MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"

Nº 139 -2020-SA-DG-HNSEB

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 09 SEP 2020

Vistos: El Expediente N° 07300-2020, con la Nota Informativa N°035-OGC-HNSEB-2020 de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°015-ETORG-OEPE-2020-HSEB y la Nota Informativa N°061-2020-OEPE-HNSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remiten la modificación al "Plan de Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2020, del Hospital Nacional Sergio E. Bernales";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº26842- Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 15° de la Ley señalada precedentemente, establece los derechos de toda persona el acceso a los servicios de salud, para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa, así con en su Artículo 37° , establece que, *"Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;*

Que, mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN – Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud"; documento técnico que tiene por finalidad, contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarios de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, con la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA de fecha 28.OCT.2016, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que mediante Resolución Directoral N° 052-2020-SA-DG-HNSEB de fecha 09.MAR.2020, el Hospital aprobó el documento denominado "Plan de Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2020, del Hospital Nacional Sergio E. Bernales";

Que, mediante Vistos, con la Nota Informativa N°035-OGC-HNSEB-2020 de fecha 03.AGOS.2020, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha formulado y solicita por la vía de modificación la aprobación del "Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales";

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

V°B°

V°B° J. ZUÑIGA B

Que, mediante el Informe N°015-ETORG-OEPE-2020-HSEB y la Nota Informativa N°061-2020-OEPE-HNSEB del Equipo de Trabajo de Organización y de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emiten opinión técnica favorable, y señalan que el Plan de Rondas, cumplen con la normatividad vigente y tiene la finalidad de contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención;

Que, el "Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales", tiene como finalidad contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en los diferentes servicios asistenciales que brinda el Hospital; resultando necesario expedir el acto resolutivo correspondiente; y,

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales"; Aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificando por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Artículo 1°.- **APROBAR** el "Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- **Encargar** a la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, la responsabilidad de difusión, monitoreo y evaluación del Plan aprobado en el Artículo precedente.

Artículo 3°.- **Encargar** al Comité conformado por Resolución Directoral N° 030-2020-SA-DG-HNSEB de fecha 11.FEB.2020, el cumplimiento del citado Plan aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 4°.- **Déjese** sin efecto la Resolución Directoral N° 052-2020-SA-DG-HNSEB de fecha 09.MAR.2020 y toda disposición interna que se oponga a la presente Resolución.

Artículo 5°.- **Disponer** a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente resolución y el anexo integrante de la misma, en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA - V°B°
J. ZUÑIGA B

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mag. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19373

JASR/MRR/EFVC/JZB/

DISTRIBUCIÓN:
- OEA
- OEPE
- OAJ
- OGC
- OC
- Dptos. Y Serv.

Archivo

PLAN DE RONDAS Y GESTION DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

AÑO 2020

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

DIRECTOR GENERAL:

Dr. Julio Antonio Silva Ramos

DIRECTOR ADJUNTO:

Dr. Juan Nina Cáceres

JEFA DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD:

Jenny Mayne Espada Camones

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE CALIDAD:

Bach. Enf. **Verónica Carbajal Gómez**

Secretaria: **Marisol Melgar Galiano.**

Elaborado por :	Revisado por :	Revisado por:	Aprobado por :
Oficina de Gestión de Calidad	**Oficina de planeamiento Estratégico**	**Oficina de Asesoría Legal**	**Dirección General**

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INDICE

INTRODUCCION.....4

I. FINALIDAD.....6

II. OBJETIVOS.....6

III. BASE LEGAL.....7

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....8

V. DEFINICIONES OPERATIVAS.....8

VI. DIPOSICIONES ESPECIFICAS.....10

VII. RESPONSABILIDADES.....15

VIII. DISPOSICIONES FINALES.....15

IX. ANEXOS.....16

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INTRODUCCION

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

La OMS en el 2004 lanzo la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes e le mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables. La OMS también promueve y difunde múltiples herramientas disponibles para mejorar la cultura de seguridad, entre ellas las Rondas de Seguridad.

Las rondas de Seguridad (RS), son prácticas recomendadas para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados al cuidado de los pacientes.

Consiste en visitas planificadas y periódicas del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una relación directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

En el Perú se viene fomentando desde el Ministerio de Salud la adopción de estrategias cuyo objetivo principal es potenciar la implicación de los Directivos así como identificar oportunidades de mejora y promover un cambio cultural. La utilidad de las Rondas de Seguridad (RS), ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta permite detectar sucesos adversos y prácticas poco seguras, mejorando las actitudes del personal de salud hacia cuestiones relacionadas con la Seguridad del Paciente.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, establecimiento de categoría III-1 para la atención especializada de las prestaciones de salud a la población usuaria de los servicios se vienen llevando a cabo estas rondas desde el año 2008, cobrando importancia y responsabilidad entre los actores involucrados a partir del año 2015 hasta la actualidad, lo que ha permitido priorizar acciones de mejora de la calidad en favor de la seguridad de los pacientes.

