



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de la Salud

DIRECTIVA SANITARIA N°⁰⁰³ – IGSS/V.1:



J. PORTELLA M.

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



I. CHAW

San Isidro - Perú

CONTROL DEL DOCUMENTO

ROL	ÓRGANO	FECHA	VOBO
ELABORADO POR	Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas	17/07/2015	 I. CHAW
REVISADO POR	Dirección de Servicios de Salud Hospitalarios y de Investigación	08/09/2015	 J. PORTELLA M
	Dirección del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas	22/09/2015	 JO. VELASCO R
	Oficina de Planeamiento y Presupuesto	04/03/2016	 I. ASCARZA
	Oficina de Asesoría Jurídica	22/04/2016	 Y. NÚÑEZ S
	Secretaría General	03/04/2016	 R. TAPIA F
APROBADO POR	Jefatura Institucional	03/06/2016	 E. CRUZ S.


 J. PORTELLA M.


 I. CHAW

DIRECTIVA SANITARIA N° 003 – IGSS/V.01: RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. OBJETIVO

Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras.

2. ALCANCE

La Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).



E. CRUZ S.

3. BASE LEGAL



J. PORTELLA M.



Y. NUÑEZ S.



I. CHAM.



JC. VELASCO

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos.
- 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.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 052-2010-PCM, crea la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de VIH.
- 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 aprueban el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; Manual de Aislamiento Hospitalario.

- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 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 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° 554-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 096 — MINSA/DIGESA-V.01, Norma Técnica de Salud: Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 098-MINSA/DGPS-V.01 Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú.
- 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".


E. CRUZ S.


J. PORTELLA M.


Y. NÚÑEZ S.


I. CHAM.


JC. VELASCO G.

	PERU Ministerio de Salud	DIRECTIVA SANITARIA N° 03 - IGSS/V.1	Fecha: 3 / 6 / 16
---	---------------------------------------	--	-----------------------------

- Resolución Jefatural N° 707-2015/IGSS, Directiva Administrativa N° 01-IGSS-V.1, denominada "Lineamientos para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud".

4. DISPOSICIONES GENERALES

4.1. La presente Directiva Sanitaria estandariza la conformación y funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, asimismo establece los lineamientos a seguir en las Rondas de Seguridad del Paciente, con el objeto de identificar prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención en salud.

4.2. Dichos lineamientos establecen la metodología para la valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad, generando compromisos con la Dirección y el personal de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para mejorar la seguridad del paciente.

4.3. Definiciones Operacionales:

4.3.1. **Acciones de mejora:** son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.

4.3.2. **Apreciación del riesgo:** proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

4.3.3. **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.

4.3.4. **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.

4.3.5. **Eventos Adversos:** Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad. Clasificación:

- **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia, Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. NUÑEZ S.



I. CHAIRA



J.C. VELASCO G.

- 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
- 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.
- Muerte: En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

4.3.6. **Gestión del Riesgo:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

4.3.7. **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente¹.

4.3.8. **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 estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

4.3.9. **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, 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.



E. CRUZ S.



J. PORTILLA M.



Y. NUÑEZ S.



I. CHAVEZ



JC VELASCO

¹ Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. WHO, 2009

Las micro-redes que conforman las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud operan como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud².

4.3.10. **Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

4.3.11. **Prevención del Riesgo:** Son acciones que buscan: disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

4.3.12. **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente³.

4.3.13. **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 en una determinada IPRESS, 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.

4.3.14. **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.

4.3.15. **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.

4.4. Gestión y Prevención del Riesgo:

4.4.1. **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 macrogestión a las intervenciones clínicas directas. Desde la macrogestión deben articularse medidas que favorezcan:

- El uso de prácticas seguras basadas en la evidencia.

² Decreto Legislativo N° 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

³ Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. WHO, 2009

- 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 sanitaria y de notificación que registren los eventos adversos.
- e) La reducción de las condiciones sistémicas que faciliten la aparición de los eventos adversos.

De esta manera, un elemento esencial en la gestión del riesgo es la mejora de las barreras Sistémicas, dirigidas a evitar los eventos adversos. Para conseguirlo, es necesario:

- a) Establecer sistemas de comunicación seguros entre profesionales y entre éstos y los pacientes.
- b) Definir las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo.
- c) Supervisar las tareas complejas por profesionales con experiencia.
- d) Automatizar y estandarizar procedimientos seguros de diagnóstico y tratamiento.



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. NÚÑEZ S.



I. CHAM.



J.C. VELASCO.

