en la gestión pública | Unidad de Medida 4: Promoción de la equidad y la inclusión en la gestión pública | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2.3.15.12 | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| OBJETIVO 5: Promover la sostenibilidad y el impacto en la gestión pública | ACTIVIDAD 5: Promover la sostenibilidad y el impacto en la gestión pública | Unidad de Medida 5: Promoción de la sostenibilidad y el impacto en la gestión pública | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2.3.15.12 | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |

[illegible]



ACTIVIDADES TRAZADORAS OGC 2020

Oficina de Gestión de la Calidad

| N° | ACTIVIDAD OPERATIVA | UNIDAD DE MEDIDA |
|----|---|------------------|
| 1 | Elaboración de Informes de Autoevaluación. | Informe final |
| 2 | Implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos en salud. | Informe |
| 3 | Realizar encuesta de aplicación de LVCS | Informe |
| 4 | Monitoreo de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico | Informe |
| 5 | Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas | Informe |
| 6 | Informar de la gestión de consultas, reclamos y sugerencias institucional a la Dirección General | Informe |
| 7 | Encuestas de Satisfacción | Informe |
| 8 | Medición de tiempos de espera de usuarios | Informe |



Anexo 3

**RD N° 049-2020-DG-INMP/MINSA "APROBAR LA DIRECTIVA N° 002-2020 – DG-
INMP/MINSA. RONDA POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL".**

Del 05 febrero del 2020.



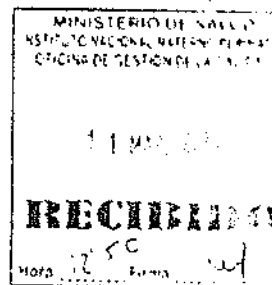
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 049 -2020-DG-INMP/MINSA



Resolución Directoral

Lima, 05 de febrero de 2020



VISTO:

La HETD Nº 20-4345-1, conteniendo el Memorando Nº 054-OGC-INMP-2020, de fecha 17 de febrero de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, el Artículo 2º del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el Artículo 37 del precitado Reglamento, prescribe que el Director Médico de los establecimientos de salud con internamiento deben asegurar la calidad de los servicios prestados a través de la implementación de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de los Establecimientos de Salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar



R. YUGA C.



la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud;

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante Resolución Directoral N° 159-2015-DG-INMP, de fecha 14 de abril de 2015, se aprobó la Directiva N° 002-2015-DG/INMP Rondas por la Seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal, la misma que debe ser actualizada de acuerdo a la nueva normativa vigente, según lo solicitado, mediante el documento de vistos del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien señala que el indicador rondas de seguridad del paciente, es un compromiso de mejora en el marco de cumplimiento del Decreto Supremo N° 027-2019-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los indicadores de desempeño o compromisos de mejora en cada año, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N° 001-2020-SAVDMV-PAS;

E. VEGA C. SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Aprobar la "Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente" en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que estará conformado por ocho (08) numerales, seis (06) anexos, lo que hacen un total de dieciséis (16) páginas y forma parte integrante de la presente resolución

ARTICULO SEGUNDO: Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 159-2015-DG-INMP, de fecha 14 de abril de 2015, con la cual se aprobó la Directiva N° 002-2015-DG/INMP Rondas por la Seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ARTICULO TERCERO: La Oficina de Gestión de la Calidad, coordinara con las Direcciones Ejecutivas, Oficinas Ejecutivas, para el cumplimiento de la precitada Directiva.

ARTICULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

M.C. Enrique Quesada Ríos
T.M.P. N° 18788 - R.M.N. N° 1748
DIRECTOR DE INSTITUTO

GARRNC
CC

- Oficina Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología
- Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones

- Ingresos salariales
- Jefe del Departamento de Costos
- Jefe del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicio de Farmacia
- Oficina de Estadística e Informática P-H Pág. Web
- Archivo

**"DIRECTIVA N° 002-2020-DG-INMP
"RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"**

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad de Atención mediante la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

II. OBJETIVO

Regular los lineamientos para la Implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente como herramienta de gestión de riesgo en el INMP, a fin de contribuir a disminuir los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de prácticas seguras de atención.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de observancia obligatoria por el personal en general que labora o presta servicio bajo cualquier modalidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal

IV. BASE LEGAL

- a) Ley General de Salud Ley N° 26842 y sus modificatorias.
- b) Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- c) Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de Salud
- d) Resolución Ministerial N°669-2005-MINSA que aprueba la NT 03 v.1 "Norma Técnica Supervisión Integral"
- e) Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- f) Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- g) Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA que aprueba el documento técnico: «Política Nacional de Calidad en Salud»
- h) Resolución Ministerial N°491-2012-MINSA que aprueba el documento técnico: «Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2».
- i) Decreto Supremo N°031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- j) Decreto Supremo N°020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.



- k) Resolución Ministerial N°168-2015-MINSA que aprueba el documento técnico: «Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud».
- l) Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-v.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- m) Resolución Ministerial N°414-2015-MINSA que aprueba el documento técnico: «Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica».
- n) Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS que aprueba la directiva sanitaria N° 003-IGSS/v.01 Rondas por la Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- o) Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- p) Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGIPRESS-v.02 Norma Técnica de Salud de "Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".

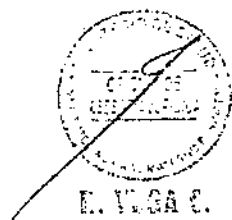
V. DISPOSICIONES GENERALES



- 5.1 Las acciones para la Implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente reguladas en la presente directiva, comprende los aspectos de conformación, planificación, ejecución, metodología, evaluación y monitoreo.

5.2 Definiciones operacionales:

- 5.2.1 **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 5.2.2 **Acciones de mejora:** son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos y mejorar los resultados de un producto, proceso o sistema.
- 5.2.3 **Apreciación del riesgo:** Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- 5.2.4 **Barrera:** Es el control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.
- 5.2.5 **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.
- 5.2.6 **Evento Adverso (EA):** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. No está relacionada al proceso de enfermedad.
 - a) **EA Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimas o intermedias, de corta duración y no es necesario la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia hospitalaria.
 - b) **EA Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
 - c) **EA Grave:** En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta



la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

d) EA Centinela/Muerte: En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

5.2.7 **Gestión de Riesgos:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

5.2.8 **Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos (Lavado de manos con agua y jabón o utilizando el alcohol gel).

5.2.9 **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía y que no constituye un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

5.2.10 **Infección asociada a la atención de salud:** Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no está presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario

5.2.11 **Prevención del Riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezca eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

5.2.12 **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente relacionado con la seguridad del paciente.

5.2.13 **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta de calidad 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 de un servicio seleccionado al azar, 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.

5.2.14 **Seguridad del Paciente:** Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención de salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.

5.2.15 **Sistema de Notificación de Eventos adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

5.3 Gestión y Prevención del Riesgo:

5.3.1 **Gestión del Riesgo:** Las prestaciones de salud están basadas en un proceso de toma de decisiones en el que se ven involucrados distintos agentes a diferentes niveles de atención, desde la macro gestión a las intervenciones clínicas directas. En el INMP deben articularse medidas que favorezcan:

- a) El uso de prácticas seguras basadas en la evidencia
- b) La implantación de una cultura de seguridad del paciente y excelencia en un entorno no punitivo.
- c) La formación de los profesionales



- d) El desarrollo de sistemas de información y de notificación que registren los eventos adversos.
- e) La implementación de sistemas de comunicación seguros entre profesionales y entre estos y los pacientes.
- f) La definición de las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo.
- g) La supervisión de las tareas complejas por profesionales con experiencia.
- h) La automatización y estandarización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

5.3.2 Prevención de Riesgo: El primer paso en la gestión de riesgo es la prevención de sucesos adversos en su triple vertiente: disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

5.3.2.1. *La prevención primaria:* implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que mejoren la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyan a la aparición de errores. Algunas de las siguientes estrategias son plenamente aplicables:

- a) Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización y en la formación de los profesionales.
- b) Erradicar los procedimientos innecesarios o peligrosos, no apoyados por la evidencia y de los que existan alternativas más seguras.
- c) Aplicar la evidencia en la organización de la prestación asistencial y la elección de los métodos terapéuticos.
- d) Establecer alertas clínicas y barreras de seguridad en los procesos.
- e) Realizar mapas de riesgos de los procesos más prevalentes.
- f) Revisar las condiciones estructurales de las unidades hospitalarias.
- g) Incorporar sistemas de identificación inequívoca de pacientes.

5.3.2.2. *La prevención Secundaria:* Procura minimizar consecuencias negativas para el paciente y el sistema de salud, mediante una detección y abordaje precoces de los eventos adversos. Esto puede conseguirse a través del sistema de vigilancia y notificación activa, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y los servicios y actuando de forma proactiva con los pacientes.

5.3.2.3. *La prevención Terciaria:* Se enfrenta el Evento Adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su reaparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto del evento adverso y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Ejecución de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

Práctica 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

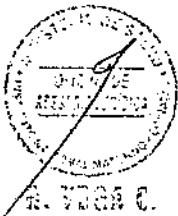


personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa, constructiva y no punitiva.

6.2. Conformación del Equipo de Rondas por la Seguridad del Paciente:

Reconocido oficialmente mediante resolución directoral.

- | | |
|---|-------------------------|
| ▪ Director del Instituto | Lider del Equipo |
| ▪ Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad | Responsable de la ronda |
| ▪ Director Adjunto del Instituto | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología | |
| ▪ Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios | |
| ▪ Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica | |
| ▪ Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | |
| ▪ Jefe de la Oficina de Comunicaciones | |
| ▪ Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias | |
| ▪ Jefa del Departamento de Obstétricas | |
| ▪ Jefa del Departamento de Enfermería | |
| ▪ Jefe del Servicios de Farmacia | |



6.3. Objetivos de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

6.3.1. Objetivo General:

Fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

6.3.2. Objetivos Específicos:

- Observar e identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los diferentes servicios del INMP
- Instruir in situ a todo el personal en relación a las prácticas seguras durante la atención al paciente.
- Sensibilizar al personal responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad.
- Comprometer a los responsables del área a levantar las observaciones encontradas a través de acciones y/o proyectos de mejora.
- Realizar escucha activa de los pacientes y sus familiares en relación a su seguridad.



6.4. Planificación de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.4.1. El líder del equipo (Director General) convocará a todos los miembros del equipo según cronograma aprobado de acuerdo al modelo mostrado en el anexo N°1
- 6.4.2. El servicio a ser visitado se identificará mediante sorteo el mismo día de la programación de la Ronda, ante la presencia de todos los integrantes del Equipo.
- 6.4.3. El líder del equipo de rondas convocará al responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas.
- 6.4.4. Se debe contar con un libro de actas de las Rondas por la Seguridad del Paciente, para el archivamiento de los formatos de cada visita realizada.
- 6.4.5. El responsable del Equipo de las Rondas de Seguridad del Paciente deberá elaborar:
 - El Cronograma anual de las Rondas por la Seguridad del Paciente (anexo N°1)
 - Lista de los servicios a visitar en todo el año (anexo N°2)
 - Acta de la Ronda (anexo N°3)
 - Lista de cotejo para la aplicación antes y durante la ronda (anexo N°4)
 - Lista de chequeo de las practicas inseguras y/o fallas latentes (anexo N°5)
 - Lista de verificación de observaciones levantadas (anexo N°6)
- 6.4.6. El responsable de la ronda deberá elevar al despacho de la Dirección General el Acta de la Ronda con las practicas inseguras identificadas, compromisos de mejora, las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas.
- 6.4.7. El responsable de la ronda elaborará el informe trimestral de las Rondas por la Seguridad del Paciente realizadas asimismo del seguimiento y monitoreo de las observaciones a levantar y las acciones realizadas por servicio.
- 6.4.8. Las rondas se realizarán una a dos veces al mes, teniendo en cuenta la factibilidad de todos los miembros del equipo previa comunicación y coordinación según el cronograma programado anexo 1.



6.5. Ejecución de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.5.1. El día programado para la ronda se convocará a reunión a todo el Equipo a las 08:00 horas en la sala de reunión de la Dirección General del INMP.
- 6.5.2. Se procede al sorteo (al azar) del área a visitar en presencia de todo el Equipo.
- 6.5.3. El responsable de la Ronda inicia el llenado del Acta (Anexo N° 3) señalando la hora del sorteo, nombre de los integrantes que participan, hora del inicio de la Ronda, servicio que salió sorteado y la hora al finalizar la Ronda.
- 6.5.4. Se comunica al Jefe del Servicio que salió sorteado, quien deberá incorporarse al equipo, y acompañar durante el tiempo que demore la ronda en el servicio.
- 6.5.5. Las Rondas tendrán una duración estimada de 1 hora a 2 horas como máximo.

6.6. Metodología de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.6.1. La metodología será fundamentalmente de observación, revisión documental y entrevista al personal de salud y a pacientes.
- 6.6.2. Se procurará que haya una participación activa de todos los miembros del Equipo de las Rondas por la Seguridad del Paciente manteniendo una conducta ética y proactiva.
- 6.6.3. Las observaciones de la Ronda deben centrarse fundamentalmente en la **evaluación de las prácticas inseguras de la atención del paciente**, según el listado de prácticas inseguras y/o fallas latentes (Anexo N°5)
- 6.6.4. Al finalizar la ronda se llenará el acta de compromiso en el Servicio visitado con el Jefe de servicio o áreas involucradas; señalando la observación, recomendación, compromiso, responsable y fecha a levantar dicha observación.



6.7. Acciones posteriores a la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.7.1. El responsable de la Ronda enviará de inmediato el Acta de la Ronda a la Dirección General con copia a todas las áreas involucradas para el levantamiento de las observaciones.
- 6.7.2. Ingresar en base de datos de Rondas por la Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad los hallazgos (prácticas inseguras observadas), compromisos asumidos, plazos y responsables para su posterior seguimiento a través de las Rondas de Verificación.
- 6.7.3. Cada problema identificado debe ser considerado como una oportunidad de mejora de la calidad y seguridad de la atención asimismo servir de insumo para presentar acciones o proyectos de mejora.
- 6.7.4. Felicitar al personal que durante la Ronda se haya verificado que cumple buenas prácticas sanitarias de atención.
- 6.7.5. Realizar la Ronda de verificación a los servicios de acuerdo al acta de Ronda por la Seguridad del Paciente con la participación del Jefe y Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación y participación del Jefe del Servicio a visitar.

6.8. Evaluación:

- 6.8.1. Se realizará la evaluación teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

| N° | Indicador | Fórmula | Fuente de Información | Frecuencia de Evaluación |
|----|--|---|---|--------------------------|
| 1 | Porcentaje de Rondas por la Seguridad ejecutadas | $\frac{\text{N° de Rondas por la Seguridad ejecutadas}}{\text{Total de Rondas programadas}} \times 100$ | - Cronograma de Rondas. - Acta de Ronda | Trimestral |
| 2 | Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la institución | $\frac{\text{N° de Verificadores conformes}}{\text{N° de Verificadores Evaluados}} \times 100$ | -Listado de criterios de Evaluación | Trimestral |
| 3 | Porcentaje de Rondas de Verificación ejecutadas | $\frac{\text{N° de Rondas de Verificación ejecutadas}}{\text{N° Total de Rondas de Verificación Programadas}} \times 100$ | - Cronograma de Rondas - Acta de Ronda | Trimestral |
| 4 | Porcentaje de levantamiento de las observaciones | $\frac{\text{N° de levantamiento de observaciones}}{\text{Total de observaciones realizadas.}} \times 100$ | - Acta de Ronda | Trimestral |
| 5 | Porcentaje de acciones de mejora implementados | $\frac{\text{N° de acciones de mejora implementados}}{\text{N° total de acciones de mejora programadas}} \times 100$ | - Acta de ronda de verificación - Informe de implementación de acciones - fotos | Trimestral |



- 6.8.2. La retroalimentación con el personal de los servicios visitados en las Rondas por la Seguridad del Paciente se realizará obligatoriamente y será responsabilidad de los Jefes de Servicio correspondiente.

VII. RESPONSABILIDADES



B. VEGA C.

El cumplimiento de la presente Directiva es responsabilidad de la Dirección General, Dirección Ejecutiva de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Gineco Obstetricia, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Epidemiología, Comité de Infecciones Intrahospitalarias,

IX. ANEXOS

06 Anexos




Anexo N° 1

| CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) - Año | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| N° | Ronda por la Seguridad del Paciente | AÑO | | | | | | | | | | | |
| | | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC |
| 1 | 1ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 4ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 5ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 6ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 7ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 8ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 9ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 10ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 11ª Ronda | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12ª Ronda | | | | | | | | | | | | |

Nota: Las Rondas por la Seguridad del Paciente se realizarán el 3er miércoles de cada mes. En horario de 08:30 a 10:00 a.m.

Anexo N° 2

|  SERVICIOS PARA REALIZAR LAS RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) - AÑO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| N° | SERVICIO | AÑO | | | | | | | | | | | |
| | | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC |
| 1 | Centro Obstétrico (CO) | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Centro Quirúrgico (CQ) | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Emergencia | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCM) | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCN) | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Consultorios Externos Obstetricia y Ginecología | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Consultorios Externos Pediatría Social | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Hospitalización Obstetricia A | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Hospitalización Obstetricia B | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Hospitalización Obstetricia C | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Hospitalización Obstetricia D | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Hospitalización Obstetricia E | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Hospitalización Ginecología | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Medicina Fetal | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Banco de Sangre | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Laboratorio Central y Patología Clínica | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Intermedios Neonatales | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Nutrición | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Diagnóstico por Imágenes | | | | | | | | | | | | |

Anexo N° 3

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CAUDAL



ACTA RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FECHA: _____ Lugar de Sorteo: _____ Hora de Sorteo: _____

SERVICIO: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Terminó: _____

| Practicas Inseguras Observadas | Compromisos | Plazo para modificar la practica observada | Responsable |
|--------------------------------|-------------|--|-------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |



EQUIPO PARTICIPANTE DE LA RONDA:



Página 11 de 16

R.D. N° 745 - 2020-DG-INMP/MINSA
"RONDA POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"



❖

❖

❖

❖

❖

❖



Anexo N° 4

LISTA DE CHEQUEO PARA PLANIFICAR Y EJECUTAR LA RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

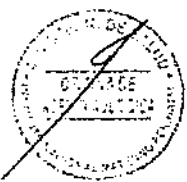
Días previos a la Ronda por la Seguridad del Paciente:

| | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | Coordinar con Director General | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Recibir aprobación y fecha de programación. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Convocar a los miembros del Equipo de la Ronda para el día programado. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Imprimir el Acta de la Ronda por la Seguridad | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Elaborar las balotas de los servicios priorizados según el cronograma | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Preparar lista de cotejo de los diferentes servicios (cronograma) | <input type="checkbox"/> |

El día de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

| | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | En Dirección General el Equipo de la Ronda sorteará el servicio a visitar. | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Se informa de inmediato a los Jefes del servicio sorteado a visitar | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El Equipo de la Ronda se apersona al servicio sorteado a visitar. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El Director se encarga de presentar los objetivos de la Ronda al personal del servicio. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El Equipo de la Ronda recorre los diferentes ambientes del servicio en busca de prácticas inseguras, conductas de riesgo, incidentes y Eventos Adversos | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se encarga dar lectura al Acta de la Ronda por la Seguridad y se registran los compromisos, responsables y plazos de cumplimiento. | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Firma del Acta por todos los participantes. | <input type="checkbox"/> |


| | | |
|---|---|--------------------------|
| R | Ronda por la Seguridad del Paciente 3er miércoles de cada mes | <input type="checkbox"/> |
| V | Ronda de Verificación 1er y 3er miércoles de cada mes | <input type="checkbox"/> |




H. YUCA C.




Anexo N° 5 (anverso)

|  RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - Año | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--|------------------|--|--|
| FECHA: | | HORA DE SORTEO: | | | HORA DE INICIO: | | |
| LUGAR DE SORTEO: | | SERVICIO: | | | HORA DE TÉRMINO: | | |
| LISTA DE CHEQUEO DE PRÁCTICAS INSEGURAS Y/O FALLAS LATENTES | | | | | | | |
| Personal | | | | | | | |
| 1 | El personal se encuentra debidamente identificado (fotocheck) | Observar | | | | | |
| 2 | El personal se encuentra correctamente uniformado (uniforme institucional) | Observar | | | | | |
| 3 | Personal nuevo y/o personal en formación recibieron charlas de Seguridad del Paciente y Bioseguridad | Entrevistar | | | | | |
| 4 | Personal de turno se encuentra presente de acuerdo a programación | Observar | | | | | |
| 5 | Jefe de Servicio realiza reuniones de socialización de Eventos Adversos o prácticas inseguras y se encuentra registrado en acta de reuniones | Actas e informes | | | | | |
| Proceso de Atención | | | | | | | |
| 1 | Guías Clínicas impresas y de fácil acceso al personal | Observar | | | | | |
| 2 | Guías Clínicas de 10 patologías mas frecuentes disponibles | Observar | | | | | |
| 3 | Jefe de Servicio Verifica cumplimiento de Guías | Actas e informes | | | | | |
| 4 | Paciente conoce nombre de médico que la evalúo en el día. | Entrevistar | | | | | |
| 5 | Personal que atiende a la paciente se identifica | Entrevistar | | | | | |
| 6 | Consentimiento informado para docencia. | Observar | | | | | |
| 7 | Paciente se encuentra satisfecha de la atención (preguntar a 5 Pacientes) | Entrevistar | | | | | |
| 8 | Archivador de Seguridad de paciente implementado | Observar | | | | | |
| Historia Clínica | | | | | | | |
| 1 | Llenado de formato de Consentimiento informado | Observar | | | | | |
| 2 | Registro de la Historia clínica según norma técnica (firma, sello, letra legible, nombre de paciente en cada hoja, orden) | Observar | | | | | |
| Medicamentos | | | | | | | |
| 1 | Almacenamiento seguro de medicamentos (rotulo, ubicación, distribución) | Observar | | | | | |
| 2 | Coche de paro operativo (accesible, completo según su listado) | Observar | | | | | |
| 3 | Realiza simulacro de uso de coche de paro | Plan, acta o informe | | | | | |
| 4 | Manejo de venodis correcto (rotulo, ubicación y permeabilidad) | Observar | | | | | |
| 5 | Rotulado de frascos de soluciones endovenosas | Observar | | | | | |
| 6 | Identificación del paciente en HCL, pizarra de cabecera de cama, pulseras. | Observar, entrevistar paciente | | | | | |
| 7 | Almacenamiento SEGURO de fármacos riesgosos (Ej. CIK, SOAMg, Adrenalina) | Observar | | | | | |

Anexo N° 5 (reverso)

|  RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - Año | | | | | | | |
|--|---|------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----------|---------------|
| FECHA: | | HORA DE SORTEO: | | HORA DE INICIO: | | | |
| LUGAR DE SORTEO: | | SERVICIO: | | HORA DE TÉRMINO: | | | |
| LISTA DE CHEQUEO DE PRÁCTICAS INSEGURAS Y/O FALLAS LATENTES | | | | | | | |
| Bioseguridad y Control de infecciones | | Verificador | Adecuada (todo) | En proceso (algunos) | Inadecuada (ninguna) | No Aplica | OBSERVACIONES |
| 1 | Personal se lava las manos durante su labor (según los 5 momentos) | Observar | | | | | |
| 2 | Procedimiento de lavado de manos al azar | Evaluar | | | | | |
| 3 | Segregación de residuos sólidos (techos) | Observar | | | | | |
| 4 | Uso de contenedores de punzo cortantes | Observar | | | | | |
| 5 | Extintor operativo (fecha de vencimiento, en buen estado y personal capacitado para su uso correcto) | Observar y entrevistar | | | | | |
| 6 | Insumos de coche de curadones (almacenamiento, rotulado, vencimiento) | Observar | | | | | |
| 7 | Ausencia de Vectores (cucarachas, roedores, moscas, otros.) | Entrevistar Observar | | | | | |
| 8 | Transporte y almacenamiento de ropa (limpia y sucia) | Observar | | | | | |
| 9 | Manipulación de alimentos (nutrición) | Observar | | | | | |
| Información/Comunicación | | | | | | | |
| 1 | Intercomunicadores operativo | Observar | | | | | |
| 2 | Se cumple con horario de información a familiares | Observar | | | | | |
| 3 | Televisores implementados se encuentran operativos cumpliendo sus objetivos. | Observar | | | | | |
| Mobiliario | | | | | | | |
| 1 | Camillas de transporte operativas (Barandas y ruedas) | Observar | | | | | |
| 2 | Sillas de ruedas operativas | Observar | | | | | |
| 3 | Cuna de bebés para estancia junto a su mamá hospitalizada. | Observar | | | | | |
| Equipamiento | | | | | | | |
| 1 | Equipamiento operativo. | Observar | | | | | |
| 2 | Se realiza mantenimiento preventivo (registrar fecha del último mantenimiento) | Observar | | | | | |
| 3 | Balones de oxígeno con cadena de seguridad | Observar | | | | | |
| Infraestructura | | | | | | | |
| 1 | Infraestructura en buenas condiciones (paredes, techo, piso, otros) | Observar | | | | | |
| 2 | Servicios higiénicos de pacientes operativos (sin filtraciones, bomba con tapa, techos de basura en buen estado, ducha operativa) | Observar | | | | | |
| 3 | Ambientes ordenados y limpios | Observar | | | | | |
| 4 | Pasadizos libres | Observar | | | | | |
| 5 | Se cuenta con baño para discapacitados operativo. | Observar | | | | | |
| Otros | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |

Anexo N° 6

|  INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DIRECCION OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LISTA DE VERIFICACION DE OBSERVACIONES LEVANTADAS | | | | | | | |
|--|--------------------------------|------------|-------|-------------|----------------------------|----|---------------|
| Fecha de Ronda realizada: | | | | | Fecha de Verificación: | | |
| Hora: | | | | | Hora: | | |
| Servicio: | | | | | Servicio: | | |
| N° | Practicas Inseguras Observadas | Compromiso | plazo | Responsable | Cumplimiento de Compromiso | | OBSERVACIONES |
| | | | | | SI | NO | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | | |
| PERSONAL PRESENTE: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Anexo 4

RD N° 064-2020-DG-INMP/MINSA "APROBAR EL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2020 EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL".

Del 27 marzo del 2020.