El Plan que se presenta, ha sido elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, comprometido a fortalecer y mejorar la seguridad de la atención en salud y la gestión de riesgos que brinda a sus pacientes y es a través de la oficina de gestión de la Calidad, dentro del componente de garantía y mejoramiento para la calidad del sistema de gestión de la calidad, que ha implementado la realización de las rondas por la seguridad del paciente.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud y la disminución de riesgos en los diferentes servicios asistenciales que brinda el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer las disposiciones para la implementación de Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud y fortalecer la cultura de Seguridad en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el hospital Nacional Sergio E. Bernales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fortalecer competencias e Buenas Practicas de Atención y Gestión del Riesgo del Paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos.
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad).
- Observar e identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los diferentes servicios del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Educar in situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente.
- Comprometer a los responsables del área a levantar las observaciones encontradas a través de acciones y/o proyectos de mejora.
- Realizar escucha activa en los pacientes y sus familiares en relación a su seguridad.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

III. BASE LEGAL

1. Ley N°26842, Ley General de Salud

2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud

3. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

4. Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"

5. Resolución Ministerial Nº 676-2006/MINSA que aprueba El Documento Técnico "Plan nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.

6. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

7. Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/ v.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

8. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N0009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de gestión de Servicios de Salud.

9. RM Nº 308-2010-MINSA, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

10. Resolución Ministerial N° 163-2020MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"

11. Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba la NTS n° 163.minsa/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

12. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas y Gestión del Riesgo Para la Seguridad del Paciente es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comité de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente y Oficina de Gestión de la Calidad.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
2. **Apreciación del Riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
3. **Acción Insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
4. **Cultura de Seguridad:** es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
5. **Evento Adverso:** Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
6. **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través de uso de mejores prácticas que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
7. **Evento Centinela**: Es un tipo de evento adverso que produce una muerte ó un daño físico ó psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

8. **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.
9. **Barrera de Seguridad**: .-Son restricciones administrativas ó técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
10. **Complicación.-** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de la enfermedad.
11. **Evento con Daño:** Son de tres tipos:

- **Leve**: cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
- **Moderado**: Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.
- **Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica

12. **Efecto Adverso**: Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente directamente asociado a la atención de salud.
13. **Error de Medicación**: Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
14. **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS):** Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) es uno de los principales indicadores de la calidad de la atención que se brinda en los establecimientos de salud.
15. **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 es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.
16. **Incidente**: Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias ó que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

17. **Evento Centinela**: Es un tipo de evento adverso que produce una muerte ó un daño físico ó psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
18. **Gestión del riesgo**.- se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
19. **Rondas de seguridad**.- Es una herramienta de calidad 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 de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud y no punitiva.
20. **Riesgo**.- Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

6.1 De la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

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

El Comité de Rondas de Seguridad del Paciente debe estar conformado de la siguiente manera:

Dr. Julio Antonio Silva Ramos	Director General
Ing. Eduardo Cerro Olivares	Director Administrativo
Lic. Jenny Espada Camones	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Dr. Julio Manuel Ruiz Olano	Jefe de la Oficina de Epidemiologia
Lic. Zena Villaorduña Martínez	Jefe del Departamento de Enfermería

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Jefes de Departamentos del Hospital Sergio E. Bernales

Dr. Alejandro Pérez Valle	Jefe del Departamento de Pediatría
Dr. Oscar Otoya Petit	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
Dr. Orlando Herrera Alania	Jefe del Departamento de Medicina
Dr. Jorge Colina Casas	Jefe del Departamento de Cirugía
Dra. Judith Danz Luque	Jefe del Departamento de Emergencia
Dr. Roberto Jáuregui Santa Cruz	Jefe del Departamento de Consultorios Externos
QF. Jessica Karina García Yacila	Jefe del Departamento de Farmacia

Secretario Técnico: Equipo Técnico de la Oficina de la Gestion de la Calidad

6.2 De las Funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

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

a) El secretario técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual debe ser aprobado con su respectiva resolución directoral, ahí deberá indicar la fecha, hora y día en que se aplicara la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar el departamento o servicio a visitar.

b) El Líder del equipo debe convocar a los miembros del Equipo, según el Cronograma aprobado.

c) El Secretario Técnico del equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.

d) Todos los miembros del equipo firman la hoja de Resultados de Evaluación obtenida en cada Ronda de Seguridad Del Paciente aplicada.

e) El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y elevarlo a la Dirección General.

f) El secretario Técnico, comunica a los responsables de las Jefaturas de Departamentos involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos por el plan de acción.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.3 De la organización, Aplicación y Acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente

6.3.1 Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente

a) El Líder del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente según el cronograma aprobado.
b) El Departamento o Servicio a ser visitado se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación ante la presencia de todos los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
c) El líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la Jefatura del Departamento seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al equipo de Rondas.
d) El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran en el Departamento o Servicio a evaluar.

6.3.2 Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente

a) Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndosele aplicar de forma quincenal, según lo defina el Líder del Equipo de Rondas en el cronograma anual.
b) Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
c) La duración de la Roda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
d) La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
e) Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente.
f) Al finalizar la Ronda de Seguridad del Paciente el Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) a todos los miembros del equipo de Rondas

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.

g) El Secretario Técnico, elabora y suscribe el informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El informe es dirigido a la Dirección General.

6.3.3 Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad Del Paciente – Gestión del Riesgo

a) El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realiza la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos (Anexo 4).

b) El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realiza la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, (Anexo 5).

c) El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convocan al Jefe del Departamento visitado, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado. (Anexo 6)

d) El Secretario Técnico, informa a la Dirección General el Plan de Acción a ser implementado.

e) El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo. (anexo 7)

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

6.4 Difusión e Implementación de la presente Plan en el Hospital Sergio E. Bernales

a) El Director General según corresponda, debe difundir en medio físico y digital el presente plan a todas las Jefaturas de Departamentos y áreas administrativas de la institución.

6.5 Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente en la IPRESS.

El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad. Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.

La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, y se hace mediante indicadores establecidos en el presente plan.

a) Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
b) Porcentaje de Cumplimiento de buenas prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
c) Porcentaje de acciones implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en el HNSEB	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100	Cronograma de Rondas. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de Cumplimiento de Buenas Practicas	N° de Verificadores conformes / N° de Verificadores evaluados x 100	Listado de Criterios de Evaluación. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad	Trimestral

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

en el HNSEB		Paciente aplicadas	
% de acciones de mejora implementadas en el HNSEB	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x100	Plan de Acción Informe de Implementación de acciones de mejora Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 El Comité de Rondas de Seguridad del Paciente se encargara de la implementación del presente Plan.

7.2 La Oficina de Calidad es la responsable de la asesoría técnica en la ejecución del presente Plan.

7.3 La Dirección General, Jefes de departamentos y servicios son responsables de la aplicación del presente Plan, así como de las recomendaciones o compromisos asumidos en las Rondas de Seguridad.

7.4 El monitoreo del cumplimiento de los compromisos estará a cargo del Comité de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente, el cual se organizara para este fin.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Una vez aprobado el presente Plan es de cumplimiento La Dirección General, Jefes de departamentos y servicios son responsables de la aplicación del presente Plan, así como de las recomendaciones o compromisos asumidos en las Rondas de Seguridad.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

IX. ANEXOS:

ANEXO N°1

CRONOGRAMA DE RONDAS Y GESTION DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2020

N° DE RONDA	DIA	HORA	SERVICIO DESIGNADO
1	22/09/2020	12:00am	Por sorteo o designación del comité
2	29/09/2020	12:00am	Por sorteo o designación del comité
3	13/10/2020	12:00am	Por sorteo o designación del comité
4	27/10/2020	12:00am	Por sorteo o designación del comité

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

APLICATIVO – HNSEB- DIRIS LIMA NORTE

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

FICHA DE EVALUACION

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
IPRESS:	7634

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SELECCIONADO:

NOMBRE DEL ESTABLECMIENTO DE SALUD	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
MICRORED DE SALUD	NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED
RED DE SALUD	NO PERTENECE A NINGUNA RED
DIRESA/GERESA/DIRIS	LIMA NORTE

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO N° 2

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DEL RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

FICHA DE EVALUACION

ORGANO DESCONCENTRADO		**SELECCIONE**	**TRIMESTRE:**	**AÑO:**
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			**FECHA DE EJECUCION**	
UPSS:		***EMERGENCIA***	**ESPECIALIDAD:**	
DIRECTOR GEN/EJEC			**JEFE DE LA UPSS:**	
ADMINISTRADOR:			**JEFE OFICINA DE CALIDAD:**	
JEF. ENFERMERIA			**OTRAS JEFATURAS:**	
BUENAS PRACTICAS	**%**	**VERIFICACION**	**CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
HISTORIA CLINICA		Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro completo de la filiación del paciente, Datos del EESS, Nº de HCI, Nombres y Apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro ,Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la enfermedad actual	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de los antecedentes del paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de las Funciones Biológicas, apetito, sed, sueño, orina, deposiciones estado de animo	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención. Apreciación subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos médico quirúrgicos e Interconsultas	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad)	SELECCIONE	

HISTORIA CLINICA		Registro y gráfico actualizado de las funciones Vitales	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la Hoja de Balance Hidro-electrolítico actualizado	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el Plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el Plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en HCI o en algún medio de registro evidenciable	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la Contrareferencia del paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		La letra de la Historia Clínica es legible	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Historia Clínica ordenada y limpia	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO

SEGURIDAD EN LA UPSS		Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	SELECCIONE	
IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		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	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE		Paciente informado al que se le han saciado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificada	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Sólo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga y la activación de las medidas de supervisión oportuna	SELECCIONE	
PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Paciente conoce que medicamentos recibe y a qué hora corresponde que lo administren	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD - GESTION DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Existencia de un registro de medicamentos controlados	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION		Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Valoración del riesgo de cada de todo paciente que se hospitaliza	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Revaloración diaria de pacientes: ancianos aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos- cognitivos	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y al sensorio	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		En caso de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baño, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales, etc.	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama	SELECCIONE	
PREVENCION DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA		Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referencia a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		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	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas y legales que resulten oportunas	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes el ingreso a servicios de hospitalización	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD - GESTION DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PRESION				
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Protocolización de la guía de la atención para la prevención y control de úlceras por presión	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios	SELECCIONE	
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		Identificación del Riesgo de Suicidio antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje(evaluación, monitorización y tratamientos específicos)	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		Ubicar al paciente en el Servicio/Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín/almacén de medicamentos permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		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	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		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	SELECCIONE	
PREVENCION DE SUICIDIO Y LESIONES		El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia el control de salidas y de visitas	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		La UPSS proporciona información sobre sus servicio, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

COMUNICACIÓN EFECTIVA		Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de compresión común	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		Se evidencia comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos	SELECCIONE	

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO N° 3

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD
RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE: SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	FECHA EJECUCIÓN:		(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS	RESP. DE LA UPSS:		
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍ/		OTROS RESPONSABLES:		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PROMEDIO	

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO N° 4

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

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

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

Seleccionar una de las siguientes opciones:
a. FRECUENTE (5): El incumplimiento del verificador es casi inevitable. Muy alta probabilidad de ocurrencia. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente.
b. PROBABLE (4): El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
c. OCASIONAL (3): El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
d. INFRECUENTE (2): El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable que suceda, aunque es poco probable que suceda.
e. RARO (1): El incumplimiento del verificador no se asocia a procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - GESTION DE LA CALIDAD

2. **GRAVEDAD/ IMPACTO:** Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el cliente (que puede ser el paciente, su familia o el gestor); valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del cliente, la degradación de las prestaciones esperadas y los coste de recuperación / penalización / indemnización.

Seleccione una de las siguientes opciones:

a. CATASTRÓFICO (10): El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el

incumplimiento de normas reglamentarias. Origina la total insatisfacción del cliente, ya que produce la muerte del paciente.

b. IMPORTANTE (7): El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevado. Requiere de constantes reintervenciones, poniendo en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de normas reglamentarias. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de incapacidad permanente.

c. MODERADO (4): El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el cliente. El cliente observará el deterioro en el rendimiento del sistema. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.

d. TOLERABLE (2): El incumplimiento del verificador originaria un ligero inconveniente al cliente. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad.

e. INSIGNIFICANTE (1): No es razonable esperar que EL incumplimiento del verificador de POCA importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento del sistema. Probablemente, el cliente no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.

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

GRAVEDAD/ IMPACTO

CATASTROFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

LA **VALORACION DEL RIESGO**, es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, a partir de la cual se construye la matriz de evaluación de riesgos.
Seleccione una de las siguientes propuestas.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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

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

VALORACION DEL RIESGO

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

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

MATRIZ DE RIESGOS

[illegible]	[illegible]	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	FECHA EJECUCIÓN:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA		OTROS RESPONSABLES:			

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

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

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO N° 5

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

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

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

Seleccione una de las siguientes opciones:

a. EVITABLE (3): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.

b. REDUCIBLE (2): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un Plan de Reducción de Riesgos.

c. INEVITABLE (1): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCION (ECONOMICA – CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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

ANEXO N° 6
MODELO DEL PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCIÓN

[illegible]	[illegible]	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	FECHA EJECUCIÓN:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO N° 7

MODELO DE FICHA DE MONITOREO

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	FECHA EJECUCIÓN:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACION
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES