RESOLUCION DIRECTORAL Nº 032 -2021-DG-HRGDV A.

Abancay, 26 MAR. 2021

VISTO:

La disposición contenida en el Memorando Nº 150-2021-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 08 de marzo del 2021, mediante el cual el Director General, dispone la proyección de la Resolución Directoral Aprobando el "Plan para la Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, para el Año 2021, el Informe Nº 21-2021-OGC-HRGDV-AB, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano, y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 92-MINSA/2020/DGAIN, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", con la finalidad 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 de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privada y mixtas del Sector Salud;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 035-2020-SA, se estableció criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15º del Decreto Legislativo Nº 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, la misma que en su ficha Nº 22: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, contiene el ítem cálculo de porcentaje de cumplimiento , Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente, 1.1. La IPRESS cuenta con el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente designado formalmente (RD) vigente;

Que, mediante Informe Nº 21-2021-OGC-HRGDV-AB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Plan para la Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual contiene el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente –

Escaneado con CamScanner

RESOLUCION DIRECTORAL Nº 032 -2021-DG-HRGDV A.

Abancay, 26 MAR. 2021

2021, así como las actividades de acciones de mejora que deben ser desarrolladas, solicitando para el efecto su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, el objetivo general del proyecto del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente es aplicar la herramienta de Rondas de Seguridad del Paciente, para identificar, prevenir y reducir los riesgos durante la atención de salud a los pacientes, a través de visitas programadas a los diferentes servicios, áreas y unidades asistenciales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay;

Que, el numeral 72.2 del artículo 72° de la norma en mención, dispone que: "Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia";

Que, con la finalidad de cumplir con nuestros objetivos institucionales y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, resulta pertinente, la aprobación del proyecto del Plan para la Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, presentada por la Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad, con la emisión del acto resolutivo pertinente;

Con el Visto Bueno de la Dirección de Administración, Dirección de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Asesoría Legal y la Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 08° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "Guillermo Díaz de la Vega" de Abancay, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2020-GR. APURIMAC/CR; Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; Ley Nº 31084, que aprueba la Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, y la Resolución Directoral N° 472-2020-DG-DIRESA-AP.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. – APROBAR, el Plan para la Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, el cual como anexo forma parte de la presente resolución.

Escaneado con CamScanner

RESOLUCION DIRECTORAL Nº 032 -2021-DG-HRGDV A.

Abancay, 26 MAR. 2021

ARTICULO SEGUNDO.- TRANSCRIBIR, la presente Resolución Directoral a los Órganos del Sistema Administrativo para su conocimiento y fines de Ley.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
M.C. Isnel Renán Ramos Morón
DIRECTOR GENERAL
CMP. 28721 RNE. 37457

C.c:
Archivo
Dir. Asesoría Legal
Ofic. De Gestión de Recursos H.
Dir. Planeamiento Estratégico.
Dir. Administración.
Unidad de Contabilidad
Unidad de Remuneraciones.
Legajo

Escaneado con CamScanner

PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HOSPITAL REGIONAL
Guillermo Diaz de la Vega

PERU Ministerio de Salud

ABANCAY, 2021

Escaneado con CamScanner

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY

IMPLEMENTACION DE LA HERRAMIENTA

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2021

I. INTRODUCCION

"La atención sanitaria no debería causar daños a nadie. Sin embargo, cada año millones de pacientes en todo el mundo sufren daños debido a una atención sanitaria poco segura. En los países de ingresos altos, se calcula que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. En el ámbito mundial, hasta cuatro de cada 10 pacientes sufren daños en la atención primaria de salud o los servicios ambulatorios. Los errores más perjudiciales son los relacionados con el diagnóstico y la prescripción y uso de medicamentos. Una de las claves para ofrecer una atención más segura es la colaboración más activa de los pacientes" (2019).

En la 55ava Asamblea Mundial de la Salud del 2002 se adoptó una resolución en la que la OMS, hace suyo el problema de seguridad del paciente. La seguridad del paciente ya no es un problema local, sino es parte de los problemas de salud pública, más aun en los países en vías de desarrollo, donde los mecanismos de regulación de la atención en salud están menos consolidados.

