EXPEDIENTE N° 001047-2024-012541

Jaen, 17 de mayo de 2024

Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17/05/2024 07:10 p. m.

RESOLUCION DIRECTORAL N° D191-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

VISTO:

El expediente N° 001047-2024-012541, su proveído N° D1657-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, relacionado a la aprobación del Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente año 2024; y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala que es de interés público la provisión del servicio de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que: "*los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, están obligados a garantizar la calidad y seguridad de Ja atención que ofrecen a sus pacientes a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos incensarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda*";

Asimismo, el artículo 96° de la norma antes descrita, establece que a fin de dar cumplimiento lo dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento *"los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generen riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios",*.

V° B°
Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 17/05/2024 07:09 p. m.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de *"Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";*

V° B°
Firmado digitalmente por JIMENEZ COLLAVE Jhony FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - OPPE - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 16/05/2024 04:00 p. m.

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los Usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

V° B°
Firmado digitalmente por VERONA BALCAZAR Segundo Mauricio FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - UGC - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 16/05/2024 09:24 a. m.

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

establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

La Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA de fecha 02 de abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN denominada "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"; cuya finalidad es contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPRESS pública, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, en el numeral 5.1.12 del artículo 5° de la referida Directiva Sanitaria, respecto a la Ronda de Seguridad del Paciente, señala que *"Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y persona de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva"*:

Que, en ese contexto, la Unidad de Gestión de la Calidad, en el ámbito de sus funciones mediante documento del visto, presenta el proyecto del " Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén — Año 2024" para su aprobación mediante acto resolutivo, precisando que dicho plan tiene como finalidad el de contribuir con la mejora de la calidad de atención de las personas usuarias de los servicios de salud, previniendo y disminuyendo las prácticas inseguras y los riesgos en la atención en salud en el Hospital General Jaén;

El citado Plan; cumple con las disposiciones estructurales establecidas en la Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", por tanto, corresponde ser aprobado vía acto resolutivo;

Por las consideraciones expuestas, contando con vistos correspondientes y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén; facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR el documento técnico denominado "Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén - Año 2024", el mismo que consta de cincuenta y seis (56) folios, y como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR al responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión e implementación del documento, aprobado en el artículo precedente.

ARTICULO CUARTO. - DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: **https://gorecaj.pe/mad3validar** e ingresando el código: 4Q2PSP

DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO
Directora
DIRECCIÓN EJECUTIVA

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: **https://gorecaj.pe/mad3validar** e ingresando el código: **4Q2PSP**

PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN AÑO 2024

JAÉN 2024

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Dirección Ejecutiva:
M.C. Diana Mercedes Bolívar Joo

Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente – 2024
M.C. Diana Mercedes Bolívar Joo
M.C. Mauricio Verona Balcázar – Secretario Técnico
Ing. Francisco Manuel Palomares Murga
Abog. Melissa Deyanira Pariamachi Gallardo
Lic. Enf. Sandra del Rocío Mija Burga
Lic. Nut. Cheine Berenis Vásquez Pinedo
Psc. Meylin Arnao Guerrero
Ing. Ennid Córdova Briones
Lic. Adm. José Euler Oblitas Díaz
Lic. Enf. Franz Jhon Garrido Asenjo
Q.F. Edgardo Rodríguez Chávez
Q.F. Crisanto Rubio Cruzado
Lic. Tec. Med. Dennis Eduardo Pastor Portales
Lic. Enf. Jackeline Isabel Tarrillo Fernández
Lic. Enf. Holly Inés Hernández Domador
Obsta. Roberto Carlos Martí Rodríguez
Obsta. Mariel del Milagro Rodríguez Bernales

Elaborado por:
M.C. Mauricio Verona Balcázar - Unidad de Gestión de la Calidad

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 4
II. FINALIDAD....5
III. OBJETIVOS 5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN 5
V. BASE LEGAL....5
VI. CONTENIDO 6
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES: DEFINICIONES OPERATIVAS. 6
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO. 9
6.2.1. Antecedentes. 9
6.2.2. Causas del problema....9
6.2.3. Población objetivo. 10
6.2.4. Alternativas de solución. 10
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI....10
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS....11
6.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables. 11
6.4.2. Cronograma de actividades 13
6.5. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN 17
VII. RESPONSABILIDADES....19
VIII. ANEXOS 19
Anexos: Fichas de evaluación....20
Anexo: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final 54
IX. BIBLIOGRAFÍA....55

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN AÑO 2024

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. Es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deber ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad, por ejemplo: errores de medicación, infecciones relacionadas con la atención sanitaria, procedimientos quirúrgicos poco seguros, las prácticas de inyección poco seguras, errores diagnósticos, prácticas de transfusión poco seguras, septicemia, tromboembolias venosas, etc. Es por ello que 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.

El principio "Primum Non Nocere" (Lo primero es no hacer daño) subyace a cada acto asistencial, a pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores: elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización, que son la causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado.

A pesar de los avances en los últimos años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, y por ello debemos seguir avanzando. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, implementar proyectos de mejora que involucren a pacientes y personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad, entrenar a los equipos de salud en la utilización de metodologías innovadoras, la aplicación de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos.

Es en este contexto el Ministerio de Salud del Perú, mediante Resolución Ministerial N° 163-2022-MINSA, aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". Lo que implica ser una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención de Salud, por lo que resulta efectiva, para que los líderes de la organización demuestren su preocupación por brindar una atención segura a los usuarios externos e internos y es verdaderamente una prioridad estratégica que fortalece la cultura de Seguridad del Paciente. Actualmente en todas las UPSS del Hospital General de Jaén se promuevan las Buenas Prácticas de Atención en Salud.

Por ello, se formula el presente Plan de Rondas de Seguridad del Paciente, que es una práctica recomendada para incrementar la calidad en los servicios clínicos y no clínicos relacionados al cuidado de los pacientes. Teniendo como objetivo principal fortalecer la cultura por la seguridad del paciente y elevar el número de UPSS que institucionalicen las Buenas Prácticas de Atención en Salud.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

II. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de atención de las personas usuarias de los servicios de salud, previniendo y disminuyendo las prácticas inseguras y los riesgos en la atención en salud en el Hospital General Jaén.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2024.
2. Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.
3. Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén, es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) del Hospital General de Jaén.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus Modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
- Ley N° 29783 "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo" según D.S. 005- 2012-TR.
- Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, que aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDD, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144 MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la N.T.S N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N°110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial Nº 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad".
- Resolución Directora N° D21-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, que aprueba el "Comité y Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente"

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES: DEFINICIONES OPERATIVAS.