4.4.2. Prevención del Riesgo: El primer paso en la gestión del 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.

La prevención primaria implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que mejoran 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 el sistema.
- 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.

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 establecimiento de sistemas de vigilancia y notificación, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y servicios sanitarios y actuando de forma proactiva con los pacientes.

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.

4.5. Responsabilidad:

- 4.5.1. La Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del IGSS es la responsable de la difusión, asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.
- 4.5.2. Los titulares responsables de la IPRESS, los Jefes de Departamentos y Servicios, los responsables de las Unidades Productoras de Servicios de Salud, y los responsables de la administración de la IPRESS, garantizan el cumplimiento de la presente Directiva en el ámbito de sus competencias.

5. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

5.1. De la conformación del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

- 5.1.1. El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente deberá ser reconocido oficialmente mediante documento resolutivo por el titular responsable de la IPRESS, y deberá ser actualizado anualmente.

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

- El Titular responsable de la IPRESS, quien lo lidera.
- El responsable de administración de la IPRESS
- El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces.
- El responsable de Epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS.
- Los responsables de los Departamentos en Hospitales /Institutos o los responsables de las UPSS en las Micro-redes.
- El responsable del Departamento/ Servicio de Enfermería
- El responsable de la UPSS de Farmacia.

- 5.1.2. Asimismo, cuando se ejecute la Ronda de Seguridad del Paciente en una IPRESS del II y III nivel, se incorporan de manera temporal al Equipo de Rondas 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.
- Otras áreas vinculadas al servicio visitado.

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


E. CRUZ S.


J. PORTELLA M.


Y. NUÑEZ S.


I. CHAU


J. VELASCO

- c. El Líder del Equipo de Rondas convocará al responsable del Servicio seleccionado para ser Incorporado al Equipo de Rondas.

5.3.2. Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente

- a. Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se realizarán mensualmente, pudiéndose ser realizado de forma quincenal, según lo defina el Líder del Equipo de Rondas.
- b. Las Rondas de Seguridad del Paciente se realizarán en un horario diferente a la visita médica.
- c. La duración de la Rondas de Seguridad del Paciente deberá ser como máximo de dos horas.
- d. La metodología será la observación directa, revisión documentaria y entrevistas a los trabajadores de salud y los usuarios externos.
- e. Las observaciones deberán estar centradas a identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (anexo 2). Para ello, el responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que aplicarán para el servicio o UPSS a visitar.
- f. Al finalizar la Ronda de Seguridad, el responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Equipo de Rondas.
- g. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, elaborará el informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas.



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. NÚÑEZ S.



I. CHAW



JC VELAZQUEZ

5.3.3. Acciones Post Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión del Riesgo

- a. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, junto a su equipo de trabajo realizarán la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 3)
- b. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, junto a su equipo de trabajo realizarán la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 4)

- c. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, junto a su equipo de trabajo convocarán al responsable del Departamento/ Servicio o UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo 5).
- d. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, informará al Titular responsable de la IPRESS, el Plan de Acción respectivo.
- e. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, designará a un miembro de su equipo, quien será el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose de realizar el monitoreo respectivo. (Anexo 6)

5.4. Implantación e Implementación de la Directiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del IGSS



- 5.4.1. La Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas realizarán la difusión de normativa en físico y digital a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el ámbito del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).



- 5.4.2. El Titular responsable de la IPRESS deberá difundir la presente directiva en medio físico y digital a todos los Departamentos / Servicios o UPSS y áreas administrativas de la IPRESS.



- 5.4.3. Realizada la difusión, las IPRESS deberán elaborar las estrategias que favorezcan la implementación de la directiva considerando jornadas de sensibilización permanentes.

- 5.4.4. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, deberá desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz, gestión del riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.

- 5.4.5. Los profesionales responsables de los Departamentos / Servicios o UPSS deben programar y gestionar el requerimiento para la provisión del equipamiento, materiales e insumos para cumplir con las buenas prácticas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.



5.5. Supervisión y Evaluación del cumplimiento de la Directiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del IGSS

5.5.1. Los procesos de supervisión se realizarán mediante la aplicación de una lista de chequeo y estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas. La técnica a utilizar es la observación, entrevista y revisión documentaria.

5.5.2. La evaluación de la implementación y aplicación de la directiva se hará mediante Indicadores (Anexo 7):

- Porcentaje de Rondas de Seguridad Ejecutadas 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	FRECUENCIA
% De Rondas de Seguridad Ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{Nº de Rondas de Seguridad ejecutadas}}{\text{Nº de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	Cronograma de Rondas. Actas de Rondas de Seguridad del Paciente	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	Trimestral
% De acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implementadas}}{\text{Nº de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	Actas, Informe de Implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas	Trimestral

6. DISPOSICIONES FINALES

- 6.1. Una vez aprobado la presente directiva, las Rondas de Seguridad del Paciente deberán incluirse en el Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas de las IPRESS.
- 6.2. Las acciones de mejora del Plan de Acción post Ronda de Seguridad deben ser incluidos en los Planes Operativos de las IPRESS, así como de las Áreas, Servicios, Departamentos o UPSS relacionados.

7. ANEXOS

- 7.1. Anexo 1: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad.
- 7.2. Anexo 2: Criterios De Evaluación.
- 7.3. Anexo 3: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad.
- 7.4. Anexo 4: Priorización de las Intervenciones para Erradicar, Reducir o Mitigar los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad.
- 7.5. Anexo 5: Modelo de Plan de Acción.
- 7.6. Anexo 6: Modelo de Ficha de Monitoreo.
- 7.7. Anexo 7: Indicadores de Evaluación.


 E. CRUZ S.


 J. PORTELLA M.


 Y. NÚÑEZ S.


 I. CHAW


 JC. VELASCO G.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Página 16 de 36



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECTIVA SANITARIA

N° 03- IGSS/V.1

Fecha:

3 / 6 / 16

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	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	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y 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	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	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	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro identificable.	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	Recomendaciones del Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica / D.S. N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	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	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica		



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECTIVA SANITARIA

N° 03 - IGSS/V.1

Fecha:

3 / 6 / 16

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	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 referenciados al azar.	D.S. N° 013-2004-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / Ley N° 28414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.		
	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Barandillas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandillas y su uso.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	R.M. N° 1001-2005/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP - V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de paratogramas con línea de alerta.	Observar el uso del paratograma.	R.M. N° 695-2005/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.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	R.M. N° 1472-2002: Manual de desinfección y esterilización hospitalaria RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias		
	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.	R.M. N° 688-2004/MINSA que aprueba las Guías Integradas de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. N° 721-2005/MINSA aprueba los Planes Generales de los siguientes Estrategias Sanitarias Nacionales: Prevención y Control de las ITS VIH-SIDA R.M. N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y SIDA. / R.M. N° 519-2014-MINSA NTS N° 008-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y SIDA."		
	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 Ciguaga a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del informe. (último informe semestral)	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Ciguaga		

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)	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador 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.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENT RADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que 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 la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que 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 la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con cocha de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de cocha de intubación difícil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cefalica Portál con batería operativa.	Verificar la existencia de Cefalica Portál y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N° 482-2005-MINSA. NT N° 030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestesia 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-anestesia con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N° 597-2006-MINSA. NTS N° 022-MINSA-DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. VI. 1.2. Formatos de la Historia Clínica. Formatos Especiales. Formatos de Anestesia			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otros signos.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	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 otros signos.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.		
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.		
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento informado.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.		
	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tranquien 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.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicarse inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	Sistema Nacional de Salud (MHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		



PERÚ

Ministerio de Salud



DIRECTIVA SANITARIA
N° 03- IGSS/V.1

Fecha:

3/6/16

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	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.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	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	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en bodega individualizado según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. Contraste el almacenamiento SDMU de 03 pacientes elegidos al azar con la temperatura registrada en la Historia Clínica.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional / R.M. N° 552-2007/ MINSA. NTS 057 - Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud.		
	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 Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	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. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y número), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su forma de presentación), dosis correcta (dosis, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional		





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.		Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International		
	Revelación diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.		Verificar en 03 Historias Clínicas bromadas al azar si se realiza la revelación.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	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.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre enojado.		Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	Comunicar al paciente temas relacionados al 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.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	Protocolo que establezca población objetivo, Indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.		Verificar la existencia del protocolo respectivo.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de renovar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.		Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser realizadas fácilmente.		Verificar el rollo fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	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.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	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 está afectada la vía aérea.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
SEGURIDAD SEXUAL	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.		Verificar en la HCE la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la neuromodulación uterina por presión en cualquier grado.	Nota descriptiva N° 344 - Cálides - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	
	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.		Verificar en 03 Historias Clínicas bromadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.		Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.		Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.		Verificar si se realiza algún control al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	
	Al detectar conductas de riesgo se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.		Verificar en 02 Historias Clínicas bromadas al azar por muestra no aleatoria simple si se registra la terapéutica específica.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas		Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el tipo de actuación respectivo.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicio de salud mental y seguridad del paciente.	

