



Resolución Directoral

Lima, 04 de Febrero del 2019

VISTO:

El Expediente N° 19-01560, Nota Informativa N° 047-OGC-HNAL-2019 y el Informe N° 005-SP/OGC-19, el cual contiene el sustento técnico para la aprobación del "Plan de Seguridad del Paciente 2019 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza"; y,

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud, como órgano rector del sector salud, conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona;



Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y modificatoria, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en los términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se actualiza la Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, aprobando el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que establece 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, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", la cual, en su Octava Política Nacional de Calidad en Atención de Salud, menciona como estrategia la "Implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos";



Que, mediante Resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el cual en su artículo 7° establece dentro de sus objetivos estratégicos, lograr una adecuada provisión de salud en pacientes que demandan sus servicios, generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, con Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se aprobó el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SuSalud, considerando en el artículo 33° circunstancias atenuantes para las IPRESS, literal c) tener implementado y en funcionamiento, antes de la fecha de detección de la infracción, un Sistema de Seguridad del Paciente y Control de Eventos Adversos.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud", cuyo objetivo es establecer las directrices que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en los establecimientos de salud;

Que, mediante Nota Informativa N° 047-OGC-HNAL-2019, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa que con la finalidad de estandarizar las líneas de acción a trabajar referente a la seguridad del paciente, fomentando así una cultura de seguridad que esté orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos en el sistema de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza", para el cual remite el sustento técnico correspondiente;

Con el visto de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora de la Dirección Adjunta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mediante Resolución Ministerial N° 1262-2004-MINSA y modificado por Resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, la Resolución Ministerial N° 902-2018/MINSA y la Resolución Ministerial N° 1364-2018/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA", el cual consta de (24) folios, que forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades del "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA".

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal de la página institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (www.hospitalloayza.gob.pe).

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

JEMZ/RFS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
DR. JUAN ENRIQUE MACHICADO ZÚNIGA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 617866 R.N.E. 003882



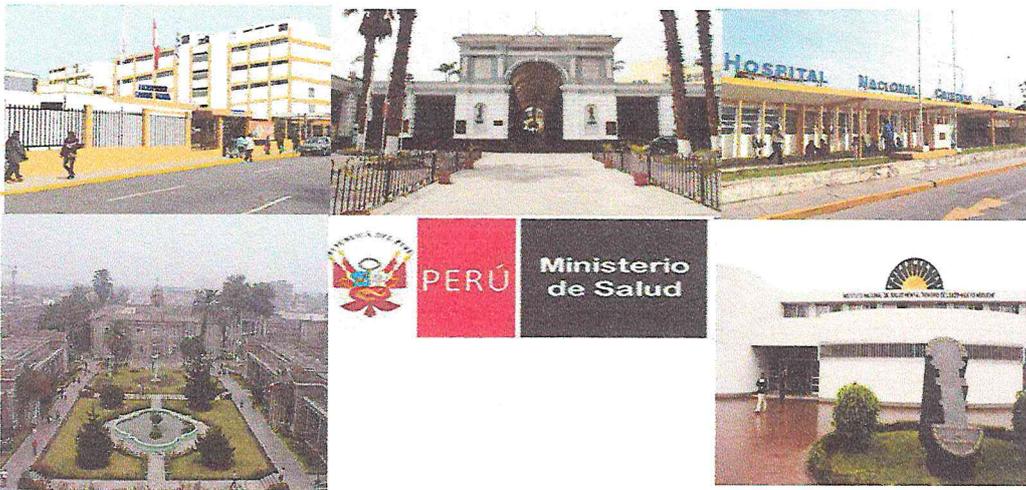


PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ENERO 2019



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD

II. OBJETIVOS

III. BASE LEGAL

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

V. CONTENIDO

5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales en Seguridad del paciente

5.2 Líneas de Acción para la Seguridad del paciente

VI. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

VII. RESPONSABILIDADES

VIII. ANEXOS



INTRODUCCION

Hablar de seguridad del paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensible a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos Adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Los Eventos Adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, por ello para que la Seguridad del Paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir Liderazgo y compromiso por parte de la Alta dirección, políticas claras, trabajo en equipo y un entorno abierto a cambios (mejora continua).

Esta situación no es exclusiva de nuestro sistema, no en vano, los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico, social y moral de los mismos. Por tanto, la seguridad del paciente es algo que preocupa enormemente a profesionales y gestores/as de nuestro sistema sanitario.

Es en este contexto que se ve la necesidad de estandarizar el Plan de Seguridad de Paciente, cumpliendo así con los Objetivos Estratégicos del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, específicamente con el Objetivo estratégico 3, donde su objetivo específico 3.3 menciona "Desarrollar e implementar una Gestión de Calidad por resultados y de mejora continua de sus procesos", por ello la Oficina de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas elabora ejes de trabajo donde el EJE 4 corresponde a "Gestión del Riesgo y Buenas Practicas en Seguridad del Paciente".

I. FINALIDAD

Estandarizar las líneas de acción a trabajar referente a la Seguridad del Paciente, fomentando así una cultura de seguridad que esté orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos en el sistema de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de Gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención de salud.

2.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
2. Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
2. N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
5. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
6. Decreto Supremo N°031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
7. Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la Infecciones Asociadas a la Atención de Salud cuya finalidad es contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos.
8. Resolución Directoral N° 052-DG--HNAL-2016 que designa al Comité Técnico para la seguridad del paciente.
9. Resolución Directoral N°045-DG-HNAL-2016 que designa al Equipo Conductor para la implementación y mejora de la Lista de verificación en cirugía segura.
10. Resolución Directoral N°110-2018-HNAL/D que aprueba la Directiva Administrativa para el Proceso de Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
11. Resolución Directoral N°268-2018-HNAL/D que aprueba la Directiva Administrativa para el Análisis de los Eventos centinela en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
12. Resolución Directoral N°347-2018.HNAL/D que aprueba la Directiva Administrativa N°001-SP-OGC-HNAL/v.01 Directiva Administrativa para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados en el Hospital nacional Arzobispo Loayza.
13. Resolución Ministerial N°1311-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°253-MINSA/2018/DGOS Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios en salud, alcanzados en el periodo 2018, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es de aplicación en todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) de la Institución:



- Emergencia
- Consulta Externa
- Hospitalización
- Servicios Intermedios

V. CONTENIDO

5.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES

- **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.
- **Acciones de mejora:** Son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- **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.
- **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.
Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.
Grave: El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Evento Centinela:** Es evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
- **Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Incidente:** Evento que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de calidad que permita 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 del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar prácticas inseguras



durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

- **Seguridad del paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

5.2 LINEAS DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE ATENCION POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Actividades:

- 1.1 Plan de seguridad del paciente.
- 1.2 Cirugías programadas que aplican la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 1.3 Cumplimiento de la aplicación, análisis e informe de la encuesta para la implementación de la LVCS.
- 1.4 Información consolidada de la implementación de la Lista de Verificación en los centros quirúrgicos.
- 1.5 Monitoreo de la identificación institucional a pacientes atendidos en la IPRESS.
- 1.6 Rondas de seguridad ejecutadas.
- 1.7 Acciones de mejora post ronda implementadas.

2. FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO – NOTIFICACIÓN – ANALISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO

Actividades:

- 2.1 Jefaturas de Servicio y Departamento con equipos entrenados en registro, notificación, análisis y mejora del Incidente y Evento Adverso.
- 2.2 Implementación del registro, notificación y análisis de Incidentes, EA en salud.

VI. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

La IPRESS conformará y/o actualizará mediante Resolución Directoral:

1. Comité de Seguridad del paciente
2. Equipo Conductor para la Implementación de la LVCS

VII. RESPONSABILIDADES

1. Las Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del presente Plan de seguridad del paciente 2019.
2. La Oficina de Gestión de la Calidad en forma trimestral, remitirá a la Dirección General el Informe de cumplimiento de ejecución del Plan de Seguridad del paciente.
3. La Dirección General remitirá a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro (DIRIS Lima centro) el Informe trimestral de ejecución del Plan de seguridad.



VIII. ANEXOS:

ANEXO N° 1 MATRIZ DE ACTIVIDADES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019

ANEXO N° 2 FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE

ANEXO N°2-A FORMATO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVCS

ANEXO N° 3 PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD.



PLAN DE SEGURIDAD 2019

ANEXO N° 2



PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

REPORTE DE LA ENCUESTA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVCS - I SEMESTRE 2019

	VERIFICADORES	FINAL		BASE LEGAL
		SI	NO	
1	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA			
2	SE REALIZA SENSIBILIZACIÓN/PREPARACIÓN PREVIA AL PROFESIONAL ASISTENCIAL DEL EESS			
3	SE DETECTAN PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN			
4	SE ELABORAN INDICADORES RELACIONADOS A LA LVCS			
5	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SUSPENDIDA POR EL USO DE LA LVCS			
6	CUENTA CON FARMACIA SATÉLITE EN CENTRO QUIRÚRGICO			
	TOTAL			
7	NUMERO DE QUIROFANOS PRESUPUESTADOS			
8	NUMERO DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS			
9	NUMERO DE CIRUGIAS ELECTIVAS REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2019			
10	NUMERO DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS EN EL AÑO 2018			
11	NUMERO DE CIRUGÍAS DE EMERGENCIA REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2019			
12	NUMERO DE CIRUGIAS DE EMERGENCIA REALIZADAS EN EL AÑO 2018			
13	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A OX ELECTIVAS SEGÚN I SEMESTRE 2019			
14	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A OX DE EMG SEGÚN I SEMESTRE 2019			RM N°1021-2010/MINSA
15	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE SE DEFINE SU NECESIDAD DE INTERVENCIÓN OX HASTA QUE ES HOSPITALIZADO PARA PROGRAMAR CIRUGÍA SEGÚN I SEMESTRE 2019			
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN I SEMESTRE 2019			
17	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2019			
18	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2018			
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN I SEMESTRE 2019			
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN I SEMESTRE 2019			
21	TASA DE REINTERVENCIONES NO PROGRAMADAS SEGÚN I SEMESTRE 2019			
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVCS SEGÚN I SEMESTRE 2019			





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVCS

PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVCS	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
FALTA DE PERSONAL	
FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	
FALTA DE MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	
FALTA DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
PROBLEMAS EN DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL / TAREAS	
PROBLEMAS EN INFRAESTRUCTURA	
PROBLEMAS EN EQUIPAMIENTO	
PROBLEMAS CON INSUMOS	
PROBLEMAS CON APOYO DE LA GESTIÓN	
OTROS PROBLEMAS	

FUENTE: RM N° 1021-2010/MINSA



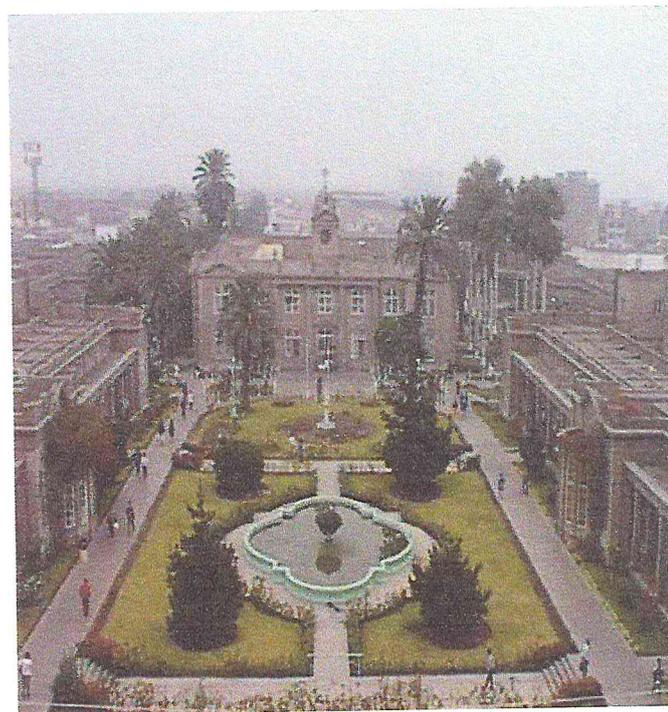


PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

PLAN DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



2019



PLAN DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

I. DEFINICIÓN

Las rondas de seguridad al paciente constituyen una estrategia recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

Las rondas de seguridad al paciente consiste en establecer una visita planificada del personal ejecutivo de las instituciones de salud, a cargo del **Comité Técnico para la Seguridad del paciente en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza**, hacia los diferentes servicios del hospital con la finalidad de establecer una interacción directa con el personal operativo de las áreas asistenciales y los pacientes, cuidando en todo momento el de brindar una actitud educativa.

II. FINALIDAD

Involucrar a decisores institucionales en la implementación de prácticas seguras reduciendo los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer una cultura de buenas prácticas de atención, a través de la implementación de las Rondas de Seguridad del paciente en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mejorar los procesos de atención identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Educar in situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Tomar contacto con los pacientes/familiares que acuden a los servicios asistenciales para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- ✓ Crear compromisos con el personal del servicio responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad del paciente.

IV. PROCEDIMIENTO

4.1 Formación del equipo de las Rondas de Seguridad

- La dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza deberá designar formalmente a los integrantes del Comité de Seguridad del paciente quienes realizarán las Rondas de Seguridad, debiendo el Director General / representante hacer el acompañamiento a las visitas programadas.
- El equipo estará conformado además del Comité de Seguridad y el Director general por el Jefe de departamento/servicio visitado y la Jefa de enfermeras del servicio visitado.



4.2 Planificación de las Rondas de Seguridad

- El Comité Técnico de Seguridad del paciente elaborará un cronograma anual de Rondas de Seguridad, en el que se detallará mensualmente la fecha y hora de visitas, teniendo en cuenta la factibilidad de todos los miembros y sin especificar el servicio a visitar, el cual se identificará el mismo día.
- La frecuencia de realización dependerá de la matriz de priorización considerando algunos eventos y/o necesidades transcurridas en las semanas previas a la visita; con ello se garantizará la imparcialidad y objetividad de la selección teniendo en consideración que la jornada laboral usual se inicia a partir de las 08:00 a.m. se espera encontrar en el servicio seleccionado al Jefe respectivo y el personal de turno.
- Elaboración de una lista de cotejo, que deberá considerar las Alertas de Seguridad: Identificación inequívoca, Historia clínica, Administración de medicamentos, supervisión de personal en entrenamiento, prácticas de Bioseguridad, funcionamiento y manejo de dispositivos.

4.3 Ejecución del Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad

- El Comité de Rondas en conjunto se hará presente en el servicio seleccionado exponiendo a cargo del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad ante el jefe del Servicio y Jefa de Enfermeras los objetivos y actividades a realizar. Durante el tiempo que dure la ronda el jefe del servicio/ jefa de enfermería acompañarán al equipo.
- La metodología de la visita será fundamentalmente de observación, revisión documentaria y entrevista.
- Las observaciones de la Ronda de seguridad deberán estar centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención del paciente.
- La actividad **NO DEBE** hacer hincapié en el señalamiento de aspectos estructurales de difícil modificación en el corto plazo (disponibilidad de un equipo no existente en el establecimiento, calidad del mobiliario médico y no médico, tamaño y área de los ambientes, etc.), el objetivo básico de las rondas **DEBE SER** la observación del **DESEMPEÑO** y aquellos aspectos de comportamiento y/o organización que pueden limitar la calidad del mismo y poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
- Las responsabilidades de cada miembro del Comité serán las siguientes:

*BUENA PRACTICA	RESPONSABLE
Historia Clínica	Jefe de la Oficina de Calidad
Seguridad en la UPSS	Jefe de la Oficina de apoyo a la Docencia e Investigación
Identificación del paciente	Responsable de Unidad Funcional de Seguridad del paciente
Prevención de Fuga	Jefa del Dpto. de Hospitalización y Consulta Externa
Seguridad en Medicación	Jefa del Dpto. de Enfermería (ítem 1, 2 y 10) Jefe del Dpto. de Farmacia (demás ítems)
Prevención de caídas	Jefa del Dpto. de Enfermería
Comunicación Efectiva	Director / representante del HNAL
Higiene de manos	Jefe de la Oficina de Epidemiología
Bioseguridad	Jefe de la Oficina de Epidemiología
Funcionamiento y manejo de equipos	Jefa del Dpto. de Hospitalización y Consulta externa

*Instrumento validado por la DIRIS y conformado por 93 ítems y 10 Buenas prácticas.