La labor de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó con la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 y ha seguido evolucionando con el tiempo. La OMS ha facilitado la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros mediante el establecimiento de los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Para cada uno de estos Retos se ha identificado una carga para la seguridad del paciente que plantea un riesgo importante y significativo. Los retos son hasta la fecha los siguientes:

1. Una atención limpia es una atención más segura (2005), cuyo objetivo es reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo hincapié principalmente en la mejora de la higiene de las manos.

2. La cirugía segura salva vidas (2008), cuyo fin es reducir los riesgos asociados a la cirugía.

3. Medicación sin daño (2017), cuyo propósito es reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial.

La seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud, está siendo considerada como una disciplina de la atención de la salud, que surgió con el desarrollo de tecnología sanitaria más compleja, e invasiva; constituyéndose estos procesos sanitarios como una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los procedimientos innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables.

"La Seguridad del Paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben 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", señala la OMS.

Escaneado con CamScanner

Las Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad, permite identificar debilidades que se traducirán en oportunidades de mejora, en consecuencia esta herramienta debe tener un carácter constructivo y educativo.

Su utilidad ha sido ampliamentedemostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos deseguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta permite detectarsucesos adversos y prácticas poco seguras, que permitieron mejorar las actitudes delequipo multidisciplinarioque brinda la atención al usuario externo.

Las rondas de seguridad, consiste en realizar una visita a un determinado servicio, área o unidad seleccionado al azar en una determinada IPRESS, que debe estar liderado por la máxima Autoridad, quien como gestor principal de la organización podrá conocer, en forma directa, la situación actual de su gestión, identificando practicas inseguras durante su atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Dando cumplimiento a lo considerado en el Decreto Supremo N° 027-2019-SA, donde se establece "Los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para este año ha sido incluido como compromiso de mejora, el fortalecimiento de la gestión de riesgos y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente".

En consecuencia es de obligación según lo dispuesto en el Decreto Supremo, donde se establecen los procedimientos técnicos y operativos a ser cumplidos según la ficha técnica correspondiente, se plantea el cronograma de rondas de seguridad del paciente para el año 2021, a ser cumplida en los diferentes servicios, áreas y unidadesasistenciales de nuestro hospital.

FINALIDAD

Contribuir a disminuir los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras, reduciendo los incidentes y eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en nuestra institución.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar la herramienta de Rondas de Seguridad del Paciente, para identificar, prevenir y reducir los riesgos durante la atención de salud a los pacientes, a través de visitas programadas a los diferentes servicios, áreas y unidades asistenciales del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay. 2020.

3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

3.1.1. Verificar el cumplimiento de los estándares con respecto a la atención hospitalaria.
3.1.2. Identificar y analizar las limitantes existentes en los diferentes servicios, áreas y unidades que afectan la prestación de los servicios dentro de un componente de garantía de la calidad.
3.1.3. Promover una cultura de calidad a nivel institucional, proponiendo estrategias de solución con participación del personal de la salud.

Escaneado con CamScanner

IV. BASE LEGAL

- Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
- Ley Nº 29344, Ley marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley Nº 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley 29787, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Legislativo Nº 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo Nº 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo Nº 1278, Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo Nº 052-2002-PCM, crea la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de IIH.
- Decreto Supremo Nº 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo Nº 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- R.M. Nº 519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. Nº 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM Nº 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- RM Nº 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamiento para la Vigilancia, prevención y control de las Infecciones asociadas a la atención en salud.
- RM Nº 255-2016/MINSA, que aprueba la: Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- RM Nº502-2016/MINSA/DIGEPRES.V.02, que aprueba la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud
- RM Nº 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de GPC del Ministerio de Salud
- RM Nº 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de GPC.
- RM Nº 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- RM Nº 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM Nº 546-2011/MINSA, NTS Nº 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