04 MAR 2020



Resolución Directoral

Lima, 27 de marzo de 2020



VISTO:

La HETD N° 20-5502-1, conteniendo el Memorando N° 071-2020-OGC-INMP, de fecha 24 de febrero de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, el Artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el Artículo 37 del precitado Reglamento, prescribe que el Director Médico de los establecimientos de salud con internamiento deben asegurar la calidad de los servicios prestados a través de la implementación de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de los Establecimientos de Salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar



C. P. PÉREZ



A. LUNA



R. VEGA C.



C. DÁVILA



M. RÍOS



la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud;



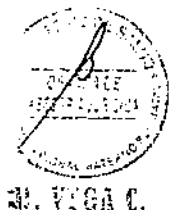
C. R. PÉREZ

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante Resolución Directoral N°042-2020-DG-INMP, de fecha 24 de febrero de 2020, se conformó el "**Equipo de ronda de seguridad del paciente**" del Instituto Nacional Materno Perinatal y con Resolución Directoral N°049-2020-DG-INMP, de fecha 05 de febrero de 2020, se aprobó la "**Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente**" en el marco de cumplimiento del Decreto Supremo N° 027-2019-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los indicadores de desempeño o compromisos de mejora en cada año, por lo que mediante el documento de vistos el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el cronograma de ejecución de rondas de seguridad del paciente para su aprobación, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;



A. LUNA

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N° 001-2020-SA/DMV-PAS;



M. VEGA C.

SE RESUELVE:



C. DÁVILA

ARTICULO PRIMERO: Aprobar el "**Cronograma de Ejecución de Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente -2020**" en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: La Oficina de Gestión de la Calidad, coordinara con las Direcciones Ejecutivas, Oficinas Ejecutivas, para el cumplimiento del cronograma mencionado en el artículo precedente y coadyuvara para que las recomendaciones derivadas del informe de cada ronda se implementen en el presente año fiscal.



M. RIOS

ARTICULO TERCERO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

Regístrese, Comuníquese

M.C. Enrique Quevedo Ríos
D.M.P. N° 18788 - R.N.S. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología
- Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones

- Intrahospitalarias
- Jefe del Departamento de Obstetricias
- Jefe del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicio de Farmacia
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pag. Web)
- Archivo



GRANVC

- Oficina Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología





PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) - 2020

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

ENRIQUE QUEVARRA RIOS

TITULAR / RESPONSABLE DE LA IPRESS

| ENERO | | |
|------------|-------|------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

| FEBRERO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 26/02/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | 28/02/2020 | 08:30 |

| MARZO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 18/03/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| ABRIL | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 15/04/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| MAYO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 20/05/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| JUNIO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 17/06/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| JULIO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 15/07/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| AGOSTO | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 19/08/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| SETIEMBRE | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 16/09/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| OCTUBRE | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 21/10/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| NOVIEMBRE | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 18/11/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

| DICIEMBRE | | |
|------------|------------|-------|
| RONDA | FECHA | HORA |
| Ronda N° 1 | 16/12/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | | |

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Quevarra Rios
C.M.P. N° 18788 - R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

M.C. Julio Octavio Chávez Pila
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M. Zavallios Espinoza
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Anexo 5

**RM N° 163-2020-MINSA “APROBAR 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”**

Del 02 abril del 2020.





Resolución Ministerial

Lima, 02 de Abril del 2020

Visto, el Expediente N° 19-018780-001 que contiene la Nota Informativa N° 157-2019-DGAIN/MINSA y el Memorandum N° 100-2020-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional; el Informe N° 012-2019-JME-DGOS/MINSA y el Memorandum N° 2661-2019-DGOS/MINSA, de la Dirección General de Operaciones en Salud; el Informe N° 212-2020-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y el Proveído N° 084-2020-SG/MINSA, de la Secretaría General;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva;

Que, asimismo, el artículo 4-A incorporado a la Ley antes referida a través de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;



Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, los literales a) y b) del artículo 99 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, tiene las funciones de proponer y supervisar políticas sectoriales, normas, lineamientos y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud; así como, proponer políticas, procedimientos, criterios, estándares, normas, lineamientos y documentos normativos, en materia de su competencia, con enfoque de calidad; así como evaluar su implementación;



Que, la octava política del Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;



Que, en ese contexto, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, en el marco de sus competencias y funciones, ha propuesto la aprobación de la "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", cuya finalidad es 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 públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;



Que, ante lo expuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;





Resolución Ministerial

Lima, 02... de... ABRIL... del... 2020

SE RESUELVE:

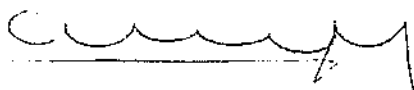
Artículo 1. – Aprobar la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" que, en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2. – Encargar a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, la difusión, asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

Artículo 3. – Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS que aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.

Artículo 4. – Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Directiva Sanitaria en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


VÍCTOR M. ZAMORA MESÍA
Ministro de Salud



DIRECTIVA SANITARIA N°92-- MINSA/2020/DGAIN

DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

1. FINALIDAD

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.

2. OBJETIVO

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.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.



- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINA, que aprueba la NT N° 031 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 326-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA /2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.



- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. 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.

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

5.1.3. 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.

5.1.4. 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.

5.1.5. Evento Adverso: Es una Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

5.1.6. Evento Centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

5.1.7. 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.

5.1.8. Infección Asociada a la Atención de Salud - IAAS: Es 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, a menos que la infección esté relacionada a una 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.



5.1.9. 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 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 coadyuvar 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.

5.1.10. Higiene de manos: Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.

5.1.11. Riesgo: Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

5.1.12. 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.

5.1.13. Seguridad del Paciente: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

5.1.14. Unidad Productora de Servicios (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.

5.1.15. Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

5.1.16. Gestión del 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.

5.1.17. Prevención del Riesgo: Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.



S. REVILLA S.

- 5.2. La presente Directiva Sanitaria estandariza la conformación, funciones, organización, aplicación y acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, con el objeto de identificar prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención de salud.
- 5.3. Se establece la metodología para la valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, generando compromisos con la Dirección de la IPRESS y el personal de salud de las IPRESS públicas, privadas y mixtas, para mejorar la seguridad del paciente.
- 5.4. Se establecen las disposiciones para la difusión, implementación, supervisión y evaluación de la presente Directiva Sanitaria.

6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1. De la conformación y Funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

6.1.1. De la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe ser conformado mediante acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, pública, privada o mixta, según corresponda; y actualizado anualmente.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente está conformado por:

- a. La máxima autoridad o titular de la IPRESS, quién es el Líder del Equipo.
- b. El responsable de administración de la IPRESS
- c. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, quien ejerce la Secretaría Técnica.
- d. El responsable de Epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS.
- e. Los responsables de los Departamentos en Hospitales /Institutos o los responsables de las UPSS en las Micro-redes o sus equivalentes.
- f. El responsable del Departamento/ Servicio de Enfermería
- g. El responsable de la UPSS de Farmacia.

Asimismo, cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente en una IPRESS del II y III nivel, se incorporan al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, los siguientes responsables:

- El responsable del Servicio visitado, o quien haga sus veces.
- El responsable de Enfermería del Servicio visitado, o quien haga sus veces.
- El responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

6.1.2. De las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

Los Miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente tienen las siguientes funciones:

- a. 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 la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del departamento/servicio de Enfermería. Se debe incluir la



fecha, hora y día en que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.

- b. El Líder del equipo debe convocar a los miembros del Equipo, según el Cronograma aprobado.
- c. 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.
- d. Todos los miembros del equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- e. 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.
- f. El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las 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.

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

6.2.1. Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente

- a. El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según el Cronograma aprobado. (Anexo 1)
- b. 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.
- c. 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.
- d. El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.

6.2.2. Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente

- a. 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.
- b. Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- c. La duración de la Ronda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
- d. La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.



G. REVILLA S.

e. 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).

f. Al finalizar la Ronda de Seguridad del Paciente, el Secretario Técnico 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.

g. El Secretario Técnico, elabora y suscribe el informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El informe es dirigido a la máxima autoridad o titular de la IPRESS.

6.2.3. Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión del Riesgo

a. 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)

b. 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)

c. 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)

d. El Secretario Técnico, informa a la máxima autoridad o titular de la IPRESS, el Plan de Acción a ser implementado.

e. 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)

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

6.3.1. 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.

6.3.2. La máxima autoridad o Titular de la IPRESS, según corresponda, debe difundir en medio físico y digital la presente directiva a todas las UPSS y áreas administrativas de la IPRESS.

6.3.3. Realizada la difusión, a la que se hace referencia en los numerales precitados, la IPRESS debe elaborar las estrategias que favorezcan la implementación de la directiva considerando jornadas de sensibilización permanentes.



REVILLAS.

6.3.4. El Secretario Técnico, debe desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando, como mínimo, temas de seguridad del paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz y gestión del riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información, entre otros.

6.3.5. 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 prácticas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

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

6.4.1. El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS. Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.

6.4.2. La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, está a cargo de la Oficina/Unidad 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 Prestadora de Servicios de Salud | $\frac{\text{Nº de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{Nº de Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} \times 100$ | 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 | $\frac{\text{Nº de Verificadores conformes}}{\text{Nº de Verificadores evaluados}} \times 100$ | Listado de Criterios de Evaluación. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas | Trimestral |



G. REVILLAS

| | | | |
|--|--|---|------------|
| % de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud | N° de acciones de mejora implementadas/N° de acciones de mejora propuestas x 100 | Plan de Acción. Informe de Implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas | Trimestral |
|--|--|---|------------|

7. RESPONSABILIDADES

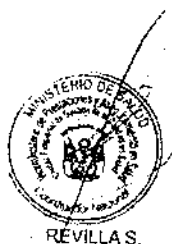
- 7.1 La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, es la responsable de la difusión, asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.
- 7.2 La supervisión y evaluación de la implementación y aplicación de la presente Directiva Sanitaria, está a cargo de la oficina/unidad de Gestión de la Calidad, de la Microred, Red de Salud, DIRESA, GERESA, DIRIS, o quien haga sus veces, y en el nivel nacional, por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
- 7.3 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.

8 DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 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 las IPRESS, según Criterios de Programación anual, siempre en forma posterior a la conformación del equipo que las aplicará.
- 8.2 Las acciones de mejora del Plan de Acción post Ronda de Seguridad del Paciente deben ser incluidas en los respectivos Planes Operativos de las IPRESS, así como, en la programación de actividades de las UPSS relacionados.

9 ANEXOS

- Anexo 1: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.
 Anexo 2: Criterios De Evaluación.
 Anexo 3: Hoja de Resultados de Evaluación
 Anexo 4: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
 Anexo 5: Priorización de las Intervenciones para Evitar, Reducir o Mitigar los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
 Anexo 6: Modelo de Plan de Acción.
 Anexo 7: Modelo de Ficha de Monitoreo.
 Anexo 8: Indicadores de Evaluación.





G. REVILLAS.

ANEXO 1
MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRESS:

TITULAR/RESPONSABLE PRESS (A):

| ENERO | | | FEBRERO | | | MARZO | | | ABRIL | | |
|---------|-------|------|---------|-------|------|---------|-------|------|---------|-------|------|
| RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA |
| RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | |
| RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | |

| MAYO | | | JUNIO | | | JULIO | | | AGOSTO | | |
|---------|-------|------|---------|-------|------|---------|-------|------|---------|-------|------|
| RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA |
| RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | |
| RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | |

| SEPTIEMBRE | | | OCTUBRE | | | NOVIEMBRE | | | DICIEMBRE | | |
|------------|-------|------|---------|-------|------|-----------|-------|------|-----------|-------|------|
| RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA | RONDA | FECHA | HORA |
| RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | | RONDA 1 | | |
| RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | | RONDA 2 | | |

1. Titular/Responsable: Nombres y Apellidos del Titular/Responsable de la PRESS
Fecha Utilizar el formato: dd/mm/aaaa ejemplo: 05.05.2020.
Hora Utilizar formato de 24 horas ejemplo: 08:30. 15:00.

Titular/Responsable PRESS

Responsable de la Oficina de Gestión de Calidad

Responsable de Epidemiología

Responsable de Dirección Enfermería



G. REVILLA S.

ANEXO 2 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|---------------------------------|--|---|--|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos | Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra 03 HC tomadas al azar. | RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 119-JUNSA/2018/DCAN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 255-2018/MINSA | | | |
| | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, 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 de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de la enfermedad actual. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de los antecedentes del paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, ooma deposiciones, estado de ánimo. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro completo del examen físico clínico general y regional de correspondencia. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de correspondencia (presimilicos o definidos) | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario terapéutico y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra 03 HC tomadas al azar. | | | | |
| | Registro actualizado del Plan de Trabajo. Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Inyecciones. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad). | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |
| | Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar. | | | | |



G. REVILLAS.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | |
|--|--|---|--|--------|----|
| | | | | SI | NO |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | RUI N° 532-2016-MINSA, aprobada por el MDS-MINSA-DOCEPRE-SV 02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | | |
| | Correspondencia entre el diagnóstico presunto y el diagnóstico definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | 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 de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | RUI N° 214-2018-MINSA, aprobada por el MDS-MINSA-DOCEPRE-SV 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RUI N° 265-2018-MINSA | | |
| | En caso de haberse producido un evento adverso, esta ha sido registrada en la HCl o en algún medio de registro evidenciable | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar Registro de Eventos Adversos | Informe del Estado IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Llamamiento- HSPS-España, D.S. N° 013-2005-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | | |
| | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | RUI N° 214-2018-MINSA, aprobada por el MDS-MINSA-DOCEPRE-SV 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RUI N° 265-2018-MINSA | | |
| | Registro de la fecha y hora del alta del paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis incluyendo diagnóstico definitivo | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | Registro de la Contingencia de paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | La letra de la Historia Clínica es legible | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |
| | Historia clínica ordenada y limpia | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | |



| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|--|---|---|--|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| 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 tanto realizado a las interconsultas. | RM N° 302-2015-MINSA, aprobada NTS N° 117-MINSA-DGSP-V-01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. | | | |
| | La solicitud de procedimientos de ayuda a diagnóstico y tratamiento oportunamente durante el turno | Revisión de registros físicos o electrónicos del tanto realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento | RM N° 211-MINSA, aprobada el D.T. Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica | | | |
| | La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno | Revisión de registros físicos o electrónicos del tanto realizado a los pedidos de medicamentos e insumos | Normas internas de los 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 101 HCl tomados al azar | RM N° 546-2011-MINSA, aprobada NTS N° 071-MINSA-DGSP-V-03 Norma Técnica de Salud Categoriada de Establecimientos del Sector Salud. | | | |
| | Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes | Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio. | RM N° 456-2007-MINSA, aprobada NTS N° 050-MINSA-DGSP-V-02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud | | | |
| | 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 o relevo | D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | | | |
| | Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutor y supervisión | Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o suplentes en el turno | RM N° 456-2007-MINSA, aprobada NTS N° 060-MINSA-DGSP-V-02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | | | |
| | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos | Preseguir a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestra aleatoria simple. | D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | | | |
| | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS. | Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCl | RM N° 771-2009-MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud | | | |
| | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos | Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención | RM N° 456-2007-MINSA, aprobada NTS N° 060-MINSA-DGSP-V-02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. | | | |
| | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial. | Verificar la existencia del registro en la UPSS | D.S. N° 005-2017-TR Reglamento de la Ley N° 29723 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo | | | |



G. REVILLAS.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|--|---|--|---|--------|----|-----------|
| | | | | S | NO | NO APLICA |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de diagnóstico | Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en el momento de la atención al parto | D.S. N° 013-2008-SA. Reglamento de Esquemas de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y Secundaria, Ley N° 25412 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. | | | |
| | Tiempo o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo | Observar la existencia del sistema de llamado de todo el personal de atención al parto | Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS http://www.who.int/patientsafety/whosolutions/200804.pdf | | | |
| | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente. | Observar la existencia de barandas y su uso | | | | |
| | En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas | Observar la existencia del gestograma | RM N° 853-2012-MINSA. Aprobada la Directiva Sanitaria N° 001-2012-MINSA/DGSP - V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Prácticas Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud" | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta. | Observar el uso del partograma | RM N° 595-2008-MINSA. que aprueba la Guía Técnica "Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos" | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil y su uso | Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso | | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo | Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso | RM N° 546-2011-MINSA. aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud "Categorías de Esquemas de Atención del Sector Salud" | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo | Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso | RM N° 1472-2007 "Manual de Organización y Evaluación de la Atención Obstétrica" | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (manos lavadas, mascarilla, gorro, batas protectoras) | Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico | RM N° 523-2007-MINSA. Guía Técnica para la Evaluación Integral de la Atención Pre-natal, Parto y Puerperio y Control de las Infecciones Intrahospitalarias RM N° 1118-2012-MINSA. NTS N° 013-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH, SIDA y Hepatitis B | | | |
| | En Centro Obstétrico se evidencia que la portadora tiene resultados de prueba rápida o HISA para HIV-1 y HIV-2 | Revisar en la Historia Clínica de todas las portadoras en el libro de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2 | RM N° 568-2004-MINSA. que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva - R.N. N° 401-2007-MINSA. aprobada el documento "Estrategia Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y SIDA" | | | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | 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 Conductor y Comité de Seguridad del Paciente | Verificar la existencia del informe (último informe semestral) | RM N° 1271-2013-MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | | | |



REVILLAS.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|--|---|---|---|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | 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 G.B. Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. RM N° 1486-2005-MINSA que aprueba N° 0030-MINSA/DGSP y 01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología RM N° 022-2011-MINSA aprueba N° 069-MINSA/DGSP y 01 Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica RM N° 214-2012/MINSA aprueba N° 139-MINSA/2012/DCAN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico | Observar e verificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en el periodo correspondiente a la ENT RAZA | Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica 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 | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica 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 | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con equipo de intubación oral y su uso | Verificar la existencia de equipo de intubación oral y su uso | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia | Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8) | Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión | Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Calífera Portál con batería operativa. | Verificar la existencia de Calífera Portál y su uso. | | | | |
| | 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. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre durante y post anestésica en cada paciente ingresando 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 | | | | |



G. REVILLAS

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos | Datos nuevos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI y N° de Historia Clínica | Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS https://www.who.int/es/emergencies/solutions/patient-safety/PatientSafetySPANISH.pdf | | | |
| | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente | Datos nuevos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama | | | | |
| | Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica | Datos nuevos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica | Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS https://www.who.int/es/emergencies/solutions/patient-safety/PatientSafetySPANISH.pdf | | | |
| | Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento | Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento | | | | |
| | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible | Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas | | | | |
| | Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros. | Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas | | | | |
| | 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 (3) pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico contrastándolo con la Historia Clínica | | | | |
| | Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo | Preguntar a (3) pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos contrastando con el Consentimiento Informado | Ley N° 25414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



G. REVILLAS.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|------------------------------------|--|---|--|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Paciente cuenta con foto de hospital fácilmente identificable. | Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con foto hospitalaria identificable. | <p>Ministerio de Salud (MIS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA)</p> <p>2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente</p> <p>https://www.alasabiduria.net/contenidos/3%20de%20riesgo-en%20situaciones-de-riesgo-en-emergencias-lugar-sinprocedimientos.pdf</p> <p>https://www.mis.gov.co/sites/default/files/2017/07/01/ALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf</p> | | | |
| | Vigilancia controlada de las visitas y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos | Observar que todos los accesos a la UPSS cuenten con vigilancia y se realice control de las pertenencias de pacientes y visitas. | | | | |
| | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización | Verificar la existencia de un sistema foto digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS. | | | | |
| | Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurre a la contención mecánica | Verificar si se valoró el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas llevadas al azar. | | | | |
| | 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 llevadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas. | | | | |
| | 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 de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes. | | | | |




REVILLAS

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD /REFERENCIA | | | CUMPLE | |
|--|-------------|---|--------------------------|----|-----------|--------|--|
| | | | SI | NO | NO APLICA | | |
| Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren | | Verificar al paciente si tiene el medicamento etiquetado al azar, dentro de la farmacia, en la fecha y la hora de administración correspondiente con la etiqueta. | | | | | |
| Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe | | Preparar a 3 pacientes (o similar responsable) (según el azar, dentro de la farmacia) de efectos secundarios por los medicamentos que recibe | | | | | |
| Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente. | | Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01 | | | | | |
| Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contadas en ella | | Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas | | | | | |
| Atenciones ordenadas de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación | | Verificar el almacenamiento de los medicamentos | | | | | |
| Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de repetitivos | | Verificar rotulación de medicamentos de repetición | | | | | |
| Medicamentos se clasifican para su almacenamiento focal según el nombre del paciente por dosis unitaria | | Verificar el almacenamiento de medicamentos y hacer el etiquetado en forma adecuada según lo descrito por el Sistema de Organización de Medicamentos en Caso Único (SDMCU) con el etiquetado del paciente y número de cama de emergencia | | | | | |
| Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo eficaz de control de vencimiento /caducidad | | Verificar el almacenamiento SEMEJO de los parámetros de almacenamiento y la rotulación registrada en el Sistema Único | | | | | |
| Existencia de un registro de medicamentos controlados | | Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados en el Sistema de Organización de Medicamentos en Caso Único (SDMCU) El registro debe incluir nombre, presentación, lote y fecha de vencimiento | | | | | |
| Existencia de un registro de medicamentos controlados | | Verificar el registro de un registro de medicamentos controlados en el Sistema de Organización de Medicamentos en Caso Único (SDMCU) El registro debe incluir nombre, presentación, lote y fecha de vencimiento | | | | | |
| Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos. | | Verificar en 12 pacientes la administración de medicamentos, respetando los 5 correctos (verificar por su nombre y número, medicamento correcto, dosis correcta, velocidad de infusión y su fecha de vencimiento, días de administración correcta, vía de administración correcta (oral o IV o SC o IM o IT) y hora de administración correcta (hora de inicio y hora de término) | | | | | |



G REVILLA S.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD /REFERENCIA | CUMPLE | | |
|---|--|--|---|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza. | Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración |  Nota descriptiva N.º 314 - Cádiz - Organización Mundial de la Salud https://www.minsalud.gov.co/casos/di/usuarios/Default.aspx?ID=DEIC-A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsalud.gov.co/publicaciones/temas/tema/563086855de0400010165012642.pdf https://www.minsalud.gov.co/salud/documentos/Cadiz/Atencion%20a%20EnSalud/observatorio/prevencion/h/2014%20REDUCCION%20CAIDAS.pdf | | | |
| | Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos | Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración | | | | |
| | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sentido | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral y contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado. | Observar según sea el caso el uso de contención mecánica | | | | |
| | Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los inodoros, cambios posturales periódicos, etc | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto | | | | |
| | Protocolo que establezca polifación, objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica. | Verificar la existencia del protocolo respectivo. | | | | |
| | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción | Verificar la existencia del registro y su uso actualizado | | | | |
| | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente | Verificar el retroceso de las técnicas de inmovilización utilizadas | | | | |
| | Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama. | Verificar la movilidad del paciente. | | | | |
| | Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada. | Verificar que no esté atascadas las vías aéreas | | | | |
| Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión. | Verificar en la HCL la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación en la de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado. | | | | | |



G. REVILLA S.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD/REFERENCIA | CUMPLE | | |
|---|--|---|---|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| SEGURIDAD SEXUAL | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: destituciones maritacas, trastornos de la personalidad aislamiento, poca aceptación en su medio | Verificar en 03 Historias Clínicas breves al azar si se realiza la valoración | Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) https://www.npsa.nhs.uk/about-us/our-programme-national-protection.pdf | | | |
| | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales | Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (de 18 años o más) si han sido informados al respecto | 2º Norma del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente http://www.nhs.uk/about-us/our-programme-national-protection.pdf | | | |
| | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización. | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar si han sido informados al respecto | 2º Norma del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente http://www.nhs.uk/about-us/our-programme-national-protection.pdf | | | |
| | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia | Verificar si se realiza algún control al ingresar | 2º Norma del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente http://www.nhs.uk/about-us/our-programme-national-protection.pdf | | | |
| | 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 03 Historias Clínicas breves al azar por muestra aleatoria simple si se registra la terapéutica específica | Acta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelar Donatelan https://portal.quezad.es/condemur/hist/2019/07/CYC-461-Condema-Suicia-Avalar-Donel.pdf | | | |
| Ana la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplican las medidas médicas y legales que resulten oportunas | Verificar si la LPSIS cuenta con un protocolo al respecto y el tipo de información respectiva | | | | | |



| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | |
|--|--|---|--|--------|--------------|
| | | | | SI | NO APLICA |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN | Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Evaluación del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Protocolización de la guía de atención para la prevención, control de úlceras por presión | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Educación al paciente y su familia para la prevención, cuidado de las úlceras por presión | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Notificación de úlceras por presión, incidencia y prevalencia, en un registro diario registrado en los servicios de hospitalización | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Aplicación de guía de cuidado de úlceras por presión según estándares | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio | Verificar los historiales clínicos de todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización | Elaboración de guías de evaluación y registro de riesgo de úlceras por presión | | |
| | | | | | |



30

22



3 REVILLAS.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|-----------------------|---|---|--|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| BUENAS PRÁCTICAS | La UPSS proporciona información sobre sus servicios horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención | Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados a respecto. | "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Mejores Intervenciones de Seguridad del Paciente - OMS 2004 https://www.who.int/patientafety/solutions/patient-safety/PatientSafetySPANISH.pdf | | | |
| | Los pacientes y las familias reciben información sobre como acceder a los servicios de la UPSS | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto | | | | |
| | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto | | | | |
| | Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos | Verificar documentos recibidos por la UPSS y las respuestas a los mismos | | | | |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA | 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 | Verificar documentalmente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente | "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Mejores Intervenciones de Seguridad del Paciente - OMS 2004 https://www.who.int/patientafety/solutions/patient-safety/PatientSafetySPANISH.pdf https://www.minsalud.gov.co/documentos/seguridaddelpaciente/9soluciones.pdf A Guía una estrategia de comunicación.pdf | | | |
| | Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente | Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas. | | | | |
| | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente | Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas | | | | |
| | 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 | Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica | | | | |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA | 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 | Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio. | | | | |
| | | | | | | |



| BUENAS PRACTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGIA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | |
|------------------|--|---|--|--------|----|
| | | | | SI | NO |
| HIGIENE DE MANOS | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan | RM N° 255-2018/MINSA Que Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud | | |
| | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan | | | |
| | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos. | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan | | | |
| | Cumplimiento del raso lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10 | Verificar el raso mínimo recomendado | | | |
| | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo) | Verificar en 03 tabuladores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales a cumplir los pasos. Ver Anexo N° 02 | | | |
| | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo) | Verificar en 03 tabuladores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales a cumplir los pasos. Ver Anexo N° 03 | | | |
| | 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 tabuladores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales del 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 | | | |
| | Marcadores y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos. | Verificar la existencia de dibujos | | | |



G. REVILLAS

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | | |
|------------------|--|--|---|--------|----|-----------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA |
| BIOSSEGURIDAD | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas. | Verificar lugares de almacenamiento de residuos sólidos en la UPSS | RM N° 1295-2018-MINSA aprueba NIS N° 141-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud. Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación | | | |
| | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas | Verificar lugares de almacenamiento de material punzo cortante y agujas. | | | | |
| | Cuidado y manejo de los caleteros 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 IAS basadas en evidencia médica | Verificar existencia de medidas de prevención para IAS | RM N° 165-2015-MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud | | | |
| | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS | Evaluación documental de actividades de vigilancia | RM N° 660-10-14-MINSA aprueba la NIS N° 110-MINSA/DC-EM V D1 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. | | | |
| | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud. | Observar señalización de correspondiente. | RM N° 753-2004-MINSA aprueba NI N° 020-MINSA/DGSP V D1 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Interolespléricas. | | | |
| | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud. | Observar tamaño del personal en zonas señalizadas. | | | | |



G. REVILLA S.

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | NORMATIVIDAD / REFERENCIA | CUMPLE | |
|------------------------------------|---|--|---|--------|----|
| | | | | SI | NO |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad | Verificar existencia de equipos biomédicos. | RM N° 546-2011/MINSA aprobada NTS N° 021-MINSA/DGSP y 03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud | | |
| | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad | Verificar operatividad de equipos biomédicos. | RM N° 456-2007/MINSA aprobada NTS N° 050-MINSA/DGSP y 02 Norma Técnica de Salud para la Atención 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. | | | |
| | 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 | DS N° 013-2006-SA. Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | | |
| | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos) mediante la actualización de las respectivas tarjetas. | Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y verificar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento | | | |

HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

| | | TRIMESTRE | SELECCION | AÑO | SELECCION |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|-----|--------------|
| IPRESS: | HOSPITAL QUITOS CESAR GARAYAR GARCIA | FECHA APLICACION: | | | (dd-mm-aaaa) |
| UPSS | CONSULTA EXTERNA | RESP. EPIDEMIOLOGIA | | | |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS | | RESP. DE LA UPSS: | | | |
| RESP. DE ADMINISTRACION | | RESP. OFICINA CALIDAD | | | |
| RESP. OPTO. SERVICIO ENFERMERIA | | OTROS RESPONSABLES: | | | |

[illegible]

PROMEDIO

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



REVILLAS

ANEXO 4

VALORACIÓN 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 (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador ha sido frecuente y recurrente, siendo casi inevitable. Es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- b. **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.
- c. **OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d. **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e. **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.