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

Acciones correctivas: Son las acciones a corto, mediano y largo plazo que se van a desarrollar a fin de erradicar, reducir o mitigar los riesgos asistenciales como consecuencia del incumplimiento del verificador evaluado.

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

Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental de búsqueda sistemática de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Bioseguridad: Conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente.

Buenas prácticas de atención en salud: Una buena práctica asistencial o práctica clínica segura es aquella que se apoya en la mejor evidencia disponible y que procura prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a dicha práctica.

Comunicación efectiva: Es un tipo de comunicación en la que conseguimos transmitir el mensaje de una forma entendible y muy clara para el receptor sin provocar dudas, confusiones o posibles interpretaciones equivocadas.

Contención mecánica: Es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise para tratar de garantizar la seguridad del mismo y de los demás, usando un método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad.

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

Cumplimiento: Es el porcentaje de verificadores de una buena práctica que se evidencian que se están ejecutando en la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS), respecto al total de verificadores que le corresponden aplicar a la UPSS.

Equipo de rondas de seguridad del paciente: Es un equipo conformado y liderado por la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda y actualizado anualmente, quienes tienen la responsabilidad de ejecutar las actividades de Rondas de Seguridad del Paciente.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

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

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

Fuga de pacientes: Se considera cuando el alta se produce a instancias del propio paciente, sin que exista alta médica ni conocimiento del personal del servicio.

Funcionamiento y manejo de equipos: Implica las labores de revisión, limpieza, reparación y cambio de piezas de los equipos, lubricación de todas las partes móviles, verificación de alarmas o sistemas de alertas, carga, reemplazo de baterías, partes diseñadas para mantener en operación o para proteger el equipo en caso de fallas eléctricas.

Gravedad/impacto: Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el usuario (que puede ser el paciente, su familia o el gestor). Valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/penalización/indemnización.

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

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

Historia clínica: Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.

Incidente: es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

Identificación del paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Infección asociada a la atención en salud (IAAS): Es toda condición sistemática o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.

Institución prestadora de servicios de salud (IPRESS): Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen como finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Monitoreo: Fecha en que se evalúa la implementación del plan de acción y cumplimiento de las acciones correctivas.

Notificación: Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias. Lo que se notifica son: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.

Prevención: Son las medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección.

Prevención de caídas: Se refiere a los cuidados de enfermería y del equipo de salud que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente, para crear un entorno seguro y reducir las lesiones relacionadas con las caídas.

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

Prevención del suicidio y lesiones: El suicidio, conforme la definición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), es parte de una clase más amplia de comportamientos denominada violencia autoinfligida. Se entiende por violencia autoinfligida un comportamiento dirigido hacia uno mismo, cuyo resultado deliberado es la lesión o el potencial de causar una lesión. Esta violencia autoinfligida puede ser de carácter suicida o no suicida.

Probabilidad: Es la frecuencia en que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Responsable: Es el encargado de implementar alguna acción o actividad propuesta.

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

Ronda de seguridad del paciente: Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención de salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, 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: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Seguridad en la Medicación: Incluye una serie de actividades que los profesionales de la salud pueden hacer para asegurarse de obtener el máximo beneficio de los medicamentos con el menor riesgo de daño.

Seguridad Sexual: Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Úlcera por presión: También llamadas escaras son lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presión prolongada sobre la piel. Generalmente se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo como talones, tobillos, caderas, coxis, omóplatos, espalda lumbar, etc.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Unidad productora de servicios de salud (UPSS): 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.

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

Verificador inseguro: Acción objetiva y evidenciable que permite evaluar el desarrollo de una buena práctica asistencial en una UPSS. Estas acciones corresponden a directivas y normas técnicas nacionales y referencias internacionales, y que en la ficha de evaluación han sido clasificados como No Cumplimiento.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO.

6.2.1. Antecedentes.

Las rondas de seguridad del paciente son una excelente herramienta de gestión de la calidad que permiten fomentar una cultura de seguridad de los pacientes para los trabajadores en una institución prestadora de salud. Desde el 2021, en el HGJ se viene realizando las rondas de seguridad, lo que ha permitido identificar una serie de acciones inseguras durante la atención de las pacientes en los diferentes servicios asistenciales. Actualmente en todas las UPSS del Hospital General de Jaén se promuevan las Buenas Prácticas de Atención en Salud.

Problema (magnitud y caracterización).

Dentro de los puntos críticos identificados tenemos:

- Registros de la historia clínica incompletos o mal llenados,
- No aplican el consentimiento informado para actividades de docencia,
- Algunas camas y camillas no cuentan con barandas,
- La mayoría de unidades no tienen un sistema de llamado o timbre cerca del paciente,
- No se verifica la identidad del paciente mediante el brazalete antes de los procedimientos asistenciales,
- Algunos servicios tienen desabastecido su coche de paro, los medicamentos o insumos médicos no se encuentran ordenados o no tienen un mecanismo de control de vencimiento,
- Ausencia del registro de pacientes con sujeción mecánica,
- Ausencia de la guía de seguridad sexual,
- Ausencia del registro de pacientes con úlceras por presión, incumplimiento de la guía de curación de úlceras por presión,
- Ausencia de la guía de prevención del suicidio y lesiones,
- Los servicios no han publicado su horario de atención o informes médicos,
- Incumplimiento de la realización de higiene de manos,
- Segregación inadecuada de residuos sólidos y material punzocortante,
- Ausencia del plan de medidas preventivas de las infecciones asociadas a la atención en salud,
- Ausencia del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

6.2.2. Causas del problema.

Dentro de las causas o motivos que han sido identificadas y referidas por el personal asistencial al momento de realizar la ronda o durante las reuniones de coordinación, se encuentran:

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

- Rotación constante del personal.
- Sobrecarga laboral.
- Múltiples formatos a completar o llenar durante las actividades asistenciales.
- Falta de compromiso con la seguridad del paciente.
- Desconocimiento de las normas básicas de atención en salud.
- Desconocimiento e incumplimiento de las guías de procedimientos.
- Ausencia de las guías de práctica clínica.
- Falta de coordinación entre el equipo de salud.