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

- Al finalizar la ronda se realizará el acta por servicio visitado donde se consignen las observaciones con puntajes alcanzados y compromisos para el levantamiento de algunas de las observaciones a corto plazo.

Ponderación Final	Condición	Estrategia a Emplear
Mayor o igual a 80%	UPSS ha institucionalizado Buenas Prácticas de Atención y Seguridad	DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD
Entre 60% y < 80%	UPSS promueve Buenas Prácticas de Atención y Seguridad	DE CRECIMIENTO Y MANTENIMIENTO
Menor de 60%	UPSS no promueve Buenas Prácticas de Atención y seguridad	DE CONTINGENCIA Y EMERGENCIA

4.4 Acciones posteriores a la ejecución de las Rondas de Seguridad

- La responsable de seguridad del paciente realizará el monitoreo mensual del cumplimiento de las observaciones y/o recomendaciones producto de la aplicación de Lista de cotejo.
- Se informará trimestralmente a la Dirección, adjuntando el Acta y Lista de Cotejo, sobre el cumplimiento de las recomendaciones.
- Se extenderá una felicitación escrita al personal de salud que realiza buenas prácticas sanitarias y al servicio en cuyos resultados producto de la ronda de seguridad sean satisfactorias.
- Cada problema identificado deberá servir como insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.
- Se elaborará un Informe Anual de la ejecución de la Rondas de seguridad en cual se analizarán los resultados y los logros obtenidos en base a los indicadores formulados.

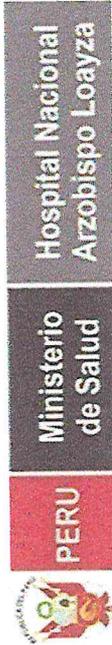
V. ANEXOS

- ANEXO 01 INSTRUMENTO (LISTA DE CHEQUEO)



PLAN DE SEGURIDAD 2019

PAG. 3



LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	1	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.		
	2	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.		
	3	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.		
	4	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y Eventos adversos. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.		
	5	Registro físico y/o virtual de los incidentes y EA en la UPSS.		
	6	Análisis y Plan de intervención sobre la información de los incidentes y EA.		
	7	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		
	8	Utilización del formato de Consentimiento Informado para actividades de docencia.		
	9	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.		
TOTAL DE PUNTOS: 18				0
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0				% ALCANZADO

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE





LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	1	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos: Nombres y apellidos, N° de HCl.		
	2	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.		
	3	Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la Historia clínica.		
	4	Verificación de la Identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento. OBSERVACIÓN A 3 PACIENTES DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN ANTES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO.		
	5	Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.		
	6	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. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
	7	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el Consentimiento respectivo. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
TOTAL DE PUNTOS: 14		0	0	% ALCANZADO 0

Si : 2 / Observación: 1 /No: 0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE





LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	1	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.		
	2	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.		
	3	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.		
	4	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. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.		
	5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.		
	6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.		
		TOTAL DE PUNTOS: 12		0
		Si : 2 / Observación: 1 /No: 0		% ALCANZADO: 0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