Escaneado con CamScanner

- RM N° 1472-2002 – SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y –Esterilización Hospitalaria.
- RM N° 452-2003-SA/DM, Manual de Aislamiento Hospitalario.
- RM N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- RM N° 489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 031-MINSA/DGSP V.01, Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- RM N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- RM N° 184-2009/MINSA, QUE APRUEBA LA Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE V.01, Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- RM N° 326-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Practica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM N° 372-2011/MINSA, que aprueba la GuíaTécnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 554-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 096-MINSA/DIGESA-V.01, Norma Técnica de Salud: Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 098-Mminsa/DGPS-V.01, Directiva Sanitaria para promocionar el Lavado de manos Social como Practica Saludable en el Perú.
- RM N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01, Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- RM N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP- V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Practica Clínica del Ministerio de Salud.
- RM N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- RM N° 552-2007/MINSA, NTS N° 057-MINSA/DIGEMID-V.01: NTS Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud.
- RM N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas y Neonatales.
- RM N° 619-2014/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 108- MINSA/DGSP V. 01: Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Trasmisión Madre – Niño del VIH Y LA Sífilis.
- Directiva Sanitaria N° 003 – IGSS/V.01, Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente, emitido por el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Escaneado con CamScanner

- Resolución Directoral N° 010-2017-DG-HRGDVA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-HRGDV –ABANCAY – v.01: Seguridad del Paciente Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos, Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

La Dirección General., el responsable de la administración hospitalaria, los jefes de departamentos, servicios y responsables de las diferentes áreas o unidades, garantizaran el cumplimiento de La herramienta de Calidad Rondas de Seguridad del Paciente, que es de aplicación y cumplimiento a nivel de todo el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, y nos permitirá evaluar la ejecución de buenas Prácticas de la Atención en Salud.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1. El presente plan define las funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente, conformado con Resolución Directoral, para cumplir con el respectivo proceso. La metodología nos permitirá evaluar in situla atención que se brinda al paciente y los procesos tanto asistenciales como administrativos que son parte de la misma.
Proceso que implica generar compromisos a ser cumplidos por los diferentes servicios, áreas y unidades, así como también por parte de la máxima Autoridad de nuestraInstitución.

6.2. DEFINICIONES OPERATIVAS:

6.2.1. Acciones de mejora: Son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.

6.2.2. Apreciación del riesgo: Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

6.2.3. Acción insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros de equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

6.2.4. 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.

6.2.5. Eventos Adversos: Es una lesión imprevista o resultado indeseado no intensional, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud por errores o por imprevisible reacción del organismo del paciente.

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

Escaneado con CamScanner

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

6.2.8. Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente: Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasiono un daño innecesario a un paciente.

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

6.2.10. IPRESS. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellosservicioscomplementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de salud.

Las microrredes que conforman las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud operan como Instituciones prestadoras de Servicio de Salud.

6.2.11. Higiene de Manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos.

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

6.2.13. Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.

6.2.14. Rondas de Seguridad del Paciente: Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de la Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar practicas 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.

6.2.15. Unidad Productora de Servicios (UPS): Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos

Escaneado con CamScanner

clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

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

6.3. GESTIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO:

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

a) El uso de prácticas seguras basadas en la evidencia.
b) La implantación de una cultura de calidad de seguridad del paciente y excelencia en un entorno no punitivo.
c) La formación de los profesionales.
d) El desarrollo de sistemas de información sanitaria y de notificación que registren los eventos adversos.
e) La reducción de las condiciones sistemáticas que faciliten la aparición de los eventos adversos.

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

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

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

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

a) Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización y en la formación de profesionales.
b) Erradicar los procedimientos innecesarios o peligrosos no apoyados en al evidencia y de los existan alternativas más seguras.

Escaneado con CamScanner

c) Aplicar la evidencia en la organización de la prestación asistencial y la elección de los métodos terapéuticos.
d) Establecer alertas clínicas y barreras de seguridad en el sistema.
e) Realizar mapas de riesgos de los procesos más prevalentes.
f) Revisar las condiciones estructurales de las unidades hospitalarias.
g) Incorporar sistemas de identificación inequívoca de pacientes.

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

La prevención terciaria, se enfrenta el evento adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su aparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto delevento adverso y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.