6.2.3. Población objetivo.

El presente plan de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén está dirigido a todo el personal asistencial y administrativo que labore en las UPSS de:

- Anatomía Patológica.
- Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.
- Central de Esterilización.
- Centro Obstétrico.
- Centro Quirúrgico.
- Consulta Externa.
- Diagnóstico por Imágenes.
- Emergencia: Cirugía – Medicina.
- Emergencia: Madre – Niño.
- Farmacia.
- Hemodiálisis
- Hospitalización Cirugía.
- Hospitalización Ginecología.
- Hospitalización Medicina.
- Hospitalización Neonatología y Alojamiento Conjunto.
- Hospitalización Pediatría.
- Laboratorio Clínico.
- Medicina de Rehabilitación.
- Nutrición y Dietética.
- Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.
- Unidad de Cuidados Intermedios Adulto.
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal.

6.2.4. Alternativas de solución.

Implementar lo dispuesto por el Ministerio de Salud del Perú, mediante la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", y formular el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente, como una práctica recomendada para incrementar la calidad en los servicios clínicos y no clínicos relacionados al cuidado de los pacientes. Teniendo como objetivo principal fortalecer la cultura por la seguridad del paciente y elevar el número de UPSS que institucionalicen las Buenas Prácticas de Atención en Salud.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

El Gobierno Regional de Cajamarca, ha elaborado de manera inclusiva, participativa, concertada e innovadora bajo un enfoque de gestión por resultados, el Plan Estratégico Institucional – PEI 2023 – 2027, teniendo en consideración el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050, el Plan de Desarrollo Regional Concertado – PDRC Cajamarca al 2033 y los Lineamientos de Política Institucional 2023- 2027; así como en el marco de la

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

metodología establecida en la Guía para el Planeamiento Institucional, modificada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00016-2019/CEPLAN/PCD. El PEI es un instrumento de gestión estratégica institucional de mediano plazo, que permite a las unidades orgánicas del Gobierno Regional de Cajamarca, establecer las estrategias de intervención para una adecuada prestación de bienes y servicios a la población, que contribuyen con el desarrollo integral y sostenible, además contribuyendo con la mejora de la calidad de vida de la población y el desarrollo del departamento.

Los Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) definen lo que la entidad espera lograr en las condiciones de su población y en sus condiciones internas, es decir, en cumplimiento de sus funciones sustantivas o funciones de administración interna. Dentro de los Objetivos Estratégicos Institucionales del PEI tenemos: OEI 1: "Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud integral, continuos, inclusivo, y de calidad a la población", que categoriza como prioridad AEI. 01.01: "Atención de salud de calidad, según niveles de prestación e intervención a la población", el AEI. 01.01: "Acceso oportuno al aseguramiento universal de salud a la población".

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.

Objetivo Especifico 01: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2024.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2024.	Informe	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2024	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva
Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Acta de Reunión	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Plan	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva
Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Nota informativa	1	Jefe de la UGC

Objetivo Especifico 02: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Lista de Asistentes	1	Jefe de la UGC
Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	Nota informativa	1	Responsable de Seguridad del Paciente

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Informe	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Hoja de resultados	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Base de datos	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Priorizar las acciones de intervención.	Base de datos	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Elaborar el plan de acciones correctivas.	Plan de acciones correctivas	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	Memorando/ Informe	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Informe	18	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Realizar la campaña por el día mundial de la Seguridad del Paciente.	Informe	1	Unidad de Gestión de la Calidad - Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

Objetivo Especifico 03: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	4	Responsable de Seguridad del Paciente
Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Oficio	4	Responsable de Seguridad del Paciente
Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	2	Responsable de Seguridad del Paciente
Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Oficio	2	Dirección Ejecutiva
Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.	Informe	1	Responsable de Seguridad del Paciente

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea

Objetivo Específico del Plan	Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General de Jaén.		
Objetivo Específico	**ACTIVIDADES**	**TAREAS**	**COSTO**
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2024	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2024.	Realizar la propuesta e informe técnico y presentar a la UGC	S/. 0.00
		Derivar a la Dirección Ejecutiva para solicitar su aprobación.	S/. 0.00
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2024.	Revisar y dar visto bueno a la propuesta presentada	S/. 0.00
		Emitir Resolución Directoral.	S/. 0.00
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Realizar invitación a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.	S/. 0.00
		Reunir al Equipo de Rondas de Seguridad y asignar funciones dentro del mismo.	S/. 0.00
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Realizar revisión documentaria y normativa.	S/. 0.00
		Adaptar el Plan a lo solicitado en la Directiva Sanitaria y los Compromisos de Mejora.	S/. 14.95
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Revisar y dar visto bueno al plan presentado.	S/. 14.95
		Emitir Resolución Directoral.	S/. 0.00
	Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Elaborar nota informativa y entregar plan de rondas.	S/. 0.00
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente	Realizar invitación a los jefes de Departamento y Coordinadores de Servicio.	S/. 0.00
		Presentar resultados previos acerca del cumplimiento de indicadores de Rondas de Seguridad.	S/. 0.00
		Sensibilizar a los participantes al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.	S/. 0.00
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	Entregar los verificadores de evaluación por UPSS.	S/. 0.00
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Convocar al equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.	S/. 0.00
		Reunir al Equipo de Rondas de Seguridad.	S/. 0.00
		Realizar al sorteo de la UPSS a visitar.	S/. 0.00
		Convocar al jefe/coordinar/responsable de la UPSS para incorporarlo al equipo.	S/. 0.00
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Determinar el listado final de los criterios que se evalúan en la UPSS a visitar.	S/. 0.00
		Aplicar la metodología de Ronda de Seguridad: Entrevista, Revisión documentaria y observación.	S/. 0.00
		Realizar la retroalimentación in situ antes los verificadores inseguros que se identifiquen.	S/. 0.00