PAG. 6



LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

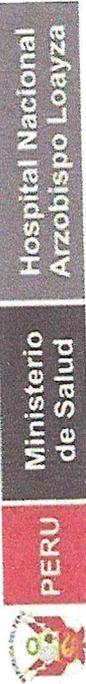
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION	1 Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora correponde que se lo administren. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	2 Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	3 Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad vigente.			
	4 Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.			
	5 Almacenamiento ordenados de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o presentación.			
	6 Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.			
	7 Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitarias. MUESTRA: 3 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR CON LA TERAPEUTICA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA.			
	8 Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad. MUESTRA: 05 MEDICAMENTOS ELEGIDOS AL AZAR.			
	9 Existencia de un registro de medicamentos controlados. MUESTRA: 05 MEDICAMENTOS ELEGIDOS AL AZAR.			
	10 Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos. MUESTRA: 2 PACIENTES			
TOTAL DE PUNTOS: 20				0
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0				% ALCANZADO

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

PAG. 7



LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	
		SI	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza. MUESTRA: 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	2	Revaloración diaria de pacientes a ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos. MUESTRA: 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.			
	5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.			
	7	Sistemas de registros específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.			
	8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puede ser retiradas fácilmente.			
	9	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.			
	10	Si el paciente se encuentra el decubito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.			
	11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.			
TOTAL DE PUNTOS: 22				0	0

Si : 2 / Observación: 1 /No: 0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE





LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
	2	Los pacientes y las familias reciben la información sobre como acceder a los servicios de la UPSS. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
	3	La comunicación y a la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR		
	4	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.		
	5	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resúmenes de la atención prestada durante el turno(guardia) y la evolución de los pacientes. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.		
	6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre personal encargado del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resúmenes de la atención prestada durante el turno(guardia) y la evolución de los pacientes. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.		
	7	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.		
	8	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.		
	9	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su situación se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.		
	10	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 el momento de la transferencia.		
TOTAL DE PUNTOS: 20		0	0	% ALCANZADO 0

Si : 2 / Observación: 1 /No: 0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

PAG. 9



LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.			
2	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.			
3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.			
4	Cumplimiento de los 8 pasos para la desinfección de manos (pasos y tiempo). MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
5	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo). MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
6	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de manos durante su actividad asistencial de acuerdo a los cinco momentos de la higiene de manos. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
7	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			
TOTAL DE PUNTOS: 14				
Si : 2 / Observación: 1 / No: 0				0
% ALCANZADO				0

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a la normas.			
2	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.			
3	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.			
4	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.			
5	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquetes de medidas para la prevención de las IAAS basada en evidencia médica.			
6	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.			
7	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la unidad productora de servicios de salud.			
8	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la unidad productora de servicios de salud.			
TOTAL DE PUNTOS: 16				
Si : 2 / Observación: 1 / No: 0				0
% ALCANZADO				0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

PAG. 10



LISTA DE COTEJO PARA RONDA DE SEGURIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	
		SI	NO		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.			
	2	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.			
	3	Verificación del conocimiento del personal sobre los funcionamientos de los equipos biomédicos, según responsabilidad. MUESTRA: 2 PROFESIONALES			
	4	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).			
	5	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.			
TOTAL DE PUNTOS: 10				0	% ALCANZADO

Si : 2 / Observación: 1 / No: 0

RECOMENDACIONES:	PLAZO:	RESPONSABLE



PLAN DE SEGURIDAD | 2019

PAG. 11

PONDERACIÓN Y EVALUACIÓN FINAL

Ponderación Final	Condición	Estrategia a Emplear
Mayor o igual a 80%	UPSS ha institucionalizado Buenas Prácticas de Atención y Seguridad	DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD
Entre 60% y < 80%	UPSS promueve Buenas Prácticas de Atención y Seguridad	DE CRECIMIENTO Y MANTENIMIENTO
Menor de 60%	UPSS no promueve Buenas Prácticas de Atención y Seguridad	DE CONTINGENCIA Y EMERGENCIA

BUENA PRACTICA	PONDERACIÓN FINAL
I Historia clínica	
II Seguridad en la UPSS	
III Identificación correcta del paciente	
IV Prevención de fuga del paciente	
V Seguridad en la medicación	
VI Prevención de caídas de paciente y contención	
VII Comunicación efectiva	
VIII Higiene de manos	
IX Bioseguridad	
X Funcionamiento y manejo de equipos	

ACTA

COMPROMISOS:	PLAZO	RESPONSABLE
BUENA PRACTICA		