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



PERÚ Ministerio de Salud



DIRECTIVA SANITARIA N° 03 - IGSS/V.1

Fecha: 3/4/10



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. MURRAY S.



J.C. VELASCO B.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autodestructiva, intentos de suicidios previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas medidas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	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.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) alejados al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	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.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelino Donabedian		

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMA/INDICADOR/REFERENCIA	CUMPLE		
				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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	Se evidencian comunicaciones retroactivas 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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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 al cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales médicos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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 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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			
	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.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Cumplimiento de los 03 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	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, el requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 006-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".		
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 006-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".		
	Cuidado y manejo de los cáterres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 006-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".		
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 006-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".		
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAS.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 006-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".		
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.	RM 482-1996-SUNAT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.5. Unidad de Centro Quirúrgico. RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.		
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondencia.	RM 482-1996-SUNAT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.5. Unidad de Centro Quirúrgico. RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.		
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM 482-1996-SUNAT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.5. Unidad de Centro Quirúrgico. RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.		
	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
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.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de 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 equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Selección de 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.	Decreto Supremo N°013-2006-SA. Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		

ANEXO 3

VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD

1. **PROBABILIDAD:** Es la frecuencia en la 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:

- FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador es casi inevitable. Muy alta probabilidad de ocurrencia. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente.
- PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
- OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a 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 cliente (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 cliente, la degradación de las prestaciones esperadas y los coste de recuperación / penalización / indemnización.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias. Origina la total insatisfacción del cliente, 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. Requiere de constantes reintervenciones, poniendo en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de normas reglamentarias. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de incapacidad permanente.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el cliente. El cliente observará el deterioro en el rendimiento del sistema. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.
- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un ligero inconveniente al cliente. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad.
- e. **INSIGNIFICANTE (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento del sistema. Probablemente, el cliente 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. **VALORACIÓN DEL RIESGO:** Es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, a partir de la cual se construye la matriz de evaluación de riesgos.

Seleccione una de las siguientes propuestas.

- a. **RIESGO INTOLERABLE (35 - 50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia.
- b. **RIESGO IMPORTANTE (20 - 34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición pero con repercusiones significativas.
- c. **RIESGO MODERADO (4 - 19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición 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.

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD / IMPACTO				
5	PROBABILIDAD	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



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M



Y. NUÑEZ S



J. CHAVEZ



J.C. VELASCO G

ANEXO 4
PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA ERRADICAR, REDUCIR
O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE
SEGURIDAD

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.

Seleccione 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	3
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 del Plan de Acción.



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. MUÑOZ S.



L. CHAN



R. VELASCO G.



Fecha: 31/6/16



ANEXO 6

MODELO DE FICHA DE MONITOREO

FICHA DE MONITOREO

ÓRGANO DE REGISTRO:	TRIMESTRE:	AÑO:
PRESS:	FECHA E DICIÓN:	DOMINIO:
IPSS:	ESPECIALIDAD:	
TITULAR RESPONSABLE DE LA PRESS:	RESPONSABLE D EL DEPARTAMENTO / IPSS:	
RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACIÓN:	RESPONSABLE D LA OFICINA DE CALIDAD:	
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA:	OTROS RESPONSABLES:	

[illegible]**Fecha máxima de implementación de la acción de mejora**

ANEXO 7 INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD EJECUTADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a. Fórmula de cálculo: $\text{Nº de Rondas de Seguridad ejecutadas} / \text{Nº de Rondas de Seguridad programadas} \times 100$
- b. Tipo de Indicador: De Proceso
- c. Fuente Auditable: Cronograma de Rondas de Seguridad, Actas de Rondas de seguridad
- d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas 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 será 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.



E. CRUZ S.



J. PORTELLA M.



Y. NUÑEZ S.

2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS 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, Actas de Rondas de Seguridad
- d. Meta Anual: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad.
- 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 será 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.



I. CHAW



JC VELASCO G.

3. PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- Fórmula de cálculo: $\text{Nº de acciones de mejora implementadas} / \text{Nº de acciones de mejora propuestas} \times 100$
- Tipo de Indicador: De Proceso y Resultado
- Fuente Auditable: Actas de Rondas de Seguridad, Informe de cumplimiento de actividades de mejora
- Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad.
- Frecuencia de Reporte: Trimestral
- Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- 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.