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

		Ingresar los datos recogidos en la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente y presentar la hoja de resultados.	S/. 945.0
		Dar señal de conformidad con el puntaje alcanzado y firmar hoja de resultados.	S/. 0.00
	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Establecer la probabilidad del cumplimiento del verificador.	S/. 0.00
		Determinar la gravedad del incumplimiento del verificador.	S/. 0.00
	Priorizar las acciones de intervención.	Realizar la valoración de los riesgos identificados.	S/. 0.00
		Determinar la factibilidad de intervención ante los riesgos identificados.	S/. 0.00
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	Proponer y elegir las propuestas de mejora ente los riesgos identificados.	S/. 0.00
		Redactar el plan de acción.	S/. 0.00
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	Elaborar el informe de la ronda realizada y derivar a la D.E. y al Departamento de UPSS visitada.	S/. 14.95
		Recibir el informe de la ronda realizada.	S/. 0.00
		Derivar las recomendaciones para su cumplimiento correspondiente.	S/. 0.00
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Realizar el monitoreo en la UPSS.	S/. 0.00
		Elaborar el informe del monitoreo realizado y derivar a la D.E. y al Departamento de UPSS visitada.	S/. 14.95
	Realizar la campaña por el día mundial de la Seguridad del Paciente.	Derivar informe a la Dirección Ejecutiva.	S/. 519.8
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Realizar el informe técnico y presentar a la UGC.	S/. 0.00
		Derivar a la Dirección Ejecutiva para su derivación correspondiente.	S/. 0.00
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Emitir oficio u otro documento formal y enviar informe técnico trimestral.	S/. 0.00
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Realizar el informe técnico y presentar a la UGC.	S/. 0.00
		Derivar a la Dirección Ejecutiva para su derivación correspondiente.	S/. 0.00
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Emitir oficio u otro documento formal y enviar informe técnico semestral.	S/. 0.00
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.	Realizar el informe y presentar a la UGC.	S/. 1.00
		Derivar informe a la Dirección Ejecutiva.	S/. 1.00
TOTAL			S/. 1494,7

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

6.4.3. Cronograma de actividades

Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.

Objetivo Específico	Actividades	I TRIMESTRE 2024			II TRIMESTRE 2024			III TRIMESTRE 2024			IV TRIMESTRE 2024		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2024	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2024.	1											
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2024.	1											
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	1											
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.		1										
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.			1									
	Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.			1									
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente	1											
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	1											
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
	Priorizar las acciones de intervención.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.		2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1
	Realizar la campaña por el día mundial de la Seguridad del Paciente.									1			
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva			1			1			1			1
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca			1			1			1			1
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva						1						1
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca						1						1
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.												1

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

6.5. PRESUPUESTO

Descripción	Cantidad	Unid. Medida	Costo Unitario	Costo Total
Refrigerios	150	Unidad	S/. 4.54	S/. 908.20
Papel Bond	4	Millar	S/. 17.40	S/. 69.60
Lapiceros	36	Unidad	S/. 1.00	S/. 36.0
Tablero de Apoyo	36	Unidad	S/.5.0	S/. 180.0
Materiales para el día de la seguridad del paciente	60	Unidad	S/. 5.0	S/. 300.9
TOTAL				**S/. 1494,7**

6.6. FINANCIAMIENTO

- Fuente de financiamiento: recursos ordinarios.
- Categoría Presupuestal: 9002, asignaciones presupuestarlas que no resultan en productos.
- Actividad Presupuestal: 5000003: Gestión Administrativa.
- Genérica de Gasto: 0053565 Gestión de la Calidad

6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

Declaración de Objetivos	Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Meta programada				Fuente de Información	Responsable
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.									
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2024.	Porcentaje de actividades realizadas	(N° de Actividades ejecutadas/N° de Actividades programadas) x100	Informe				>90%	Plan de Rondas de Seguridad	Responsable de Seguridad del Paciente
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Porcentaje de rondas de seguridad del paciente aplicadas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas/N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas) x100	Informe	>90%	>90%	>90%	>90%	Hoja de resultados de evaluación	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

	Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Verificadores conformes /N° Verificadores evaluados) x100	Informe	>70%	>70%	>70%	>70%	Ficha de evaluación	Jefes/coordinadores/responsables de la UPSS visitadas Personal asistencial
	Porcentaje de acciones de mejora implementadas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Acciones de Mejora Implementadas/N° de Acciones de Mejora Propuestas) x100	Informe	>50%	>50%	>50%	>50%	Ficha de monitoreo	Jefes/coordinadores/responsables de la UPSS visitadas Personal asistencial
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Porcentaje de informes realizados	(N° de informes realizados/N° de informes programados) x100	Informe	>90%	>90%	>90%	>90%	Informes realizados	Responsable de Seguridad del Paciente

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

VII. RESPONSABILIDADES

- **Nivel Nacional:** No Aplica
- **Nivel Regional:** No Aplica
- **Nivel local:**
  - **Dirección Ejecutiva.**
    - Supervisar el cumplimiento del plan anual de rondas de seguridad del paciente.
    - Liderar la ejecución de rondas de seguridad del paciente.

  - **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.**
    - Ejecutar las rondas de seguridad del paciente.
    - Participar en la elaboración del plan de acción ante los verificadores inseguros identificados en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
    - Evaluar la implementación de las acciones correctivas emitidas en las rondas de seguridad del paciente.
    - Elaborar el informe de los hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad y el monitoreo correspondiente.
  - **Responsable de Seguridad del Paciente.**
    - Elaborar el Plan de rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital General de Jaén.
    - Elaborar los informes trimestrales, semestrales y anual, según corresponda.
    - Brindar asesoría técnica a los servicios, según lo requieran.
  - **Jefes de Departamento, Coordinadores y/o responsables de servicios.**
    - Cumplir con lo establecido en el plan de rondas de seguridad del paciente.
    - Gestionar los requerimientos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas, a fin de mejorar los servicios.
    - Participar de la realización de **las** rondas de seguridad.
    - Participar en la elaboración del plan de acción.
    - Participar en el momento de acciones correctivas.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Equipo de rondas de seguridad del paciente 2024.
- Anexo N° 02: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente 2024-
- Anexo N° 03: Fichas de evaluación.
- Anexo N° 04: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final.
- Anexo N° 05: Metodología de ejecución de ronda de seguridad del paciente.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 01: Equipo de rondas de seguridad del paciente 2024

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

EXPEDIENTE N° 001047-2024-001002

Jaen, 23 de enero de 2024

RESOLUCION DIRECTORAL N° D21-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

FIRMA DIGITAL CAJAMARCA
Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23/01/2024 08:50 a. m.

implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

La Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA de fecha 02 de abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN; cuya finalidad es contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS pública, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, en el numeral 5.1.12 del artículo 5° de la referida Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, respecto a la Ronda de Seguridad del Paciente, señala que: *"Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y persona de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva"*;

La Conformación del Comité y Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente – Año 2024, tiene como finalidad el de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención en salud;

Por las consideraciones expuestas, contando con vistos correspondientes y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén; facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR el **"Comité y Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente – Año 2024"** del Hospital General de Jaén.