VII.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1. Conformación del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

El equipo está reconocido oficialmente mediante Resolución Directoral N° 040-2020-DG-HRGDVA, con fecha: Abancay, 13 Febrero 2020.

El equipo de Rondas de Seguridad del Pacienteestá conformado por:

- Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.
- Director de la Oficina de Administración.
- Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad.
- Jefe de la Oficina de Epidemiologia, Salud Ambiental y Salud Ocupacional.
- Jefe del Departamento de Medicina.
- Jefe del Departamento de Cirugía.
- Jefe de Departamento de Pediatría y Neonatología..
- Jefe del Departamento de Odontoestomatologia.
- Jefe del Departamento de Enfermería.
- Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
- Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y Banco de Sangre.
- Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Jefe del Departamento de Farmacia.
- Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética.
- Jefe del Servicio de Psicología.
- Jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia.

Escaneado con CamScanner

7.1.1. Cuando se ejecute la Ronda de Seguridad del Paciente, se debe incorporar de manera temporal al equipo de Rondas los siguientes responsables:

- El responsable del Servicio visitado o quien haga sus veces.
- El responsable de enfermería del servicio visitado o quien haga sus veces.
- Otras áreas vinculadas al servicio visitado.

7.2. Funciones de los miembros del Equipo de rondas de Seguridad del Paciente:

Los Miembros del Equipo de rondas de Seguridad del Paciente tiene las siguientes funciones:

7.2.1. El responsable de la unidad de gestión de la calidad, en coordinación con todos los integrantes del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual será aprobado por el Director General de la institución, en el cronograma se incluirá la fecha, hora y día en que se ejecutará la Ronda, sin especificar la UPSS a visitar.

7.2.2. El Director General del hospital es el responsable del equipo, o sea el que dirige y deberá convocar a los integrantes del Equipo de Rondas una vez al mes, según cronograma (Anexo 1) .

7.2.3. El responsable de la unidad de gestión de la calidad, asume la responsabilidad de secretario técnico del equipo, se encargara del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente.

7.2.4. Todos los integrantes del equipo son responsables de firmar el reporte de los resultados obtenidos en las Rondas de Seguridad del Paciente.

7.2.5. El responsable de la unidad de gestión de la calidad es quien debe elaborar el informe respectivo y elevarlo al Despacho del Director. Así mismo comunicara a los responsables de Departamentos, Servicios, áreas o unidades, sobre las acciones inseguras encontradas, con las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implantación de las mismas.

7.3. De la Organización, Aplicación y Acciones Post Aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente

7.3.1. Organización de las rondas de seguridad del paciente:

a) El líder del equipo de rondas: Director General del hospital, convocara al equipo según cronograma (Anexo 1).
b) El servicio visitado se identificara mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los integrantes del equipo de rondas.
c) El líder del equipo de rondas convocara al responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas,

Escaneado con CamScanner

7.3.2. Ejecución de las Rondas de Seguridad el Paciente

a) Las rondas de seguridad del paciente, en un inicio se realizarán mensualmente, pudiéndose ser realizado de forma quincenal, según lo defina el líder del equipo de Rondas.
b) Las rondas de seguridad del paciente se realizaran en un horario diferente a la visita médica.
c) La duración de las rondas de seguridad del paciente deberá ser como máximo de dos horas.
d) La metodología será la observación directa, revisión documentaria y entrevista a los trabajadores de salud y los usuariosexternos.
e) Las observaciones deberán estar centradas a identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (anexo 2) para ello, el responsable de la unidad de gestión de la calidad es el encargado de determinar el listado final de los criterios que aplicaran para el servicio o UPSS a visitar.
f) Al finalizar la Ronda de Seguridad, el responsable de gestión de la calidad, remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Equipo de Rondas, identificando las accione inseguras encontradas.

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

a) El responsable de la unidad de gestión de la calidad, junto con el equipo realizaran la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 4..).
b) El responsable de la unidad de gestión de la calidad, junto con el equipo de trabajo realizaran la priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 5).
c) El responsable de la unidad de gestión de la calidad, con el equipo de trabajo convocaran al responsable del departamento / servicio /área/unidad, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo.6.).
d) El responsable de la unidad de gestión de la calidad, informara al director General de la institución, sobre la presentación del Plan de Acción a ser implementado.
e) El responsable de la unidad de gestión de la calidad y el personal de la unidad tienen la responsabilidad de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose de realizar el monitoreo respectivo (Anexo.7.).

7.4. Acciones para cumplimiento de la Implantación de las Rondas de Seguridad del Paciente

7.4.1. Es responsabilidad del Director General la Difusión del proceso de implementación de la Rondas de seguridad del Paciente, en medio físico o digital a todos los departamentos, servicios, unidades y áreas administrativas

Escaneado con CamScanner

de nuestra institución. Establecer estrategias que favorezcan la implantación, considerando jornadas de sensibilización.

7.4.2. El responsable de la unidad de gestión de la calidad en coordinación con la unidad de capacitación deberá desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz, gestión de riesgo. Así mismo considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.

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

7.5. Evaluación del Fortalecimiento de la gestión de riesgos y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.

En el Convenio de Gestión correspondiente al año 2020, ha sido considerado la herramienta de la calidad: Ronda de Seguridad del Paciente, como compromiso de mejora.

A través del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, para el año 2020 se ha planteado los Criterios de programación de Actividades a ser cumplidas a nivel Nacional, según corresponda en al DIRIS, DIRESA, GERESA.

En consecuencia la evaluación de este proceso según convenios de gestión se enmarca considerando el porcentaje de cumplimiento, con los siguientes criterios:

a) Documento vigente de Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente (plazo marzo 2020).
b) Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente para el periodo 2020 aprobado por la Autoridad de la Institución (plazo julio 2020).
c) Informe semestral de la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente, que debe contener las acciones realizadas en relación a los hallazgos de las Rondas correspondientes a cada semestre (plazo enero 2021)
d) Todos los documentos descritos deben ser remitidos según plazos a la DIRESA – APURIMAC.
e) El área responsable técnica y de la información a nivel nacional es la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud – UFGCS/DVMPAS.

Escaneado con CamScanner

7.6. Supervisión y Evaluación del cumplimiento del Plan de Implementación de la Ronda de Seguridad del Paciente

a) La DIRESA APURIMAC, a través de la Dirección de Calidad, es la responsable a nivel regional de la supervisión y evaluación.

b) La supervisión consiste en evaluar los indicadores:

- Porcentaje de Rondas de Seguridad Ejecutadas.
- Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas.
- Porcentaje de acciones de mejora implementadas.

VIII.- DISPOSICIONES FINALES

8.1. Aprobado el plan de implementación, las Rondad de Seguridad del Paciente, deben ser incluidos en el Plan Operativo Institucional.

8.2. Para el cumplimiento de las actividades y tareas, descritas en el presente plan,se necesita financiamiento, la que debe ser facilitada por la Gestión de nuestro Hospital.

IX.- ANEXOS

9.1. Anexo 1: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad.

9.2. Anexo 2: Criterios de Evaluación.

9.3. Anexo 3: Resultados de Evaluación.

9.4. Anexo 4: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad.

9.5.Anexo 5: Priorización de las Intervenciones para Evitar, Reducir o Mitigar los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.

9.6. Anexo 6: Modelo de Plan de Acción.

9.7. Anexo 7: Modelo de Ficha de Monitoreo.

9.8. Anexo 8: Indicadores de Evaluación.

Escaneado con CamScanner

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
ANEXO I
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESS: HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY

ILAR/RESPONSABLE IPRESS (*) LIC. ROSA M. VALDIVIA MOSTAJO

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	22/01/2021	14.00
RONDA 2		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	19/02/2021	14.00
RONDA 2		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	12/03/2021	14.00
RONDA 2		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16/04/2021	14.00
RONDA 2		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14/05/2021	14.00
RONDA 2		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	11/06/2021	14.00
RONDA 2		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	09/07/2021	14.00
RONDA 2		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	13/08/2021	14.00
RONDA 2		

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	10/09/2021	14.00
RONDA 2		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/10/2021	14.00
RONDA 2		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	12/11/2021	14.00
RONDA 2		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	10/12/2021	14.00
RONDA 2		

RMVM

*Titular/responsable: Nombres y Apellidos del Titular/responsable de la IPRESS

Ingresar el formato: dd/mm/aaaa (ejemplo: 05/02/2020)

Ingresar formato de 24 horas (ejemplo: 08:30, 15:00)

Titular/Responsable IPRESS

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
LIC. ROSA M. VALDIVIA MOSTAJO
CEP 47258 RNE 8764
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiologia

Responsable de Dpto/Serv Enfermeria

Oficina de Gestión de Calidad en Salud

Escaneado con CamScanner

ANEXO 3

VALORACION DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD

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

Seleccionar una de las siguientes opciones.

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

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:

Escaneado con CamScanner

a. **CATASTROFICO (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 observara 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

3. 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 del riesgos.

Seleccione una de las siguientes propuestas:
a. **RIESGO INTOLERABLE (35- 50):**El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia.

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

ANEXO 4

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

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 d 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 de 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 de 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.

Escaneado con CamScanner

FACTIBILIDAD DE INTERVENCION

(ECONOMICA – CIENTIFICA).

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

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.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
Oficina de Gestión de la Calidad
"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

ANEXO 5

MODELO PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION

ORGANO DESCONCENTRADO:	TRIMESTRE:		AÑO:	
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY	FECHA EJECUCION:			(dd/mm/aaaa)
UPSS:	ESPECIALIDAD:			
TITULAR RESPONSABLE DE LA IPRESS:	RESPONSABLE DEL DPTO /UPSS:			
RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACION:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CALIDAD:			
RESPONSABLE DE ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:			

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (*) (dd/mm/aaaa)

(*) Fecha máxima de implementación de la acción de mejora.

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
Oficina de Gestión de la Calidad
"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

ANEXO 6

MODELO DE FICHA DE MONITOREO

FICHA DE MONITOREO

ORGANO DESCONCENTRADO:		TRIMESTRE:		AÑO:
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY		FECHA EJECUCION:		(dd/mm/aaaa)
UPSS:		ESPECIALIDAD:		
TITULAR RESPONSABLE DE LA IPRESS:		RESPONSABLE DEL DPTO /UPSS:		
RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACION:		RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CALIDAD:		
RESPONSABLE DE ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:		

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (*) (dd/mm/aaaa)	MONITOREO	ESTADO DE IMPLEMENTACION

(*) Fecha máxima de implementación de la acción de mejora.

Escaneado con CamScanner

ANEXO 7

INDICADORES DE EVALUACION

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

   a. Fórmula de cálculo Nº de Rondas de Seguridad ejecutadas / Nº de Rondas de Seguridad programadas x 100:

   b. Tipo de Indicador: De Proceso

   c. Fuente Auditable: Cronograma de Rondas de Seguridad, Actas de Rondas de Seguridad.

   d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud ≥ 90%.

   e. Frecuencia de Reporte: Trimestral.

   f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

   g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad será responsable del análisis y el Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

2. **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

   a. Fórmula de cálculo: Nº de Verificadores conformes / Nº de Verificadores evaluados x 100.

   b. Tipo de Indicador: De Resultado.

   c. Fuente Auditable: Listado de Criterios de Evaluación, Actas de rondas de Seguridad.

   d. Meta Anual: Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ≥ 90% por Ronda de Seguridad.

   e. Frecuencia de Reporte: Trimestral.

Escaneado con CamScanner

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad será responsable del análisis y el Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

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

a. Fórmula de cálculo N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100.

b. Tipo de Indicador: De Proceso y Resultado.

c. Fuente Auditable: Actas de Rondas de Seguridad, Informe de cumplimiento de actividades de mejora.

d. Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ≥ 90% por Ronda de Seguridad.

e. Frecuencia de Reporte: Trimestral.

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Responsable de la Oficina / Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

Escaneado con CamScanner