PROBABILIDAD

| FRECUENTE | 5 |
|-------------|---|
| PROBABLE | 4 |
| OCASIONAL | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| | |

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:

- a. **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.
- b. **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.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observará el deterioro en el rendimiento



G. REVILLAS

de la prestación. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.

- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. Probablemente, éste observará 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.
- e. **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.

* Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad."

GRAVEDAD / IMPACTO

| | |
|---------------------|-----------|
| CATASTRÓFICO | 10 |
| IMPORTANTE | 7 |
| MODERADO | 4 |
| TOLERABLE | 2 |

La **VALORACIÓN DEL 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.

Seleccionar una de las siguientes opciones.

- a. **RIESGO INTOLERABLE (35 - 50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo.
- b. **RIESGO IMPORTANTE (20 - 34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo pero con repercusiones significativas.
- c. **RIESGO MODERADO (4 - 19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición de un riesgo y de trascendencia moderada o tolerable.
- d. **RIESGO BAJO (1 - 3):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia para la aparición de un riesgo.



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

VALORACIÓN DEL RIESGO

| | |
|---------------------------|----------------|
| RIESGO INTOLERABLE | 35 - 50 |
| RIESGO IMPORTANTE | 20 - 34 |
| RIESGO MODERADO | 4 - 19 |



G. REVILLAS.

TABLE OF REFERENCES

| | | TRIMESTRE | SELECCION | ANO | SELECCION |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------|-----|-------------|
| IPRESS | HOSPITAL IQUIROS CESAR GARAYZA GARCIA | FECHA APLICACION | | | IDC MM 4440 |
| UPSS | CONSULTA EXTERNA | RESP EPIDEMIOLOGIA | | | |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS | | RESP DE LA UPSS | | | |
| RESP DE ADMINISTRACION | | RESP ORC UNIDAD CALIDAD | | | |
| RESP OPTO SERVICIO ENFERMERIA | | OTROS RESPONSABLES | | | |

PROBABILIDAD

| | |
|-------------|---|
| FRECUENTE | 5 |
| PROBABLE | 4 |
| OCASIONAL | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |

GRAVEDAD / IMPACTO

| CATASTROFICO | Id |
|--------------|----|
| IMPORTANTE | 7 |
| MODERADO | 4 |
| TOLERABLE | 2 |

VALORACIÓN DEL RIESGO

| | |
|--------------------|---------|
| RIESGO INTOLERANTE | 20 - 30 |
| RIESGO IMPORTANTE | 20 - 34 |
| RIESGO MODERADO | 4 - 19 |

[illegible]

G. REVILLAS

ANEXO 5

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

1. **FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN:** El estudio de la evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:
 - 1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.
 - 1.2 La factibilidad económica y el costo-oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.
 - 1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.Seleccionar una de las siguientes opciones:
 - a. **EVITABLE (3):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.
 - b. **REDUCIBLE (2):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un Plan de Reducción de Riesgos.
 - c. **INEVITABLE (1):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

| | |
|------------|---|
| | |
| REDUCIBLE | 2 |
| INEVITABLE | 1 |



2. **PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN:** Es el producto de la relación existente entre el resultado de la Valoración del Riesgo con la Factibilidad de la Intervención, a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el Plan de Acción.





G. REVILLA S.

ANEXO 6
MODELO DE PLAN DE ACCIÓN

PLAN DE ACCION

| | TRIMESTRE | SELECCION | ANO | SELECCIONE |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----|------------|
| IPRESS | HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA | FECHA APLICACION: | | [00-AAAA] |
| UPSS: | CONSULTA EXTERNA | RESP.EPIDEMIOLOGIA | | |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS: | | RESP. DE LA UPSS: | | |
| RESP. DE ADMINISTRACION: | | RESP OFIC. UNIDAD CALIDAD: | | |
| RESP OPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | | OTROS RESPONSABLES: | | |

ACTUALIZAR PRIORITY

[illegible]



FICHA DE MONITOREO

| TRIMESTRE: | | SELECCION | AÑO: | SELECCION: |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|------|------------|
| | | | | (DDMMAAAA) |
| HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAN GARCIA | | FECHA APLICACION: | | |
| CONSULTA EXTERNA | | RESP. EPIDE. MOLOGIA: | | |
| | | RESP. DE LA UPES: | | |
| | | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | | |
| | | OTROS RESPONSABLES: | | |
| IMPRES. | | | | |
| IMPRES. | | | | |
| TITULAR RESPONSABLE IMPRES. | | | | |
| RESP. DE ADMINISTRACION | | | | |
| RESP. OPTO. SERVICIO ENFERMERIA | | | | |

[illegible]

ANEXO 8

INDICADORES DE EVALUACIÓN

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

- a. Fórmula de cálculo: $\text{Nº de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas} / \text{Nº de Rondas de Seguridad del Paciente programadas} \times 100$
- b. Tipo de Indicador: De Proceso
- c. Fuente Auditable: Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente, Hoja de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud $\geq 90\%$
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

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

- a. Fórmula de cálculo: $\text{Nº de Verificadores conformes} / \text{Nº de Verificadores evaluados} \times 100$
- b. Tipo de Indicador: De Resultado
- c. Fuente Auditable: Listado de Criterios de Evaluación, Hoja de Resultados de Evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad del Paciente.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces, de la consolidación.



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

- a. Fórmula de cálculo: $\text{Nº de acciones de mejora implementadas} / \text{Nº de acciones de mejora propuestas} \times 100$
- b. 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 mejora implementadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad del Paciente.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.



G. REVILLA S.

Anexo 6

RD N° 257-2020-DG-INMP/MINSA "APROBAR LA REPROGRAMACIÓN DEL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2020 EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"

Del 15 diciembre del 2020.



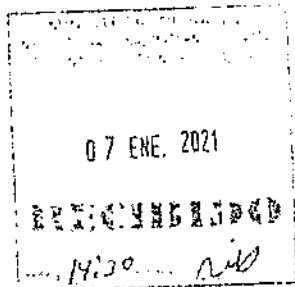
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 257 -2020-DG-INMP/MINSA



Resolución Directoral

Lima, 15 de *Noviembre* de 2020



VISTO:

La HETD Nº 20-16733-1, conteniendo el Memorando Nº 226-2020-OGC/INMP, de fecha 02 de noviembre de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 027-2019-SA, se establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales; así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación en el año 2020, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15º del Decreto Legislativo Nº 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, el artículo 2º del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el artículo 9º del precitado Reglamento, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, el inciso b) del artículo 37º del mencionado Reglamento, establece que el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de



R. VEGA C.



C. DAVILA



M. RIOS



acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de los Establecimientos de Salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud;

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante Resolución Directoral N°042-2020-DG-INMP, de fecha 24 de febrero de 2020, se conformó el "**Equipo de ronda de seguridad del paciente**" del Instituto Nacional Materno Perinatal y con Resolución Directoral N°049-2020-DG-INMP, de fecha 05 de febrero de 2020, se aprobó la "**Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente**" en el marco de cumplimiento del Decreto Supremo N° 027-2019-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los indicadores de desempeño o compromisos de mejora, mediante Resolución Directoral N° 064-2020-DG-INMP/MINSA, de fecha 27 de marzo de 2020, se aprobó el "**Cronograma de Ejecución de Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente - 2020**", el mismo que debe ser reprogramado, conforme a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante el documento de vistos, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal y en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N° 001-2020-SA/DMV-PAS;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR la "**Reprogramación del Cronograma de Ejecución de Rondas por la seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente -2020**" en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: La Oficina de Gestión de la Calidad, coordinara con las Direcciones Ejecutivas, Oficinas Ejecutivas, para el cumplimiento del cronograma reprogramado mencionado en el artículo

precedente y coadyuvara para que las recomendaciones derivadas del informe de cada ronda se implementen en el presente año fiscal.

ARTÍCULO TERCERO: Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

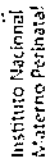
Regístrese, Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M. C. Enrique Guzmán Rtr.
C.M.P. N° 10758 R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGR/RNVC
CC:

- Ministerio de Salud (Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud)
- Oficina Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración.
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Jefe del Departamento de Obstetricas
- Jefe del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicios de Farmacia
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pág. Web).
- Archivo



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) - 2020
REPROGRAMADO

REFORMULADO

TITULAR / RESPONSABLE DE LA IPRESS

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

ENRIQUE GUEVARA RÍOS

ENERO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

MAYO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

SEPTIEMBRE

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

FEBRERO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|------------|-------|
| Ronda N° 1 | 26/02/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | 28/02/2020 | 08:30 |

JUNIO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

OCTUBRE

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

MARZO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

JULIO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

NOVIEMBRE

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|------------|-------|
| Ronda N° 1 | 04/11/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 2 | 06/11/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 3 | 09/11/2020 | 08:30 |
| Ronda N° 4 | 13/11/2020 | 08:30 |

ABRIL

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

AGOSTO

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

DICIEMBRE

| RONDA | FECHA | HORA |
|------------|-------|------|
| Ronda N° 1 | | |
| Ronda N° 2 | | |

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Enrique Guevara Ríos
M. C. Enrique Guevara Ríos
C. M. P. N° 00759, I. N. E. N° 8746
CUELLO DE LEÓN, GUAYMAL

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M. C. Julio Octavio Chávez Pita
M. C. Julio Octavio Chávez Pita
RESOLUCIÓN DE C. M. P. N° 00759, I. N. E. N° 8746
CUELLO DE LEÓN, GUAYMAL

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

[Firma]
M. C. Julio Octavio Chávez Pita
RESOLUCIÓN DE C. M. P. N° 00759, I. N. E. N° 8746
CUELLO DE LEÓN, GUAYMAL

Responsible da Epidemiologia

Responsible de Epidemiologia

[illegible]

Titular del consumo de la PRESS

MINISTERIO NACIONAL DE EDUCACIÓN

Mr. Arthur Roman, Secretary
JEFAC DEL DEPARTAMENTO DE TURISMO
C. F. P. 52314

Responsable del Departamento de Enfermería

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO-OBSTETRICIAL

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Obsis. MARIA LUZ DIAZ GALLEGOS
C.O. 2458 N.E. N 3647
le S. de la M. de la M. de la M.

Anexo 7

**RD N° 276-2020-DG-INMP/MINSA “APROBAR LA DIRECTIVA N° 005-2020 – DG-
INMP/MINSA. RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL”.**

Del 30 diciembre del 2020.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Nº 276 -2020-DG-INMP/MINSA



Resolución Directoral

Lima, 30 de diciembre de 2020

VISTO:

HETD N° 20-18084-1, que adjunta el Memorando N° 1132-2020-OEPE/INMP, de fecha 22 de diciembre de 2020, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Memorando N° 227-OGC-INMP-2020, de fecha 02 de noviembre de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, el Artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiene a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el Artículo 37° del mencionado Reglamento, establece que el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de los Establecimientos de Salud, con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;



R. VEGA C.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud;

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, mediante Resolución Directoral N° 049-2020-DG-INMP/MINSA, de fecha 05 de febrero de 2020, se aprobó la "Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA, Rondas por la Seguridad y Gestión de riesgos para la seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal", la misma que debe ser actualizada de acuerdo a la nueva normativa vigente, según lo solicitado, mediante el documento de vistos del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien señala que el indicador Rondas por la Seguridad del Paciente están incluidos como un compromiso de mejora a cumplir para la evaluación de desempeño enmarcado dentro del Decreto Supremo N° 027-2019-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para percibir la entrega económica anual a la que se hace referencia en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los indicadores de desempeño o compromisos de mejora en cada año por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal, en armonía de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N° 001-2020-SA/DMV-PAS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR la "Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA, RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, el mismo que cuenta con ocho (08) numerales, en un total de treinta y seis (36) páginas las cuales forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 049-2020-DG-INMP/MINSA, de fecha 05 de febrero de 2020, con la cual se aprobó la Directiva N° 002-2020-DG-INMP/MINSA, Rondas por la Seguridad y Gestión de riesgos para la seguridad del Paciente del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ARTÍCULO TERCERO: La Oficina de Gestión de la Calidad, coordinará con las Direcciones Ejecutivas, Oficina Ejecutivas, para el cumplimiento de la precitada Directiva.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional,

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
M. C. Enrique Guevara Ríos
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGRR/INVI...

- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología.
- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología.

- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios.
- Oficina de Gestión de la Calidad.
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Oficina de Comunicaciones.

- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- Jefa del Departamento de Obstetricias.
- Jefa del Departamento de Enfermería.
- Jefe del Servicio de Farmacia.
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pág. Web).
- Archivo.

"RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL"



I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente y la Calidad de Atención mediante la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

II. OBJETIVO

Reglamentar los lineamientos para la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente como herramienta de gestión de riesgo en el INMP, a fin de contribuir a disminuir los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de prácticas seguras de atención.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de observancia obligatoria por el personal en general que labora o presta servicio bajo cualquier modalidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

IV. BASE LEGAL

- Ley General de Salud Ley N° 26842 y sus modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de Salud
- Resolución Ministerial N°669-2005-MINSA aprueba NT 03 v.1 "Norma Técnica Supervisión Integral"
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA que aprueba el documento técnico: «Política Nacional de Calidad en Salud»
- Resolución Ministerial N°491-2012-MINSA que aprueba el documento técnico: «Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2».
- Decreto Supremo N°031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo N°020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N°168-2015-MINSA que aprueba el documento técnico: «Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud».
- Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-v.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°414-2015-MINSA que aprueba el documento técnico: «Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica».
- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS que aprueba la directiva sanitaria N° 003-IGSS/v.01 Rondas por la Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGIPRESS-v.02 Norma Técnica de Salud de "Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Las acciones para la implementación de las Rondas por la Seguridad del Paciente reguladas en la presente directiva, comprende los aspectos de conformación, planificación, ejecución, metodología, evaluación y monitoreo.

5.2 Definiciones operacionales:

- 5.2.1 **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 5.2.2 **Acciones de mejora:** son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos y mejorar los resultados de un producto, proceso o sistema.
- 5.2.3 **Apreciación del riesgo:** Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- 5.2.4 **Barrera:** Es el control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.
- 5.2.5 **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.
- 5.2.6 **Evento Adverso (EA):** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. No está relacionada al proceso de enfermedad.
- **EA Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimas o intermedias, de corta duración y no es necesario la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia hospitalaria.
 - **EA Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
 - **EA Grave:** En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
 - **EA Centinela/Muerte:** En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.
- 5.2.7 **Gestión de Riesgos:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- 5.2.8 **Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos (Lavado de manos con agua y jabón o utilizando el alcohol gel).
- 5.2.9 **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía y que no constituye un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- 5.2.10 **Infección asociada a la atención de salud:** Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no está presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.



- 5.2.11 **Prevención del Riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezca eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.
- 5.2.12 **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente relacionado con la seguridad del paciente.
- 5.2.13 **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta de calidad 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 de un servicio seleccionado al azar, 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.
- 5.2.14 **Seguridad del Paciente:** Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención de salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.
- 5.2.15 **Sistema de Notificación de Eventos adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

5.3 Gestión y Prevención del Riesgo:

5.3.1 **Gestión del Riesgo:** Las prestaciones de salud están basadas en un proceso de toma de decisiones en el que se ven involucrados distintos agentes a diferentes niveles de atención, desde la macro gestión a las intervenciones clínicas directas. En el INMP deben articularse medidas que favorezcan:

- El uso de prácticas seguras basadas en la evidencia
- La implantación de una cultura de seguridad del paciente y excelencia en un entorno no punitivo.
- La formación de los profesionales
- El desarrollo de sistemas de información y de notificación que registren los eventos adversos.
- La implementación de sistemas de comunicación seguros entre profesionales y entre estos y los pacientes.
- La definición de las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo.
- La supervisión de las tareas complejas por profesionales con experiencia.
- La automatización y estandarización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

5.3.2 **Prevención de Riesgo:** El primer paso en la gestión de riesgo es la prevención de sucesos adversos en su triple vertiente: disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

a) **La prevención primaria:** implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que mejoren la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyan a la aparición de errores. Algunas de las siguientes estrategias son plenamente aplicables:

- Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización y en la formación de los profesionales.
- Erradicar los procedimientos innecesarios o peligrosos, no apoyados por la evidencia y de los que existan alternativas más seguras.
- Aplicar la evidencia en la organización de la prestación asistencial y la elección de los métodos terapéuticos.
- Establecer alertas clínicas y barreras de seguridad en los procesos.
- Realizar mapas de riesgos de los procesos más prevalentes.
- Revisar las condiciones estructurales de las unidades hospitalarias.
- Incorporar sistemas de identificación inequívoca de pacientes.





- b) **La prevención Secundaria:** Procura minimizar consecuencias negativas para el paciente y el sistema de salud, mediante una detección y abordaje precoces de los eventos adversos. Esto puede conseguirse a través del sistema de vigilancia y notificación activa, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y los servicios y actuando de forma proactiva con los pacientes.
- c) **La prevención Terciaria:** Se enfrenta el Evento Adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su reaparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto del evento adverso y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Ejecución de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

Práctica 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, constructiva y no punitiva.

6.2. Conformación del Equipo de Rondas por la Seguridad del Paciente:

Reconocido oficialmente mediante resolución directoral.

- Director General del INMP (Líder del Equipo)
- Director Adjunto del INMP
- Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad (Responsable de la Ronda)
- Director de la Oficina ejecutiva de Administración del INMP
- Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología
- Director Ejecutivo de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Jefe de la Oficina de Epidemiología
- Jefe de la Oficina de Comunicaciones
- Presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Jefa del Departamento de Obstetras
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicio de Farmacia

6.3. Objetivos de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

6.3.1. Objetivo General:


Fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

6.3.2. Objetivos Específicos:

- Observar e identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los diferentes servicios del INMP
- Instruir in situ a todo el personal en relación a las prácticas seguras durante la atención al paciente.
- Sensibilizar al personal responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad.
- Comprometer a los responsables del área a levantar las observaciones encontradas a través de acciones y/o proyectos de mejora.
- Realizar escucha activa de los pacientes y sus familiares en relación a su seguridad.



6.4. Planificación de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 
- 6.4.1. El líder del equipo (Director General) convocará a todos los miembros del equipo según cronograma aprobado de acuerdo al modelo mostrado en el anexo N°1
 - 6.4.2. El servicio a ser visitado se identificará mediante sorteo el mismo día de la programación de la Ronda, ante la presencia de todos los integrantes del Equipo.
 - 6.4.3. El líder del equipo de rondas convocará al responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas.
 - 6.1.1. Se debe contar con un libro de actas de las Rondas por la Seguridad del Paciente, para el archivamiento de los formatos de cada visita realizada.
 - 6.1.2. El responsable del Equipo de las Rondas de Seguridad del Paciente deberá preparar, coordinar, realizar, llenar en el aplicativo de Rondas, consolidar y monitorizar los acuerdos del acta con el equipo de rondas y jefes de servicio según corresponda utilizando para ellos los instrumentos detallados en los anexos.
 - 6.1.3. El responsable de la ronda deberá elevar al despacho de la Dirección General el Acta de la Ronda con las prácticas inseguras identificadas, compromisos de mejora, las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas.
 - 6.1.4. El responsable de la ronda elaborará el informe trimestral de las Rondas por la Seguridad del Paciente realizadas asimismo del seguimiento y monitoreo de las observaciones a levantar y las acciones realizadas por servicio.
 - 6.1.5. Las rondas se realizarán una a dos veces al mes, teniendo en cuenta la factibilidad de todos los miembros del equipo previa comunicación y coordinación según el cronograma programado anexo 1.


6.2. Ejecución de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.2.1. El día programado para la ronda se convocará a reunión a todo el Equipo a las 08:00 horas en la sala de reunión de la Dirección General del INMP.
- 6.2.2. Se procede al sorteo (al azar) del área a visitar en presencia de todo el Equipo.
- 6.2.3. El responsable de la Ronda inicia el llenado del Acta (Anexo N° 3) señalando la hora del sorteo, nombre de los integrantes que participan, hora del inicio de la Ronda, servicio que salió sorteado y la hora al finalizar la Ronda.
- 6.2.4. Se comunica al Jefe del Servicio que salió sorteado, quien deberá incorporarse al equipo y acompañar durante el tiempo que demore la ronda en el servicio.
- 6.2.5. Las Rondas tendrán una duración estimada de 1 hora a 2 horas como máximo.

6.3. Metodología de la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 6.3.1. La metodología será fundamentalmente de observación, revisión documental y entrevista al personal de salud y a pacientes.
- 6.3.2. Se procurará que haya una participación activa de todos los miembros del Equipo de las Rondas por la Seguridad del Paciente manteniendo una conducta ética y proactiva.
- 6.3.3. Las observaciones de la Ronda deben centrarse fundamentalmente en la **evaluación de las prácticas inseguras de la atención del paciente**, según el listado de prácticas inseguras y/o fallas latentes (Anexo N°5)
- 6.3.4. Al finalizar la ronda se llenará el acta de compromiso en el Servicio visitado con el Jefe de servicio o áreas involucradas; señalando la observación, recomendación, compromiso, responsable y fecha a levantar dicha observación.

6.4. Acciones posteriores a la Ronda por la Seguridad del Paciente:

- 
- 6.4.1. El responsable de la Ronda enviará de inmediato el Acta de la Ronda a la Dirección General con copia a todas las áreas involucradas para el levantamiento de las observaciones.
 - 6.4.2. Ingresar en base de datos de Rondas por la Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad los hallazgos (prácticas inseguras observadas), compromisos asumidos, plazos y responsables para su posterior seguimiento a través de las Rondas de Verificación.
 - 6.4.3. Cada problema identificado debe ser considerado como una oportunidad de mejora de la calidad y seguridad de la atención asimismo servir de insumo para presentar acciones o proyectos de mejora.



6.4.4. Felicitar al personal que durante la Ronda se haya verificado que cumple buenas prácticas sanitarias de atención.

6.4.5. Realizar la Ronda de verificación a los servicios de acuerdo al acta de Ronda por la Seguridad del Paciente con la participación del Jefe y Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación y participación del Jefe del Servicio a visitar.

6.5. Indicadores de Evaluación:

6.5.1. Se realizará la evaluación teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

| N° | Indicador | Fórmula | Fuente de Información | Frecuencia de Evaluación |
|----|--|--|---|--------------------------|
| 1 | Porcentaje de Rondas por la Seguridad ejecutadas | $\frac{\text{N° de Rondas por la Seguridad ejecutadas}}{\text{Total de Rondas programadas}} \times 100$ | - Cronograma de Rondas. - Acta de Ronda | Trimestral |
| 2 | Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la institución | $\frac{\text{N° de Verificadores conformes}}{\text{N° de Verificadores Evaluados}} \times 100$ | - Listado de criterios de Evaluación | Trimestral |
| 3 | Porcentaje de acciones de mejora implementados | $\frac{\text{N° de acciones de mejora implementados}}{\text{N° total de acciones de mejora programadas}} \times 100$ | - Acta de ronda de verificación - Informe de implementación de acciones - fotos | Trimestral |

6.5.2. La retroalimentación con el personal de los servicios visitados en las Rondas por la Seguridad del Paciente se realizará obligatoriamente y será responsabilidad de los Jefes de Servicio correspondiente.

VII. RESPONSABILIDADES

El cumplimiento de la presente Directiva es responsabilidad de la Dirección General, Dirección Ejecutiva de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Gineco Obstetricia, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Epidemiología, Comité de Infecciones Intrahospitalarias,



IX. ANEXOS

- Anexo N° 1: Cronograma anual de las Rondas por la Seguridad del Paciente
- Anexo N° 2: Lista de los servicios a visitar en todo el año
- Anexo N° 3: Acta de la Ronda
- Anexo N° 4: Lista de cotejo para la aplicación antes y durante la ronda
- Anexo N° 5: Lista de chequeo de las prácticas inseguras y/o fallas latentes
- Anexo N° 6: Hoja de resultados de evaluación
- Anexo N° 7: Valoración de los Riesgos identificados en las rondas por la seguridad del paciente
- Anexo N° 8: Matriz de Riesgos
- Anexo N° 9: Priorización de las intervenciones para evitar, reducir o mitigar los riesgos identificados en la ronda por la seguridad del paciente
- Anexo N° 10: Matriz de priorización de la Intervención
- Anexo N° 11: Matriz de priorización de la intervención
- Anexo N° 12: Ficha de Monitoreo



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Anexo N° 1

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP)

| INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | | |
|--------------------------------------|-------|------|--|
| IPRESS | | | |
| TITULAR / RESPONSABLE DE LA IPRESS | | | |
| ENERO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| MAYO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| SEPTIEMBRE | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| FEBRERO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| JUNIO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| OCTUBRE | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| MARZO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| JULIO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| NOVIEMBRE | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| AGOSTO | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| ABRIL | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |
| DICIEMBRE | | | |
| RONDA | FECHA | HORA | |
| Ronda N° 1 | | | |
| Ronda N° 2 | | | |

Titular responsable de la IPRESS

Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiología

Responsable del Departamento de Obstétricos

Responsable del Departamento de Enfermería

Anexo N° 2

SERVICIOS PARA REALIZAR LAS RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) - AÑO

| N° | SERVICIO | AÑO | | | | | | | | | | | | OCT | NOV | DIE |
|----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUN | AGO | SET | OCT | NOV | DIE | | | |
| 1 | Centro Obstétrico (CO) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Centro Quirúrgico (CQ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Emergencia | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Consultorios Externos Obstétrica y Ginecología | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Consultorios Externos Pediatría Social | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Hospitalización Obstétrica A | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Hospitalización Obstétrica B | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Hospitalización Obstétrica C | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Hospitalización Obstétrica D | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Hospitalización Obstétrica E | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Hospitalización Ginecología | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Medicina Fetal | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Banco de Sangre | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Laboratorio Central y Patología Clínica | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Intermedios Neonatales | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Nutrición | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Diagnóstico por Imágenes | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo N° 3