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, AÑO 2024

UNIDAD ORGÁNICA/DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	CARGO NOMBRES	NOMBRE Y APELLIDOS
Dirección ejecutiva	Líder	M.C. Diana Mercedes Bolivar Joo
Unidad de Gestión de la Calidad	Secretario Técnico	M.C. Segundo Mauricio Verona Balcázar
Oficina de Administración	Miembro	Ing. Francisco Manuel Palomares Murga
Unidad de Gestión y Desarrollo de Personal	Miembro	Abog. Melissa Deyanira Pariamachi Gallardo
Departamento de Enfermería	Miembro	Lic. Enf. Sandra del Rocio Mija Burga
Departamento de Apoyo al Diagnóstico	Miembro	Lic. Nut. Cheine Berenis Vásquez Pinedo
Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Psc. Meylin Arnao Guerrero
Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Ing. Ennid Córdova Briones
Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Lic. Adm. José Euler Oblitas Díaz
Unidad de Inteligencia Sanitaria	Miembro	Lic. Franz Jhon Garrido Asenjo
Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Q.F. Edgardo Rodríguez Chávez
Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Q.F Crisanto Rubio Cruzado
Departamento de Apoyo al diagnostico	Miembro	Lic. Tec. Med. Dennis Eduardo Pastor Portales
Departamento de Enfermería	Miembro	Lic. Enf. Jackeline Isabel Tarrillo Fernández
Departamento de Enfermería	Miembro	Lic. Holly Inés Hernández Domador
Departamento de Gíneco Obstetricia	Miembro	Obsta. Roberto Carlos Martí Rodríguez
Departamento de Gíneco Obstetricia	Miembro	Obsta. Mariel del Milagro Rodríguez Bernales

Anexo N° 02: Cronograma Anual de rondas de seguridad del paciente 2024

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAÉN
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
" "Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024

IPRESS: HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
TITULAR DE LA IPRESS: M.C. DIANA MERCEDES BOLÍVAR JOO

Capacitación Inicial: 11/01/2024 Hora: 15:00pm – Auditorio Principal 3er piso

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	31/01/2024	09.00 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	06/02/2024	09.00 am
RONDA 02	20/02/2024	09.00 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	05/03/2024	09.00 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	02/04/2024	09.00 am
RONDA 02	16/04/2024	09.00 am

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	07/05/2024	09.00 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	04/06/2024	09.00 am
RONDA 02	18/06/2024	09.00 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	09/07/2024	09.00 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	06/08/2024	09.00 am
RONDA 02	20/08/2024	10.00 am

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	03/09/2024	09.00 am
RONDA 02	17/09/2024	09.00 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	01/10/2024	09.00 am

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	05/11/2024	09.00 am
RONDA 02	19/11/2024	09.00 am

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 01	03/12/2024	09.00 am

FIRMA DIGITAL CAJAMARCA
Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Director
Motivo: Firmo en señal de conformidad
Fecha: 18/01/2024 04:03 p. m.

...de la IPRESS

FIRMA DIGITAL CAJAMARCA
Firmado digitalmente por VERONA BALCAZAR Segundo Mauricio FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - UGC - Jefe
Motivo: Firmo en señal de conformidad
Fecha: 17/01/2024 12:17 p. m.

Responsable de Gestión de La Calidad

FIRMA DIGITAL CAJAMARCA
Firmado digitalmente por VERONA BALCAZAR Segundo Mauricio FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - UIS - Jefe (e)
Motivo: Firmo en señal de conformidad
Fecha: 17/01/2024 12:18 p. m.

Responsable de Epidemiología

FIRMA DIGITAL CAJAMARCA
Firmado digitalmente por MUA BURGA Sandra Del Rocio FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DENF - Jefa
Motivo: Firmo en señal de conformidad
Fecha: 18/01/2024 08:24 a. m.

Departamento de Enfermería

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 03: Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN								
UPPS								
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**				**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
					SI	**NO**	**NO APLICA**	
I. A REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	1	Registro de la fecha y hora de atención en la historia clínica y/o registros médicos.						
	2	Registro completo de la filiación del paciente: datos del EESS, Nº de HCL, nombre y apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, procedencia, teléfono, DNI, seguros, estado civil, instrucción, ocupación, religión, acompañante o responsable de ser el caso.						
	3	Registro de la enfermedad actual.						
	4	Registro de los antecedentes del paciente.						
	5	Registro de las funciones biológicas: apetito, sed, sueño, deposiciones, estado de ánimo.						
	6	Registro completo de examen físico general y regional de corresponder.						
	7	Registro de los diagnósticos con codificaciones CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).						
	8	Registro de evolución del paciente: fecha y hora de atención, apreciación subjetiva, apreciación objetiva, tratamiento, dieta, interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.						
	9	Registro actualizado del plan de trabajo: exámenes de ayuda diagnóstico, procedimiento médico-quirúrgicos e interconsultas.						
	10	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).						
	11	Registro y gráfico actualizado de las funciones vitales.						
	12	Registro de la hoja de balance hidro-electrolítico actualizado.						

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN BUENA PRÁCTICA: I. A REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA			
	VERIFICADOR	**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR**	**NORMATIVIDAD/REFERENCIA**
1	Registro de la fecha y hora de atención en la historia clínica y/o registros médicos.	Revisión de historias clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA
2	Registro completo de la filiación del paciente: datos del EESS, Nº de HCL, nombre y apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, procedencia, teléfono, DNI, seguros, estado civil, instrucción, ocupación, religión, acompañante o responsable de ser el caso.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
3	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
4	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
5	Registro de las funciones biológicas: apetito, sed, sueño, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
6	Registro completo de examen físico general y regional de corresponder.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
7	Registro de los diagnósticos con codificaciones CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
8	Registro de evolución del paciente: fecha y hora de atención, apreciación subjetiva, apreciación objetiva, tratamiento, dieta, interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
9	Registro actualizado del plan de trabajo: exámenes de ayuda diagnóstico, procedimiento médico-quirúrgicos e interconsultas.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
10	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
11	Registro y gráfico actualizado de las funciones vitales.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
12	Registro de la hoja de balance hidro-electrolítico actualizado.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN							
UPPS							
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN							

BUENAS PRÁCTICAS		**VERIFICADOR**	**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
			SI	**NO**	**NO APLICA**	
I. B REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	1	Registro e inclusión en la historia clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.				
	2	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.				
	3	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.				
	4	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica.				
	5	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la historia clínica o en algún medio de registro evidenciable.				
	6	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.				
	7	Registro de la fecha y hora de alta del paciente.				
	8	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.				
	9	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.				
	10	Registro de la contrarreferencia del paciente.				
	11	La letra de la historia clínica es legible.				
	12	Historia clínica ordenada y limpia.				

ACCIONES CORRECTIVAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO**
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: I. B REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	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	RM N° 502-2016/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V 02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
2	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
3	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	
4	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA
5	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la historia clínica o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar, Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos.	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica-MSPS.España /D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6	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	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA
7	Registro de la fecha y hora de alta del paciente.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
8	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
9	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	
10	Registro de la contrarreferencia del paciente.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	
11	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	
12	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 historias clínicas tomadas al azar	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN							
UPPS							
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN							

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
II. A SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	1	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.				
	2	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.				
	3	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan durante el turno.				
	4	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicaciones del médico tratante.				
	5	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.				
	6	Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.				
	7	Personal en formación (internos, residentes, especialidades u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.				
	8	Personal conoce del sistema de registro y notificaciones de incidentes y eventos adversos.				
	9	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.				
	10	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.				
	11	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: II. A SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N°302-2015/MINSA aprueba 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. RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Normas Interna de la IPRESS.
2	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	
3	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	
4	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicaciones del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 historias clínicas tomadas al azar.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050- MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050- MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6	Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.	
7	Personal en formación (internos, residentes, especialidades u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N°30453 Ley de Sistema Nacional de Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades).
8	Personal conoce del sistema de registro y notificaciones de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N°727-2009/MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050- MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
9	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la historia clínica.	
10	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	
11	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D.S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN						
UPPS						
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**		
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN						

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
II. B SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	1	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.				
	2	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.				
	3	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.				
	4	El consultorio obstétrico / emergencia obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.				
	5	En centro obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta				
	6	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con doppler fetal portátil operativo.				
	7	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con monitoreo fetal cardiotocógrafo operativo.				
	8	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con ecógrafo operativo.				
	9	El centro obstétrico se evidencia que la atención del parto se realice en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).				
	10	El centro obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HV-1 y HV-2.				
	11	El centro obstétrico se evidencia el último informe remitido a la dirección sobre el proceso de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del equipo conductor y/o comité de seguridad de paciente.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: II. B SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
2	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf
3	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	
4	El consultorio obstétrico / emergencia obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	RM N° 853-2012-MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
5	En centro obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta	Observar el uso del partograma.	RM N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.
6	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de doppler fetal portátil y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
7	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con monitoreo fetal cardiotocógrafo operativo.	Verificar la existencia del monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.	
8	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de ecógrafo y su uso.	
9	El centro obstétrico se evidencia que la atención del parto se realice en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de equipos de protección personal en centro obstétrico.	RM N° 1472-2002-Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. RM 523-2007/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1669.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf
10	El centro obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HV-1 y HV-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.	RM N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. RM N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis RM N° 1138-2019-MINSA NTS N° 108-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B".
11	El centro obstétrico se evidencia el último informe remitido a la dirección sobre el proceso de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del equipo conductor y/o comité de seguridad de paciente.	Verificar la existencia del Informe (último informe semestral).	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN							
UPPS							
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN							

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
II. C SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	1	En centro quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso de implantación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente.				
	2	En centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) coordinador de la lista de verificación de seguridad de la cirugía correspondiente al turno quirúrgico.				
	3	En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.				
	4	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.				
	5	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.				
	6	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.				
	7	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Maquina de Anestesia operativo.				
	8	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).				
	9	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.				
	10	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con cialítica portátil con batería operativa.				
	11	El centro quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.				
	12	En centro quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: II. C SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	En centro quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso de implantación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente.	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre).	RM N°1021-2012/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
2	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.	
3	En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al coordinador y observar la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	
4	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.	
5	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.	
6	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
7	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Maquina de Anestesia operativo.	Verificar la existencia de Unidad / Maquina de Anestesia y su uso.	
8	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.	
9	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.	
10	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con cialítica portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de cialítica portátil y su uso.	
11	El 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° 486-2005-MINSA que aprueba NT N°030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 022-2011/MINSA aprueba NTS N°089-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica.
12	En centro quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la historia clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
III. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	1	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. Datos mínimos a ser verificados: Nombres y apellidos, Nº de historia clínica, DNI.				
	2	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente y número de cama.				
	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.				
	5	Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.				
	6	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.				
	7	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.				
	8	Paciente informado al que se le han aclarados sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el consentimiento respectivo.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: III IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. Datos mínimos a ser verificados: Nombres y apellidos, Nº de historia clínica, DNI.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: nombres y apellidos, DNI, N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafely/PatientSolucionsSPANISH.pdf
2	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente y número de cama.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y numero de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
3	Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la historia clínica: nombres y apellidos, DNI, N° de historia clínica.	
4	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	
5	Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	
6	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	
7	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.
8	Paciente informado al que se le han aclarados sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el 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.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		**VERIFICADOR**	**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
			SI	**NO**	**NO APLICA**	
IV. PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	1	Pacientes 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 riesgos inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.				
	5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de superación oportunas.				
	6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.				