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



ACTA DE REUNION

RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



FECHA: _____ Lugar de Sorteo: _____ Servicio a Visitar: _____

Hora de sorteo: _____ Hora de inicio: _____ Hora de fin: _____

[illegible]

15

Anexo N° 4



| LISTA DE CHEQUEO PARA PLANIFICAR Y EJECUTAR LA RONDA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | | |
|--|---|--------------------------|
| <u>Días previos a la Ronda por la Seguridad del Paciente:</u> | | |
| 1 | Coordinar con Director General | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Recibir aprobación y fecha de programación. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Convocar a los miembros del Equipo de la Ronda para el día programado. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Imprimir el Acta de la Ronda por la Seguridad | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Elaborar las balotas de los servicios priorizados según el cronograma | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Preparar lista de cotejo de los diferentes servicios (cronograma) | <input type="checkbox"/> |
| <u>El día de la Ronda por la Seguridad del Paciente:</u> | | |
| 1 | En Dirección General el Equipo de la Ronda sorteará el servicio a visitar. | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Se informa de inmediato a los Jefes del servicio sorteado a visitar | <input type="checkbox"/> |
| 3 | El Equipo de la Ronda se apersona al servicio sorteado a visitar. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | El Director se encarga de presentar los objetivos de la Ronda al personal del servicio. | <input type="checkbox"/> |
| 5 | El Equipo de la Ronda recorre los diferentes ambientes del servicio en busca de prácticas inseguras, conductas de riesgo, incidentes y Eventos Adversos | <input type="checkbox"/> |
| 6 | El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se encarga dar lectura al Acta de la Ronda por la Seguridad y se registran los compromisos, responsables y plazos de cumplimiento. | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Firma del Acta por todos los participantes. | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| R | Ronda por la Seguridad del Paciente 2do y 4ta miércoles de cada mes | <input type="checkbox"/> |
| V | Ronda de Verificación 1er y 3er miércoles de cada mes | <input type="checkbox"/> |

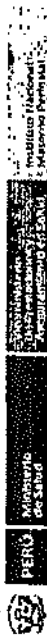




RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



Anexo N° 5



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|------|-----------|
| ORGANO DESCONVENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: | IV TRIMESTRE | AÑO: | 1001MMAAA |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | | | |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | | | |
| DIRECTOR GEN/EJEC | JEFE DE LA UPSS: | | | |
| ADMINISTRADOR: | JEF. OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | | |
| JEF. ENFERMERÍA: | OTRAS DEFATURAS: | | | |

| N | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| 1 | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos. | Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCl's brevedad al azar. | | | | |
| 2 | Registro completo de la titulación del paciente: Datos del FESS, 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 de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 3 | Registro de la enfermedad actual. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 4 | Registro de los antecedentes del paciente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 5 | Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 6 | Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 7 | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos) | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas brevedad al azar. | | | | |
| 8 | Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 HCl's brevedad al azar. | | | | |

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|--|--------------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | (DDMM/AAAA) |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEFE OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | |
| JEF. ENFERMERÍA: | OTRAS DEFECTUOSAS: | |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|---------------------------------|---|---|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA | | Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad). | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro de la Hoja de Balance hídrico - electrolítico actualizado. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | 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 de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. | AÑO: 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | 00/00/0000 |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEFE OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA |
| JEFE ENFERMERÍA: | OTRAS JEFEATURAS: | |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|---------------------------------|---|--|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA | | En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos | | | | |
| | | Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro de la fecha y hora del alta del paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Registro de la Contrareferencia del paciente | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | La letra de la Historia Clínica es legible | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |
| | | Historia clínica ordenada y limpia. | Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar | | | | |



RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FICHA DE EVALUACION

| | |
|--|-------------------------------|
| ORGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. AÑO: 2019 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCION: 10/07/2019 |
| UPSS: | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | |
| JEF. ENFERMERIA: | |
| JEF. OFICINA GESTION DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PIYA |
| OTRAS JEFATURAS: | |

| BUENAS PRACTICAS | N | VERIFICADOR | METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACION |
|--|---|--|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| 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 turno realizado a los interconsultas. | | | | |
| | | La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno. | Revisión de registros físicos o electrónicos del turno realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento. | | | | |
| | | La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno. | Revisión de registros físicos o electrónicos del turno realizado a los pedidos de medicamentos e insumos. | | | | |
| | | Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante. | Correspondencia de la dieta administrada al paciente con la registrada en Q3 HCI tomados al azar. | | | | |
| | | Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes. | Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio. | | | | |
| | | 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 suplentes o relevo. | | | | |
| | | 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 líder o supervisor de internos, residentes, especialidad o alumnos en el turno. | | | | |
| | | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. | Preguntar a Q3 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple. | | | | |
| | | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS. | Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCI. | | | | |
| | | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos. | Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención. | | | | |
| | | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial. | Verificar la existencia del registro en la UPSS. | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|--|-----------|
| ÓRGANO DESCONVENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. | AÑO: 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: 00/01/2011 | |
| UPSS: DR. ENRIQUE QUEVEDA RIGGS | ESPECIALIDAD: JEF. DE LA UPSS: | |
| DIRECTOR GEN/ELEC: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEF. OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | |
| ADMINISTRADOR: JEF. ENFERMERÍA. | OTRAS JEFATURAS: | |

| BUENAS PRÁCTICAS | N° | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|--|----|---|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | | 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. | | | | |
| | | Tímbralo o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo. | Observar la existencia del timbre de llamado de servicio de salud cercano para todos los pacientes del servicio. | | | | |
| | | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente. | Observar la existencia de barandas y su uso. | | | | |
| | | En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas. | Observar la existencia del gestograma. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta. | Observar el uso del partograma. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo. | Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo. | Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo. | Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mescañita, goma, lentas protectoras). | Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico. | | | | |
| | | En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2. | Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2. | | | | |
| | | 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 Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente | Verificar la existencia del informe. (último informe somatral) | | | | |



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------|--|----------|--|
| ORGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | TRIMESTRE: | | IV TRIM. AÑO: | | IDMMAAAA | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | FECHA EJECUCIÓN: | | | | | |
| UPSS: | | ESPECIALIDAD: | | | | | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE QUEVARA RIOS | | JEFE DE LA UPSS: | | | | | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | | JEFE OFICINA GESTION DE CALIDAD: | | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | | | |
| JEF. ENFERMERIA: | | OTRAS JEFATURAS: | | | | | |

| CUESTAS PRACTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACION |
|--|---|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD | 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) | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que existe una(s) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico. | Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica 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. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica 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. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica 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. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de Intubación difícil operativo. | Verificar la existencia de coche de Intubación difícil y su uso. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativa | Verificar la existencia de Unidad / Máquinas de Anestesia y su uso. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8). | Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa. | Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso. | | | | |
| | En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Clásifica Portátil con batería operativa. | Verificar la existencia de Clásifica Portátil y su uso. | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud
Oficina de Gestión de la Calidad

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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|--|-----------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. | AÑO: 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/ELEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PÉREZ ALIADA | JEF. OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | |
| JEF. ENFERMERÍA: | OTRAS JEFATURAS: | |

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|--|---|--------------|----|-----------|---|
| | | SI | NO | NO APLICA | |
| REGISTRO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE | En Contra Quirúrgico se evidencia que se otorga registro al paciente es recibido por la enfermera y al anestesiólogo. | | | | Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación. |
| | En Contra 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. |
| | 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. |
| | Cartel visible que tenga registrada el nombre completo del paciente. | | | | Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama. |
| | De las 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, N° DNI y N° de Historia Clínica. |
| | Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento. | | | | Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento. |
| | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible. | | | | Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: identificación de riesgo de caídas, RAM u otros alertas. |
| | Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros. | | | | Datos adicionales a ser verificados en el cartel: identificación de riesgo de caídas, RAM u otros alertas. |
| | 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. | | | | Proceder a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico consultado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica. |
| | Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento a cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo. | | | | Proceder a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han dado a ver a ser realizadas, contrastando con el Consentimiento firmado. |



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| ORGANO DESCONVENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | TRIMESTRE: IV TRIMESTRE | | ID: 0000000000 | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | FECHA EJECUCIÓN: | | | |
| UPSS: | | ESPECIALIDAD: | | | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | | JEFE DE LA UPSS: | | | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | | JEF. OFICINA GESTION DE CALIDAD: | | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | |
| JEF. ENFERMERIA: | | OTRAS JEFATURAS: | | | |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACION |
|------------------------------------|---|---|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | | Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable. | Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable. | | | | |
| | | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos. | Observar que todos los excoesos a la UPSS cuenten con vigilancia y se realice control de las pertenencias de pacientes y visitas. | | | | |
| | | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización. | Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS. | | | | |
| | | 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. | | | | |
| | | 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. | | | | |
| | | 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 de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes. | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. | AÑO: 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | 08/11/2011 |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/ELC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEFE OFICINA GESTION DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA |
| JEFE ENFERMERIA: | OTRAS JEFATURAS: | |

| BUENAS PRACTICAS | % | VERIFICADOR | METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACION |
|------------------|---|---|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | ND APLICA | |
| | | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administran. | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y la forma de administración, contrastándolo con la Historia Clínica. | | | | |
| | | 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. | | | | |
| | | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente. | Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01 | | | | |
| | | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ellas. | Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas. | | | | |
| | | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación. | Verificar el almacenamiento de los medicamentos. | | | | |
| | | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos. | Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia. | | | | |
| | | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria. | Verificar el almacenamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según la descripción por el Sistema de Organización de Medicamentos en Ocaso Unitaria (SOMOU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. Contrastar el almacenamiento SOMOU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica. | | | | |
| | | 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 correspondientes al Sistema de Organización de Medicamentos en Ocaso Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar. | | | | |

SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN



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

| ORGANO DESCONVENTADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | TRIMESTRE: IV TRIM. | | AÑO: 2011 | |
|--|--|--|--|--------------------|--|
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | FECHA EJECUCIÓN: 11/11/11 | | CÓDIGO: 0000000000 | |
| LUPES: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | | ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA | | | |
| DIRECTOR GEN/EEC: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | | JEFE DE LA LUPES: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PIÑA | | | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | | OTRAS JEFATURAS: | | | |
| JEF. ENFERMERIA: | | | | | |
| BUENAS PRÁCTICAS | | CUMPLIMIENTO | | OBSERVACIÓN | |
| VERIFICADOR | | VERIFICADOR | | | |
| Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren. | | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica. | | | |
| Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe. | | Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y los efectos secundarios que recibe. | | | |
| Código de pero cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente. | | Verificar la existencia del Código de Pero en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01 | | | |
| Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ellas. | | Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas. | | | |
| Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación. | | Verificar el almacenamiento de los medicamentos. | | | |
| Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos. | | Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia. | | | |
| 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 Disposición de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. | | | |
| Medicamentos a insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad. | | Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica. | | | |
| Existencia de un registro de medicamentos controlados. | | Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. | | | |
| Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos. | | Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar. | | | |
| | | Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcta (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dosis, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl y hora de administración correcta) (contrastar con HCl y Kórtex de Eubiotica). | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

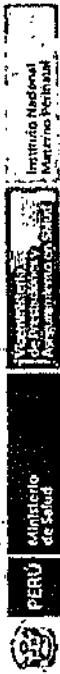


RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ORGANO DESCONVENTRADO: | INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: | IV TRIMESTRE |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | |
| UPSS: | | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/EJEC | DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: | DR. CARLOS PEREZ ALJAGA | JEF. OFICINA GESTION DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA |
| JEF. ENFERMERIA: | | OTRAS JEFATURAS: | |

| QUEJAS PACIENTE CAS | VERIFICADOR | METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACION |
|---|---|---|--------------|----|--------------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza. | Verificar en 03 Historias Clínicas brevedades al azar si se realiza la valoración. | | | | |
| | Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos. | Verificar en 03 Historias Clínicas brevedades al azar si se realiza la revaloración. | | | | |
| | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio. | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado. | Observar según sea el caso el uso de contención mecánica. | | | | |
| | Comunicar al paciente todas las relacionadas al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc. | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | Protocolo que establezca postulación objetiva, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica. | Verificar la extensión del protocolo respectivo. | | | | |
| | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción. | Verificar la existencia del registro y su uso actualizado. | | | | |
| | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente. | Verificar el rollo tipo de las técnicas de inmovilización utilizadas. | | | | |
| | Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarse de la cama. | Verificar la movilidad del paciente. | | | | |
| | Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve evidenciada de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión. | Verificar que no esté obstruidas las vías aéreas. | | | | |
| | Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión. | Verificar en la HICL la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado. | | | | |



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

FICHA DE EVALUACION

| | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|--|
| ÓRGANO DESCONVENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | TRIMESTRE: IV TRIM. | | AÑO: 2011 | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | FECHA EJECUCIÓN: 00/00/00 | | | |
| UPSS: | | ESPECIALIDAD: | | | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | | JEFE DE LA UPSS: | | | |
| ADMINISTRADOR: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | | JEF. OFICINA GESTION DE CALIDAD: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | | | |
| JEF. ENFERMERIA: | | OTRAS JEFATURAS: | | | |

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|------------------|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | SI | NO | NO APLICA | |
| SEGURIDAD SEXUAL | 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 en su medio. | | | | |
| | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales. | | | | |
| | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización. | | | | |
| | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia. | | | | |
| | 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. | | | | |
| | Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | |
|--|--|
| ÓRGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIM. AÑO: 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: 08/08/2011 |
| UPSS: DR. ENRIQUE GUEVARA RÍOS | ESPECIALIDAD: OBSTETRICIA |
| DIRECTOR GEN/EJEC: DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEFE DE LA UPSS: DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA |
| ADMINISTRADOR: JEF. ENFERMERÍA | OTRAS JEFATURAS: |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|--|---|---|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | | SI | NO | NO APLICA | |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE 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 bromadas al azar si se realizó la valoración. | | | | |
| | | Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas. | Verificar en 03 Historias Clínicas bromadas al azar si se realizó la valoración. | | | | |
| | | Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente. | Verificar en 03 Historias Clínicas bromadas al azar si se realizó la valoración. | | | | |
| | | 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. | | | | |
| | | 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. | | | | |
| | | Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y/o familia. | Verificar informes al respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | | 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 actualizado. | | | | |
| | | Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares. | Verificar la existencia de la Guía de Curación. | | | | |
| | | Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio | Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto. | | | | |
| | | | | | | | |



RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|------|------|
| ORGANO DESCONCENTRADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | TRIMESTRE: | IV TRIMESTRE | AÑO: | 2022 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | | FECHA EJECUCIÓN: | | | |
| UPSS: | | ESPECIALIDAD: | | | |
| DIRECTOR GEN/EEC: | | JEFE DE LA UPSS: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | | |
| ADMINISTRADOR: | | JEF. OFICINA GESTION DE CAUDAD: | | | |
| JEF. ENFERMERIA: | | OTRAS JEFATURAS: | | | |

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | OBSERVACIÓN |
|------------------------------------|--|--------------|----|---|
| | | SI | NO | |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad crónica grave, antecedentes de conducta violenta o autolesión, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano. | | | Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realizan la valoración. |
| | 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. |
| | Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado. | | | Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado. |
| | 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. | | | Presuntar a 03 pacientes (a tener responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. |
| | El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. Lo lleve la custodia el personal de enfermería. | | | Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros. |
| | El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes. | | | Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable. |
| | 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. |
| | 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 visitas y de visitas. | | | Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto. |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------|------|
| ÓRGANO DESCONVENTADO: | INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: | IV TRIM. | AÑO: | 2011 |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: | INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | | | |
| UPSS: | | | | | |
| DIRECTOR GEN/ EJEC | DR. ENRIQUE GUEVARA RIOS | ESPECIALIDAD: | | | |
| ADMINISTRADOR: | DR. CARLOS PEREZ ALIAGA | JEFE DE LA UPSS: | | | |
| JEF. ENFERMERIA: | | JEFE OFICINA GESTION DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | | |
| OTRAS JEFATURAS: | | | | | |

| N | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|-----------------------|--|---|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención. | Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS. | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común. | Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto. | | | | |
| | Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos. | Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos. | | | | |
| | 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. | Verificar documentalmente 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. | | | | |
| | Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente 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. | Verificar documentalmente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de los 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. | | | | |



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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|------|
| ORGANO DESCONVENIENTADO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: | IV TRIMESTRE | ANO: |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCION: | | |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | | |
| DIRECTOR GEN/EJEC: | JEFE DE LA UPSS: | | |
| ADMINISTRADOR: | JEFE OFICINA GESTION DE CALIDAD: | DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA | |
| JEFE ENFERMERIA: | OTRAS JEFATURAS: | | |

| BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|-----------------------|---|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA | Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente. | Verificar la disponibilidad de todos los historiales clínicos completos. | | | | |
| | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente. | Verificar en las Historias Clínicas si todas las actualizaciones se encuentran actualizadas. | | | | |
| | La historia clínica del paciente o un resumen de la información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento. | Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleve su Historial Clínico. | | | | |
| | 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. | Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio. | | | | |
| | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos. | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan. | | | | |
| | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón. | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan. | | | | |
| | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos. | Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan. | | | | |
| | Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cuma de al menos 1:10 | Verificar el ratio mínimo recomendado. | | | | |
| | 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 cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02 | | | | |
| | 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 cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03 | | | | |
| HIGIENE DE MANOS | Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad 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, del requerido de realizar la higiene de las manos durante su actividad de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° | | | | |
| | Monjes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos. | Verificar la existencia de dibujos. | | | | |



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

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

FICHA DE EVALUACIÓN

| | | |
|--|-----------------------------------|------------|
| ORGANO DESCONVENIENDO: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | TRIMESTRE: IV TRIMESTRE | DD/MM/AAAA |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA EJECUCIÓN: | |
| UPSS: | ESPECIALIDAD: | |
| DIRECTOR GEN/ JEFC | JEFE DE LA UPSS: | |
| ADMINISTRADOR: | JEFE, OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD: | |
| JEFE, ENFERMERIA: | OTRAS JEFATURAS: | |

| | VERIFICADOR | METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | | | OBSERVACIÓN |
|------------------------------------|--|--|--------------|----|-----------|-------------|
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| BIOSSEGURIDAD | 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 catéteres de acuerdo a las 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 "Cero Bandida" 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 documental de actividades de vigilancia. | | | | |
| | Se observan si se encuentran señaladas las zonas rígidas y somnolientes de la Unidad Productora de Servicios de Salud. | Observar señalización de correspondencia. | | | | |
| | Se observan si se respetan las zonas rígidas y somnolientes de la Unidad Productora de Servicios de Salud. | Observar trabajo del personal en zonas señaladas. | | | | |
| | Equipos biomédicos accesibles según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad. | Verificar existencia de equipos biomédicos. | | | | |
| | Equipos biomédicos operativos según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad. | Verificar operatividad de equipos biomédicos. | | | | |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 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. | | | | |
| | Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos). | Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo. | | | | |
| | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la | Selección 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento. | | | | |

Anexo N° 6



PERÚ
Ministerio de Salud

**Desarrollo Viceministerio de
Presupuestos y Administración
en Salud**

STYLING

FICHA DE EVALUACIÓN

WATERS OF RIVERS

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

НУМЕР. 10 NVA

WATSON TOHCO

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

[illegible][illegible]

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

ANEXO N° 7

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 (incumplimiento de un verificador) se produzca y de lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **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.
- b. **PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos QUE HAN FALLADO. Alta probabilidad de ocurrencia.
- c. **OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d. **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e. **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.

PROBABILIDAD

| | |
|-------------|---|
| FRECUENTE | 5 |
| PROBABLE | 4 |
| OCASIONAL | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO | 1 |

2. **GRAVEDAD/IMPACTO:** Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el 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 costos de recuperación/penalización/indemnización.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a) **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 tal insatisfacción del usuario, ya que produce la muerte del paciente.
- b) **IMPORTANTE (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción 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.
- c) **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observará el deterioro en el rendimiento de la prestación. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.
- d) **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. Probablemente, éste observará 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.



- e) **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.

*Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad.



GRAVEDAD / IMPACTO

| | |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO | 10 |
| IMPORTANTE | 7 |
| MODERADO | 4 |
| TOLERABLE | 2 |
| INSIGNIFICANTE | 1 |

3. **LA VALORACIÓN DEL 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 por la Seguridad del Paciente.

Seleccionar una de 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 o 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 | | | | |
| PRIORIDAD | 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 DEL RIESGO

| | |
|--------------------|---------|
| RIESGO INTOLERABLE | 35 - 50 |
| RIESGO IMPORTANTE | 20 - 34 |
| RIESGO MODERADO | 4 - 19 |
| RIESGO BAJO | 1 - 3 |





RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



Anexo N° 8 MATRIZ DE RIESGOS

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

| SECCIONES DE RIESGO | TRIMESTRE: | AÑO: | 2020 |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|
| IPRESS: | FECHA APLICACIÓN: | 08/11/2020 | (DD/MM/AAAA) |
| UPSS: | RESP. EPID. BIOLOGIA | M.C. KELLY ZEVALLOS ESPINOZA | |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS: | RESP. DE LA UPSS: | M.C. SHON SILVA ZUNIGA | |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN: | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | M.C. JULIO CHAVEZ PITA | |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA/ OBST: | OTROS RESPONSABLES: | M.C. ... | |

PROBABILIDAD

| | |
|-------------|---|
| FRECUENTE | 5 |
| PROBABLE | 4 |
| OCCASIONAL | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO | 1 |

GRAVEDAD / IMPACTO

| | |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO | 10 |
| IMPORTANTE | 7 |
| MODERADO | 4 |
| INTOLERABLE | 2 |
| INSIGNIFICANTE | 1 |

VALORACIÓN DEL RIESGO

| | |
|--------------------|---|
| RIESGO INTOLERABLE | 5 |
| RIESGO IMPORTANTE | 4 |
| RIESGO MODERADO | 3 |
| RIESGO BAJO | 1 |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|------------------|---|-------------|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



ANEXO N° 9

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

1) **FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN:** El estudio de la Evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:

- 1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.
- 1.2 La factibilidad económica y el costo-oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.
- 1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **EVITABLE (3):** Cuando la factibilidad Científica, económica y de Costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un plan de erradicación de riesgos.
- b. **REDUCIBLE (2):** Cuando la factibilidad Científica, económica y de Costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un plan de reducción de riesgos.
- c. **INEVITABLE (1):** Cuando la factibilidad Científica, económica y de Costo-oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un plan de mitigación de riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA – CIENTIFICA)

| | |
|------------|---|
| EVITABLE | 2 |
| REDUCIBLE | 2 |
| INEVITABLE | 1 |



2) **PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN:** Es el producto de la relación existente entre el resultado de la Valoración del Riesgo con la Factibilidad de la Intervención, a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el Plan de Acción.



RONDAS POR LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Anexo N° 10

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Decreto Constitucional de Promoción y Asesoramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

| TRIMESTRE: | IV TRIMESTRE | AÑO: | 2020 |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| IPRESS: | INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL | FECHA APLICACIÓN: | 06/11/2020 (DDMM/AAAA) |
| UPSS: | CENTRO OBSTÉTRICO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA: | M.C. KELLY ZEVALLOS ESPINOZA |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS: | M.C. ENRIQUE GUEVARA RÍOS | RESP. DE LA UPSS: | M.C. JHON SILVA ZURIGA |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN: | M.C. CARLOS PÉREZ ALIAGA | RESP. ORC. UNIDAD CALIDAD: | M.C. JULIO CHAVEZ PITA |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | OBST. ROSARIO CHUMPIPAZ COLLAZOS | OTROS RESPONSABLES: | M.C. Anestesiólogo Dr. SEGURA |

VALORACIÓN DEL RIESGO

| | |
|--------------------|---------|
| RIESGO INTOLERABLE | 35 - 50 |
| RIESGO IMPORTANTE | 20 - 34 |
| RIESGO MODERADO | 4 - 19 |
| RIESGO BAJO | 1 - 3 |

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

| | |
|------------|---|
| EVITABLE | 3 |
| REDUCIBLE | 2 |
| INEVITABLE | 1 |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | VALORACIÓN DEL RIESGO | FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN | PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN |
|------------------|---|-------------|--------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| | | | | 10 | 3 | 30 |
| | | | | 50 | 0 | 150 |
| | | | | 35 | 0 | 105 |



RODAS POR LA SEGURIDAD Y GESTION DE RIESGOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



Anexo N° 11

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

| SECCIONES DE SALUD PARTICIPANTES | TRIMESTRE | N° TRIMESTRE | AÑO: | 2020 |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------|------|
| PREVENCIÓN | FECHA APLICACIÓN: | 06/10/20 | (DOMIN/AAAA) | |
| UPSS | RESP. EPIDEMIOLOGÍA: | M.C. KELLY ZEVALLOS ESPINOZA | | |
| TÍTULO RESPONSABLE PRESS: | RESP. DE LA UPSS: | M.C. JHON SILVA ZUÑIGA | | |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN: | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | M.C. JULIO CHAVEZ PITA | | |
| RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA: | OTROS RESPONSABLES: | M.C. Anestesiólogo Dr. SEGURA | | |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR INSEGURO | ACCIONES CORRECTIVAS | RESPONSABLE (CARGO) | PLAZO (días/semana) |
|-----------|------------------|----------------------|---|---------------------|---------------------|
| 150 | | | solicitar que las HC provenientes de emergencia y los servicios pasen completos | dpto de Obstetricia | 30 DIAS |
| 30 | | | completar la hoja de filiación del paciente hospitalizado | OE | 30 DIAS |
| 0 | | | | | 30 DIAS |



Anexo N° 12
FICHA DE MONITOREO

UNIDAD NACIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

| TRIMESTRE | N° TRIMESTRE | AÑO | 2020 |
|-------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|
| FECHA PLACACIÓN | | 05/1/2020 | (DD/MM/AAAA) |
| RESP. EPIDEMIOLOGÍA | | M.C. KELLY ZEVALLOS ESPINOZA | |
| RESP. DE LA UPSS | | M.C. JIRON SILVA ZUÑIGA | |
| RESP. APLICANDO CALIDAD | | M.C. JULIO CHAVEZ PITA | |
| OTROS RESPONSABLES | | M.C. Anestesiólogo Dr. SEGURA | |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR OSEGURO | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS | RESPONSABLE (Cargo) | PLAZO (días hábiles) | MONITOREO (días hábiles) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------|---------------------|---|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------|
| 150 | | | Indicador que las HC presenten de emergencia y los servicios en condiciones | Ido de Observación | 30 DÍAS | | SELECCIONA |
| 30 | | | Completar la hoja de fricción del paciente hospitalizado | DS | 30 DÍAS | | SELECCIONA |
| 10 | | | | | 30 DÍAS | | SELECCIONA |



FECHA: _____ Lugar de Sorteo: _____ Hora de Sorteo: _____

Servicio a Visitar: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de fin: _____

[illegible]