ACCIONES CORRECTIVAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO**
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: IV PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Pacientes 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 (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe de Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la Seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. https://alansaludmental.com/gesti%/Ce%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgos-en-sm/protocolos-fuga/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
2	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencia de pacientes y visitas.	
3	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	
4	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgos 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.	
5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de superación oportunas.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.	
6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN							
UPPS							
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN							
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**			**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
				SI	**NO**	**NO APLICA**	
V. SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	1	Paciente conoce que medicamentos recibe y que hora corresponde que se lo administren.					
	2	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.					
	3	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.					
	4	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.					
	5	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de 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 unitaria.					
	8	Medicamentos e insumos médicos cuentan con su mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad.					
	9	Existencia de un registro de medicamentos controlados.					
	10	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.					

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: V. SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Paciente conoce que medicamentos recibe y que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la historia clínica.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N°552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud" Normas internas en la IPRESS.
2	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.	
3	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del coche de paro en el servicio y su contenido según lo descrito en el anexo n°01.	
4	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.	Verificar que todas las soluciones endovenosas estén rotuladas.	
5	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.	
6	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.	
7	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la historia clínica.	
8	Medicamentos e insumos médicos cuentan con su 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.	
9	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.	
10	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con historia clínica) y hora de administración correcta (contrastar con historia clínica y kardex de enfermería).	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN								
UPPS								
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**				**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
					SI	**NO**	**NO APLICA**	
VI. PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.						
	2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos.						
	3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.						
	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 os baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios postulares periódicos, etc.						
	6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.						
	7	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de 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 muestra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.						
	10	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.						
	11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.						

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VI. PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsal.cl/portal/url/item/cede9e8208889580e040010165012d42.pdf https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/PREVENCION%20Y%20REDUCCION%20CAIDAS.pdf
2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.	
3	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.	
4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.	
5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios postulares periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	
6	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.	
7	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	
8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.	
9	Si el paciente se muestra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.	
10	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no esté afectadas las vías aéreas.	
11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la historia clínica, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN								
UPPS								
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**				**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
					SI	**NO**	**NO APLICA**	
VII. SEGURIDAD SEXUAL	1	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.						
	2	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.						
	3	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.						
	4	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.						
	5	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.						
	6	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resulten oportunas.						

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VII. SEGURIDAD SEXUAL

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	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 al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf 2° Informe de Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msal.gob.ar/imágenes/stories/be/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria – Instituto Universitario Avedis Donabedian https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta:Suicida_Avaliat_compl.pdf
2	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.	
3	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.	
4	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	
5	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 historias clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	
6	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 flujo de información respectivo.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN								
UPPS								
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**			**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**	
				SI	**NO**	**NO APLICA**		
VIII. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	1	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión a todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.						
	2	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.						
	3	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.						
	4	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.						
	5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.						
	6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y su familia.						
	7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.						
	8	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.						
	9	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.						

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VIII. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión a 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). http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_Upp.pdf http://www.sld.cu/43alerías/pdf/sitios/fericuba/guía30.pdf RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Normas Internas de la IPRESS.
2	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.	
3	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 revaloración.	
4	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.	
5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	
6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y su familia.	Verificar informes al respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	
7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	
8	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.	
9	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.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORADE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
IX. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	1	Identificación del riesgo del suicidio: Antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.				
	2	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).				
	3	Ubicar al paciente en el servicio/ unidad más adecuada a sus necesidades y en función al riesgo detectado.				
	4	Los pacientes y familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.				
	5	El botiquín/ almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.				
	6	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.				
	7	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.				
	8	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 las salidas y de visitas.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: IX. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Identificación del riesgo del suicidio: Antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.minsa.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf 2°Informe de Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msal.gob.ar/imagenes/stories/be/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria – Instituto Universitario Avedis Donabedian https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta:Suicida_Avaliat_compl.pdf
2	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.	
3	Ubicar al paciente en el servicio/ unidad más adecuada a sus necesidades y en función al riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.	
4	Los pacientes y 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 familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	
5	El botiquín/ almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentre seguros.	
6	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 que el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.	
7	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 registro.	
8	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 las salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
X. COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	La UPPS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención al paciente y/o familiares y el proceso para obtener atención.				
	2	Los pacientes y las familias reciben la información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.				
	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.				
	4	Se evidencian comunicaciones reciprocas 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, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.				
	6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre profesionales encargado 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.				
	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 recientes.				
	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.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: X. COMUNICACIÓN EFECTIVA

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	La UPPS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención al paciente 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.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" – OMS/ Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente – OMS 2004. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafely/PatientSolucionsSPANISH.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf
2	Los pacientes y las familias reciben la 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.	
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.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	
4	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.	
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, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.	
6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre profesionales encargado 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 documentadamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes.	
7	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.	
8	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más recientes.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.	
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.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su historia clínica.	
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.	Verificar el contenido de la información del paciente traslado o transferido de otro servicio.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN								
UPPS								
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN								
BUENAS PRÁCTICAS	**VERIFICADOR**			**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**	
				SI	**NO**	**NO APLICA**		
XI. HIGIENE DE MANOS	1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos						
	2	Disponibilidad de lavamanos con suministros de agua y jabón.						
	3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.						
	4	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10						
	5	Cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo**).**						
	6	Cumplimientos de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo**).**						
	7	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos**.**						
	8	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.						

ACCIONES CORRECTIVAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO**
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: XI. HIGIENE DE MANOS

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N° 255-2016/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
2	Disponibilidad de lavamanos con suministros de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	
3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	
4	Cumplimiento de la ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar la ratio mínimo recomendado.	
5	Cumplimiento de los 8 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.	
6	Cumplimientos 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.	
7	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de 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, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	
8	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
			SI	NO	NO APLICA	
XII. BIOSEGURIDAD	1	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las 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 paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en la 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 señalizadas las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.				
	8	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.				

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: XII. BIOSEGURIDAD

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N°1295-20187MINSA aprueba NTS N°144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
2	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	
3	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de medidas de bioseguridad y protección personal.	
4	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	
5	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en la evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	RM N°168-2015/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
6	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.	RM N°660-1014/MINSA aprueba la NTS N°110-MINSA/DGIEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N° 020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
7	Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.	Observar señalización de corresponder.	
8	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.	Observar transito del personal en zonas señalizadas.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS					
FECHA		**HORA DE INICIO**		**HORA DE TÉRMINO**	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					

BUENAS PRÁCTICAS		**VERIFICADOR**	**CUMPLE**			**OBSERVACIONES**
			SI	**NO**	**NO APLICA**	
XIII. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.				
	2	Equipos de biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.				
	3	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.				
	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 nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.				

ACCIONES CORRECTIVAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO**
1.		
2.		
3.		

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN BUENA PRÁCTICA: XIII. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS			
	VERIFICADOR	**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR**	**NORMATIVIDAD/REFERENCIA**
1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
2	Equipos de biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	
3	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de salud elegidos al azar.	
4	Verificación de que la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	DS N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.	

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 04: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final

BUENA PRÁCTICA		% CUMPLIMIENTO
I	Registro en la historia clínica	
II	Seguridad del paciente en la UPSS	
III	Identificación correcta del paciente	
IV	Prevención de la fuga de pacientes	
V	Seguridad en la medicación	
VI	Prevención de la caída de pacientes y contención mecánica	
VII	Seguridad sexual	
VIII	Prevención y reducción del riesgo de las úlceras por presión	
IX	Prevención del suicidio y lesiones	
X	Comunicación efectiva	
XI	Higiene de manos	
XII	Bioseguridad	
XIII	Funcionamiento y manejo de equipos	
	PROMEDIO	

PONDERACIÓN FINAL	CONDICIÓN	ESTRATEGIA A EMPLEAR
Mayor o igual a 91%	UPPS ha institucionalizado buenas prácticas de atención y seguridad	DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD
Entre 70% y < 90%	UPPS promueve buenas prácticas de atención y seguridad	DE CRECIMIENTO Y MANTENIMIENTO
Menor de 70%	UPPS no promueve buenas prácticas de atención y seguridad	DE CONTINGENCIA Y EMERGENCIA

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Anexo N° 05: Metodología de ejecución de ronda de seguridad del paciente

A. ACTIVIDADES PREVIAS A LA EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- El líder del equipo o quien delegue, convoca al equipo para dar inicio a la ronda de seguridad del paciente, según cronograma aprobado.
- El servicio/UPSS a ser visitado se elige mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los integrantes del equipo de rondas.
- El líder del equipo de rondas convoca al jefe, coordinador o responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas.
- El secretario técnico, determina el listado final de los criterios que se evalúan en la UPSS a visitar.
- Las rondas de seguridad del paciente se realizarán preferentemente en un horario diferente a la visita médica, y debe tener como máximo una duración de dos horas.

B. ACTIVIDADES DURANTE LA REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- La metodología utilizada para la evaluación de las buenas prácticas será: observación directa, revisión documentaria, entrevista a trabajadores de salud, pacientes y familiares.
- La actividad debe estar centradas a identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el listado de criterios de evaluación contemplados en la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, teniendo en todo momento un carácter educativo y constructivo.
- Al finalizar la ronda de seguridad del paciente, el secretario técnico ingresa los datos recogidos en la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente y presenta la hoja de resultados de evaluación a los miembros del equipo que participaron de la ronda para dar señal de conformidad, sellar y firmar.
- El equipo de rondas de seguridad del paciente realiza la valoración de los riesgos identificados completando la matriz y priorizando los riesgos.
- El equipo de rondas de seguridad en conjunto con el responsable de la UPSS visitada, para cada verificador inseguro identificado propone acciones correctivas designado al responsable y plazo para su cumplimiento.
- El secretario técnico elige un miembro del Equipo de Rondas que se encargará de liderar el monitoreo de la ronda.
- El secretario técnico, elabora y subscribe el informe de la ronda de seguridad del paciente, el cual debe contar con: la hoja de resultados de evaluación y el plan de acción firmado y sellado por el responsable o representante de la UPSS visitada. El informe es dirigido a la Dirección Ejecutiva con copia al jefe del Departamento de la UPSS visitada.

C. ACTIVIDADES POST RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- El jefe del Departamento de la UPSS visitada, será el encargado de elaborar el memorándum/informe/solicitud u otro dirigido a los responsables de las acciones correctivas para informarles las actividades que deben dar cumplimiento.
- Los jefes/responsables de las unidades orgánicas, departamentos y servicios asistenciales realizan las acciones pertinentes para subsanar las no conformidades encontradas en la ronda inicial.
- En la fecha determinada el Equipo de rondas de seguridad realiza el monitoreo para verificar la implementación de las acciones correctivas.
- El secretario técnico, elabora y subscribe el informe del monitoreo de la ronda de seguridad del paciente adjuntando la matriz de monitoreo de implementación. El informe es dirigido a la Dirección Ejecutiva con copia al jefe del Departamento de la UPSS visitada.
- En caso de identificar alguna UPSS donde pese a la implementación de acciones correctivas no se haya logrado promover o mejorar las buenas prácticas de atención en salud, cualquier miembro del Equipo de Rondas puede proponer la realización de una visita adicional de seguimiento o una visita de verificación de sostenibilidad de las buenas prácticas.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. 2022. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050.
  Disponible en:
  https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3456284/PERU%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20Desarrollo%20Nacional%20al%202050%20-%20versi%C3%B3n%20sin%20diagramar.pdf

- Ministerio de Salud. 2022. Directiva Sanitaria N° 326-MINSA/OGPPM-2022. Directiva administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud.
  Disponible en:
  https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2845752/Directiva%20Administrativa%20N%C2%B0%20326-MINSA/OGPPM-2022.pdf

- Ministerio de Salud. 2020. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
  Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf

- Ministerio de Salud. 2020. Directiva Sanitaria N° 092-2020/MINSA/DGAIN. Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en Salud.
  Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf

- Ministerio de Salud. 2018. Norma Técnica de Salud de Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
  Disponible en:
  https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/234853/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__1295-2018-MINSA.PDF?v=1544722781

- Ministerio de Salud. 2018. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
  Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf

- Ministerio de Salud. 2016. Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
  Disponible en:
  https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342582/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_para_la_implementaci%C3%B3n_del_proceso_de_higiene_de_manos_en_los_establecimientos_de_salud_20190716-19467-1dr2q2g.pdf?v=1563314538

- Ministerio de Salud. 2010. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
  Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf

- Ministerio de Salud. 2009. Política Nacional de Calidad en Salud.
  Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf

- Organización Mundial de la Salud. 2006. 59ª Asamblea Mundial de la Salud – Seguridad del Paciente.
  Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf