Trujillo, 24 de marzo del 2022.

OFICIO Nº 146 - 2022-GRLL-GGR/GS-IRO-OGC-DG

Señora Doctora
KERSTYN MOROTE GARCÍA
Gerente Regional de Salud La Libertad
Presente.-

Atención: Unidad Técnica Funcional de Gestión de la Calidad

Asunto : Remito información sobre Rondas de Seguridad del Paciente IRO 2022
Referencia: a) Resolución Directoral N° 083-2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU
b) Resolución Directoral N° 099-2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU

Por el presente me dirijo a usted para saludarla cordialmente y a la vez adjuntar al presente la siguiente información:

1. Resolución Directoral N° 083-2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU en la cual se conforma el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente IRO 2022
2. Resolución Directoral N°099-2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU que aprueba el Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente 2022 de nuestra Unidad Ejecutora 401 Instituto Regional de Oftalmología el cual en el anexo 01 contiene el cronograma Anual en el cual se realizarán las rondas.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para reiterarle a usted, los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
JAVIER SERVAT UNIVAZO

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

YRCJ/CEVV

SISGEDO:……/……..

Folios: 39 (treintainueve)

RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 083 -2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU

Trujillo, 08 de marzo del 2022.

VISTO:

El CORREO ELECTRÓNICO N° 004-2022-GRLL-GRS-IRO-OGC, mediante el cual se propone la ratificación del **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del** Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado regularla y promoverla, siendo la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el Documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo fin es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS se aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente, teniendo como objetivo implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de las prácticas seguras;

Que, en las Disposiciones Específicas de la referida Directiva Sanitaria, establece la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, precisando que deberá ser reconocido oficialmente mediante documento resolutivo por el Titular como responsable de la IPRESS y deberá ser actualizado anualmente, asimismo determina las funciones que deben cumplir los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, en el ejercicio de la función pública debe procurarse la implementación de buenas prácticas de gestión que permitan asegurar la calidad y eficiencia en el cumplimiento de las funciones asignadas a cada entidad pública, así como la adecuada y oportuna toma de decisiones dirigidas al personal de la entidad y a los administrados;

Que, el art. 1°, numeral 1.2.1 del T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, señala que *"Los actos de administración interna de las entidades destinados a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley, y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan"*. Asimismo, el numeral 72.2 del art. 72° del aludido cuerpo normativo, establece 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 el propósito de proseguir con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad y en consecuencia expedir el correspondiente acto resolutivo ratificando al **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente** del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*, de acuerdo al marco normativo vigente;

Con las visaciones correspondientes; y, de conformidad con el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS. En uso de las atribuciones conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Oftalmología aprobado mediante Ordenanza Regional N° 011-2018-GRLL/CR.

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA JAVIER SERVAT UNIVAZO V° B° ASESORÍA LEGAL

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: RATIFICAR el **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2022** del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo, el mismo que estará integrado por el personal que se detalla:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO/SERVICIO/UNIDAD/OFICINA
M.O. Magda Patricia Chirinos Saldaña	Dirección General (**LIDER DEL EQUIPO**)
M.O. Nancy Suárez Avalos	Dirección de Atención Especializada en Oftalmología
M.O. Yuri Ramón Carbajal Jara	Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
M.A. Alejandro Mark Vásquez Gutiérrez	Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia
M.C. Gabriel Andrés Pérez Ballena	Oficina de Administración
Q.F. Flor de María Peláez García	Departamento de Farmacia
Lic. Enf. Nancy Rosa Gil Reyes	Departamento de Enfermería
Lic. Enf. Merly Lizett Gonzalez Saravia	Departamento e Prevención de la Ceguera y Promoción de la Salud Ocular
C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud
Lic. Edwin Armando Cuadros Cerín	Oficina de Epidemiología y Estadística

ARTÍCULO SEGUNDO: NOTIFICAR a los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y disponer su publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del IRO.JSU.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

REGION LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA "JAVIER SERVAT UNIVAZO"

REGION LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dra. Magda Patricia Chirinos Saldaña
DIRECTORA GENERAL
Instituto Regional de Oftalmología
JAVIER SERVAT UNIVAZO

MPCS/rcsp

Calidad 13-22

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo
TRUJILLO

Resolución Directoral Nº 099-2022-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU

Trujillo, 23 de marzo del 2022

VISTO:

El OFICIO N° 001-2022-GRLL-GGR/GS-IRO-D.E-OGC emitido por la oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Regional de Oftalmología mediante el cual se propone la aprobación del Plan de Trabajo "Rondas de Seguridad del Paciente IRO" y su respectivo Cronograma 2022; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado regularla y promoverla, siendo la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el Documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo fin es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que mediante la resolución ministerial N° 7272009/MINSA se aprueba el documento técnico "política nacional de calidad en salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional.

Que, mediante Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS se aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente, teniendo como objetivo implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de las prácticas seguras;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad en la atención de salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que responden a las prioridades nacionales, regionales y locales;

Que, es uno de los objetivos del aludido Plan de Trabajo fomentar competencias en buenas prácticas de atención y gestión de riesgo en el personal asistencial a través de capacitación y monitoreo del aprendizaje en servicio;

Que, en el ejercicio de la función pública debe procurarse la implementación de buenas prácticas de gestión que permitan asegurar la calidad y eficiencia en el cumplimiento de las funciones asignadas a cada entidad pública, así como la adecuada y oportuna toma de decisiones dirigidas al personal de la entidad y a los administrados;

Que, el art. 1°, numeral 1.2.1 del T.U.O. de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, señala que *"Los actos de administración interna de las entidades destinados a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley, y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan"*. Asimismo, el numeral 72.2 del art. 72° del aludido cuerpo normativo, establece 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 el propósito de proseguir con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas necesarias para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad y en consecuencia expedir el correspondiente acto resolutivo aprobando el Plan de Trabajo "Rondas de Seguridad del Paciente" del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*, y su respectivo Cronograma, de acuerdo al marco normativo vigente;

Con las visaciones correspondientes; y, de conformidad con el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS. En uso de las atribuciones conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Oftalmología aprobado mediante Ordenanza Regional Nº 011-2018-GRLL/CR.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2022" del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*, cuyo anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: APROBAR el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente 2022" del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*, cuyo anexo forma parte del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

ARTÍCULO TERCERO: ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado Plan.

ARTÍCULO CUARTO: DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del IRO.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

YRCJ/CEVV/rcsp.

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022

IRO

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Univazo

El presente plan tiene como finalidad contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios brindados por nuestra Institución disminuyendo los riesgos en la atención utilizando como herramienta de gestión del riesgo la implementación de las rondas de seguridad del paciente.

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA "JSU"
Mz. P´Lote 7ª Urb. Natasha Alta
044 – 287236
www.irotrujillo.gob.pe

Integrantes del Comité

M.O Magda Patricia Chirinos Saldaña
Directora General (líder del equipo)
M.O. Nancy Suárez Avalos
Dirección de Atención Especializada En Oftalmología
M.O. Yuri Ramón Carbajal Jara
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
M.A. Alejandro Mark Vásquez Gutiérrez
Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia
M.C. Gabriel Andrés Pérez Ballena
Oficina de Administración
Q.F Flor de María Peláez García
Departamento de Farmacia
Lic. Enf. Nancy Rosa Gil Reyes
Departamento de Enfermería
Lic. Enf. Merly Lizett González Saravia
Departamento de Prevención de la Ceguera y Promoción de la Salud Ocular
C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde
Oficina de Gestión de la Calidad en Salud
Lic. Edwin Cuadros Cerín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

INDICE

Antecedentes....04
I. Introducción....05
II. Alcance....05
III. Objetivos....06
a. Objetivos generales....06
b. Objetivos específicos....06
IV. Base legal....06
V. Disposiciones Generales (Definiciones Operativas)....08
VI. Metodología....09
VII. Equipo de trabajo....10
VIII. Anexos....11
a. Anexo 1: Cronograma Anual de las Rondas....11
b. Anexo 2: Criterios de evaluación....12
c. Anexo 3: Hoja de Resultados de Evaluación....28
d. Anexo 4: Valoración de los riesgos identificados en la ronda de seguridad....29
e. Anexo 5: Priorización de las intervenciones....31
f. Anexo 6: Plan de Acción....32
g. Anexo 7: Ficha de Monitoreo....33
h. Anexo 8: Indicadores de Evaluación....34

Antecedentes

El Instituto Regional de Oftalmología (IRO) es un centro especializado de tercer nivel de atención y una dependencia de la Gerencia Regional de Salud La Libertad; es a la vez, es la Unidad Ejecutora 401-0846. Región La Libertad-Instituto Regional de Oftalmología perteneciente al Pliego 451. Gobierno regional del departamento de La Libertad; mediante el cual se canalizan los recursos presupuestales y financieros para el desarrollo de las intervenciones sanitarias en marco de las políticas públicas del Ministerio de Salud.

Se encuentra registrado con la denominación o nombre comercial de "IRO", con código único de RENIPRESS 00005197, con código RIPRESS (Histórico) 1302427 y con número de Registro Único del Contribuyente R.U.C. 20314801327 - Instituto Regional de Oftalmología "Javier Servat Univazo".

El origen del Instituto está ligado al crecimiento del Hospital Regional Docente de Trujillo (fundado en 1965), el cual en 1976 creó el Banco de Ojos con la finalidad de promover trasplantes de córneas; en mayo de 1987 la Universidad Nacional de Trujillo creó el Instituto Académico de Oftalmología con sede docente en el hospital, como parte de sus programas académicos.

Mediante Resolución Ejecutiva Regional N°257-94-R-LL/CTAR el Consejo Transitorio de Administración Regional La Libertad resuelve en su artículo primero crear el Instituto Regional de Oftalmología - IRO; para brindar servicio especializado y eficiente a la población a nivel Regional; teniendo como fecha de inicio de actividad el 11 de julio de 1994. El instituto pasó a ocupar el Policlínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, ubicado en la Av. Roma.

El 22 de diciembre de 2017 se suscribe la Resolución Gerencial Regional Nº 2577-2017-GRLL-GGR-GRSS, que resuelve en su artículo primero ASIGNAR LA CATEGORÍA III-E, al establecimiento de salud del sector público denominado INSTITUTO ESPECIALIZADO, correspondiéndole el 8° Nivel de Complejidad, del Tercer Nivel de Atención.

En el año 2012 se traslada a un local propio de 5 plantas ubicado en Natasha Alta Mz. P' Lote 7-A, urbanización Covicorti en el distrito de Trujillo, provincia Trujillo, región La Libertad.

El 29 de marzo del 2017 mediante Resolución Ministerial N° 198-2017/MINSA se reconoce al IRO como centro donador trasplantador de córnea.

I. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud establece que la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continúa basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales 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. Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

En este sentido, la seguridad del paciente es requisito indispensable en la gestión de calidad de atención que se brinda en el Instituto Regional de Oftalmología IRO, por lo que se busca identificar, prevenir y reducir los riesgos que se generen durante la atención de las personas que acuden a la institución. Recuperar y conservar la salud ocular constituye una prioridad institucional, así como favorecer a la población la accesibilidad a los servicios, por lo que se requiere tecnología de vanguardia y profesionales altamente capacitados, situación que genera complejidad en los procesos de atención para obtener resultados efectivos en la mejora de la salud del paciente. Se hace necesario así que cada proceso interviniente se realice en forma adecuada y coordinada con los demás, logrando un sistema de atención seguro con participación responsable de los diversos actores involucrados, quienes comprenden y promueven el producto como un proceso. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud, para diseñar e implementar de manera proactiva y constante las barreras de seguridad necesarias. Esta actividad ha sido encomendada al Comité de Seguridad del Paciente que a través de las rondas de seguridad monitoriza los procesos de atención y promueve una cultura de seguridad entre los trabajadores. Las Rondas de Seguridad constituyen una herramienta de calidad que propone evaluar la ejecución de la buena práctica de atención en salud fomentando la cultura de seguridad. Para el año en curso y considerando el contexto de pandemia que vivimos se propone potenciar las buenas prácticas en la atención de los pacientes, las cuales se verán reflejadas en la satisfacción de los usuarios, disminución de complicaciones derivadas de la ocurrencia de eventos adversos y mejora de las condiciones para la aplicación de la lista de cirugía segura en sus fases y tiempos respectivos.

II. Alcance

El Plan se aplica en todas las áreas de IRO en coordinación con los jefes o responsables de departamentos, unidades y/o servicios.

III. Objetivos

a. Objetivo General

Establecer los lineamientos para orientar las intervenciones de seguridad del paciente en la estandarización de buenas prácticas clínicas durante la prestación de los servicios especializados en salud ocular con fin de brindar mayor seguridad y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de los servicios de nuestro Instituto.

b. Objetivos Específicos

- Diseñar las actividades hacer implementadas en el Plan de Seguridad del Paciente IRO
- Promover la cultura de seguridad de la paciente orientada hacia la reducción de riesgos con el registro y notificación y análisis de eventos adversos.
- Disminuir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos
- Fortalecer competencias en buenas prácticas de atención y gestión del riesgo en el personal asistencial a través de capacitación y monitoreo.
- Identificar las ocurrencias de prácticas inseguras en la parte asistencial.
- Promover el sistema de registro, notificación, análisis y mejora de incidente y evento adverso para la toma de decisiones oportuna, promoviendo medidas correctivas y motivando el aprendizaje colectivo.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

IV. BASE LEGAL

- Constitución Política
- Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 27927 Ley de Transparencia y acceso a la información
- Ley N° 27815 Ley del Código de Ética de la Función Pública
- Ley N° 27444 Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 26842 Ley General de Salud y sus modificatorias
- Resolución Ministerial N° 163–2020/MINSA que aprueba 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.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP - Norma Técnica para la Gestión de Calidad de servicios en el Sector Púbico.
- Resolución Ministerial N° 1295–2018/MINSA que aprueba la norma técnica en salud N°-144-MINSA-2018 Norma Técnica de salud gestión integral y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud servicios médicos de apoyo y centros de investigación
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA que aprueba la guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud
- Resolución Ministerial N° 168 – 2015/MINSA y aprueba el documento técnico lineamientos para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud

- Resolución Ministerial de 302 – 2015/MINSA que aprueba la norma técnica en salud N° 117-MINSA GGSP V.01 Norma técnica de salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de salud
- Resolución Ministerial N° 414 – 2015/MINSA que aprueba el documento técnico metodología para la elaboración de guías de práctica clínica
- Decreto Supremo N° 2014-SA que apruebe el Texto Único Ordenado de la Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal
- Resolución Ministerial N° 372 – 2011/MINSA y aprueba la guía técnica de procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes que nos establecimientos de salud y servicios de apoyo
- Resolución Ministerial N° 546 – 2011/MINSA que aprueba la norma técnica N° 021 - MINSA / DGSP v.03 norma técnica de salud categoría de establecimientos del sector salud
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprueba la Lista de Verificación de La Seguridad de las Cirugías.
- Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA se aprueba la Guía Técnica De implementación de la Lista De Verificación de La Seguridad De La Cirugía.

Resolución Ministerial N° 184 – 2009/MINSA que aprueba la directiva sanitaria 021 - MINSA /DGSP v.1 Directiva Sanitaria para la supervisión del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias

- Resolución Ministerial N° N° 727 – 2009/MINSA y aprueba la política nacional de calidad y en salud

Resolución Ministerial 523 – 2007/MINSA que aprueba la guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA "Norma técnica de la Historia clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado"
- Resolución Ministerial N° 753 - 2004/MINSA que aprueba la norma técnica N° 020-MINSA/DGP V.01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias
- Resolución Ministerial N°1472-2002-SA/DM que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria
- Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Norma Técnica en salud N° 029-MINSA/DGSF'-V01 "Norma técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud"

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Administración - JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Atención Espec. en Oftalmología - DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Cirugía Especializada y Emergencia - DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Epidemiología y Estadística - JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD - GERENCIA REGIONAL DE SALUD - Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara - DIRECTOR GENERAL (e) - Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo

V. DISPOSICIONES GENERALES

a. Definiciones Operativas

- **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.
- **Apreciación del riesgo**: es el proceso que comprende la identificación del riesgo análisis del riesgo y evaluación del riesgo
- **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 involucrado una o varias acciones inseguras
- **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
- **Evento adverso**: es una lesión o resultado indeseado no intencional en la salud del paciente directamente asociado con atención de salud puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente
- **Eventos 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 está fallando en el proceso de atención no todos los eventos en versos son eventos centinelas
- **Incidentes relacionados con la seguridad del paciente**: es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias el daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso
- **Infección asociada a la atención de salud – IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o incubación en el momento de la admisión a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa para muchas guías de tipo bacteriana eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más luego de la admisión en el establecimiento de salud en el caso de los neonatos se considera como guías a la infección hospitalaria que se adquiere luego de las 72 horas de permanencia hospitalaria
- **Instituciones prestadoras de servicios de salud IPRESS** y son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo público privados o mixtos creados o por crearse que realizan atención de salud con fines de prevención promoción diagnóstico y tratamiento y/o rehabilitación así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención medica que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención promoción de un 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.

- **Higiene de Manos** Es la medida higiénica conducente a la anticoncepción de las manos con el efecto de reducir la flora microbiana transitoria consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavarse con agua y jabón normalmente o antimicrobiano
- **Riesgo:** es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención.
- **Rondo de seguridad del paciente** es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESSS liderada por la máxima autoridad de esta para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente familia y personal de salud siempre con actitud educativa y no punitiva
- **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con atención sanitaria hasta un mínimo aceptable el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención ponderada frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro

Unidad Productora de Servicios UPS es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por un conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud infraestructura equipamiento medicamentos procedimientos clínicos entre otros organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios en relación directa con su nivel de complejidad

- **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
- **Gestión del riesgo** es el procedimiento que permite una vez caracterizado el riesgo la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos al tiempo que se obtienen los resultados esperados
- **Prevención del riesgo** es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo

VI. Metodología

Son las siguientes:

a) **Verificación /Revisión de documentos:** una de las fuentes a las que se pueda recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.

b) **Observación:** permite conocer cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y su entorno.

c) **Entrevista:** permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

d) **Muestra:** técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

e) **Encuesta:** permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

f) **Auditoría:** examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento cumple con las normas o criterios preestablecidos

Se empleará el instructivo que proporciona el Ministerio de Salud para la realización de las rondas de seguridad

VII. Equipo de Trabajo

Nombres y Apellidos	Cargo
M.O Magda Patricia Chirinos Saldaña	Directora General (líder del equipo)
M.O. Nancy Suárez Avalos	Dirección de Atención Especializada En Oftalmología
M.O. Yuri Ramón Carbajal Jara	Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
M.A. Alejandro Mark Vásquez Gutiérrez	Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia
M.C. Gabriel Andrés Pérez Ballena	Oficina de Administración
Q.F Flor de María Peláez García	Departamento de Farmacia
Lic. Enf. Nancy Rosa Gil Reyes	Departamento de Enfermería
Lic. Enf. Merly Lizett González Saravia	Departamento de Prevención de la Ceguera y Promoción de la Salud Ocular
C.P.C. Cristina Elizabeth Velarde Velarde	Oficina de Gestión de la Calidad en Salud
Lic. Est. Edwin Cuadros Cerín	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística

En los anexos que se detallaran a continuación fueron tomados de la Resolución Ministerial N° 163–2020/MINSA que aprueba 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.

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

ANEXO 01

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022

IPRESS : Instituto Regional de Oftalmología "*JSU*"

Titular de la IPRESS : M.O. Magda Patricia Chirinos Saldaña

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	31/03/2022	12:00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	13/04/2022	12:00
Ronda 2	29/04/2022	12:00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	11/05/2022	12:00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	16/06/2022	12:00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	4/07/2022	12:00
Ronda 2	20/07/2022	12:00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	15/08/2022	12:00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	16/09/2022	12:00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	18/10/2022	12:00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	11/11/2022	12:00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	6/12/2022	12:00

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCI tomadas al azar	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N°°265-2018/MINSA			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civi, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de examenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 502-2016/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V 02 Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.			
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los examenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestion de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N°°265-2018/MINSA.			
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revision del Sistema de Registro de Eventos Adversos	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamerica- MSPS España / D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo.			
	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestion de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N°°265-2018/MINSA.			
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la Contrarreferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revision de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Instituto Regional de Oftalmología V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Instituto Regional de Oftalmología

Instituto Regional de Oftalmología V° B°

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del tramite realizado a las interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del tramite realizado a los requerimiento de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del tramite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Normas internas de las IPRESS.			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCI tomados al azar.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N°30453 Ley del Sistema Nacionalde Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCI.	R.M. N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Normas internas de las IPRESS.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimiento de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.				
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.				
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCI tomados al azar.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.				
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N°30453 Ley del Sistema Nacionalde Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCI.	R.M. N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.				
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			

V° B° DIRECCIÓN GENERAL · INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA · JAVIER SERVAT UNIVAZO

REGIÓN LA LIBERT GERENCIA REGIONAL DE S Dr. Yuri Ramón Carbaj DIRECTOR GENERAL (e) Instituto Regional de Oftalm Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA · Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA · Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO · Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Enfermera de Centiera y Prom Salud OC · Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA · V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Administración JEFE DE OFICINA · Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR · Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad · V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR · Instituto Regional de Oftalmología

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirurgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral. (ultimo semestre)	RM N° 1021-2010/MINSA Guia Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugia.			
	En Centro Quirurgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugia.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con coche de intubacion dificil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con Unidad / Maquina de Anestesia operativo	Verificar la existencia de Unidad / Maquina de Anestesia y su uso.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clinicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clinicos / Monitor Multiparámetro y su uso.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con Cialítica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.				
	En Centro Quirurgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N°486-2005-MINSA que aprueba NT N°030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología.. RM N° 022-2011/MINSA aprubea NTS N° 089-MINSA/DGSP-v.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica"			
	En Centro Quirurgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiologo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiologo responsable.	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N°265-2018/MINSA.			

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (ó)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutions SPANISH.pdf			
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.alansaludmental.com/gest%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.				
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.				
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.			
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos contrastándolo con el Consentimiento Informado..				

Instituto Regional de Oftalmología V° B° Dirección General

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Prevención Ceguera y Dism. Salud Oc.

Instituto Regional de Oftalmología V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Administración JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR

REGIÓN LA LIBERTAD GERENCIA REGIONAL DE SALUD Dr. Yuri Ramón Carbajal J. DIRECTOR GENERAL (e) Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad Instituto Regional de Oftalmología V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. https://www.alansaludmental.com/gest/%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.				
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.				
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.				
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.				

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector Salud. Normas internas en la IPRESS.			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.				
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01				
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.				
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.				
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.				
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.				
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilusión, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (cotrastar con HCl y Kárdex de Enfermería.				

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - DIRECCIÓN GENERAL - JAVIER SERVAT UNIVAZO

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Epidemiología y Estadística - JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Gestión de Calidad - JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Enfermería - JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Promoción de Seguros y Prom. Salud Oc.

Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Administración - JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Atención Espec. en Oftalmología - DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° - Cirugía Especializada y Emergencia - DIRECTOR

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caida de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clinicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsal.cl/portal/url/item/cede9e8208889560e04001016501 2d42.pdf https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenc%C3%B3nEnSalud/Observatorio/PREVENCION%20Y%20REDUCCION%20CAIDAS.pdf			
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con deficits neurológicos - cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clinicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.				
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periodicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.				
	Sistemas de registro especificos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro facil de las tecnicas de inmovilización utilizadas.				
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vias aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no este afectadas las vias aéreas.				
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCI, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de ulceras por presión en cualquier grado.				

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Enfermeria JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Prevención Control y Promoción Salud Oc.

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA · V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Administración JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD · GERENCIA REGIONAL DE SALUD · Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara · DIRECTOR GENERAL (e) · Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univaso

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
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 aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabedian. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avalia_compl.pdf			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.				
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapeutica especifica.				
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf http://www.ingesa.msobs.gob.es/estadEstudios/documFuplica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Normas internas en la IPRESS.			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.				
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto				

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA V° B° DIRECCIÓN GENERAL JAVIER SERVAT UNIVAZO

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Prevención de Ceguera y Prom. Salud Oc. Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabedian. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf			
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto				
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.				
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería	Verificar que el almacen de medicamentos se encuentren seguros.				
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.				
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.				
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				

Instituto Regional de Oftalmología · Javier Servat Univazo · V° B° Dirección General

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Gestión de Calidad · JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Enfermería · JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Farmacia · Salud Oc.

Instituto Regional de Oftalmología · V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Administración · JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Atención Espec. en Oftalmología · DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Cirugía Especializada y Emergencia · DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° Epidemiología y Estadística · JEFE DE OFICINA

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutions SPANISH.pdf			
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.				
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutions SPANISH.pdf			
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf			
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica.				
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N°255-2018/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.				
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02				
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03				
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04				
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.				

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° DIRECCIÓN GENERAL JAVIER SERVAT UNIVAZO

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Prom. Salud Oc. Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N°1295-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	RM N°168-2015/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.			
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiologica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.	RM N°660-1014/MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA/ DGIEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N°020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rigidas y semirigidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de corresponder.				
	Se observa si se respetan las zonas rigidas y semirigidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar transito del personal en zonas señalizadas.				

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° DIRECCIÓN GENERAL JAVIER SERVAT UNIVAZO

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermera y Prom. Salud Oc. Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (0)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N°1295-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestion Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	RM N°168-2015/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.			
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.	RM N°660-1014/MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA/ DGIEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N°020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de corresponder.				
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.				

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Cirugía Especializada y Emergencia · DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Gestión de Calidad · JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Enfermería · JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Epidemiología y Estadística · JEFE DE OFICINA

Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Farmacia

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Administración · JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad · Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · Atención Espec. en Oftalmología · DIRECTOR

Instituto Regional de Oftalmología · V° B° · DIRECCIÓN GENERAL · "JAVIER SERVAT UNIVAZO"

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univaza

ANEXO 3

HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERI		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PROMEDIO	

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA V° B° DIRECCIÓN GENERAL "JAVIER SERVAT UNIVAZO"

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Prevención de Ceguera y Prom. Salud Oc.

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Administración JEFE DE OFICINA

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR

Gobierno Regional La Libertad - Instituto Regional de Oftalmología - V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA

ANEXO 4

VALORACIÓN 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 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 ha sido frecuente y recurrente siendo casi inevitable. es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente. muy alta probabilidad de ocurrencia
   b) Probable (4) el incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos que han fallado. alta probabilidad de ocurrencia.
   c) Ocasional (3) el incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos a la actual. moderada probabilidad de ocurrencia.
   d) Infrecuente (2) el incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
   e) Raro (1) el incumplimiento del verificador no se asocia a los 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 usuario (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 usuario la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/penalización/indemnización. seleccionar una de las siguientes opciones
   A) **CATASTRÓFICO (10)** el incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de la seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de las normas. origina la total insatisfacción del usuario 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 en el paciente. requiere de constantes reintervenciones que ponen en riesgo la vida del paciente. no existe incumplimiento de las normas. el paciente suele presentar secuelas o algún grado de discapacidad permanente.

C) **MODERADO (4)** el incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. el usuario observará el deterioro en el rendimiento de la prestación. puede ocasionar reintervenciones. el paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.

D) **TOLERABLE (2)** el incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. probablemente este observará un pequeño deterioro del rendimiento de la prestación sin darle importancia. es fácilmente subsanable. puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo sin generar discapacidad temporal o permanente.

E) **INSIGNIFICANTE (1)** no es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento de la prestación. probablemente en los usuarios no se dará cuenta del error puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.

"predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad"

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

La valoración del riesgo es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, lo cual se valora en la matriz de riesgo de la herramienta informática de Ronda de seguridad del paciente.

seleccionar una de las siguientes opciones

a) **Riesgo Intolerable (35 – 50)** el incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo

b) **Riesgo Importante (20 – 34)** el incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo, pero con repercusiones significativas

c) **Riesgo Moderado (4-19)** el incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición de un riesgo 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 para la aparición de un riesgo

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

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

ANEXO 5

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

1. **Factibilidad de intervención** el estudio de la evitabilidad o de la factibilidad de una intervención exige considerar los siguientes aspectos:
    a. La factibilidad científica por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención
    b. 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 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.

Seleccionar una de las siguientes opciones

a) **Evitable (3)** cuando la factibilidad científica económica y de costo oportunidad, así como en la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado a través de un plan de erradicación de riesgos
b) **Reducible (2)** cuando la factibilidad científica económica y de costo oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido buscando evitar la aparición de consecuencias a través de un plan de reducción de riesgos
c) **Inevitable (1)** cuando la factibilidad científica económica y de costo oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable por lo que es necesario limitar sus consecuencias a través de un plan de mitigación de riesgos

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. **Prioridad de intervención:** es el producto de la relación existente entre el resultado de la valoración de riesgo con la factibilidad de la intervención a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el plan de acción

ANEXO 6
MODELO DE PLAN DE ACCIÓN

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		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)

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° DIRECCIÓN GENERAL JAVIER SERVAT UNIVAZO

Gobierno Regional La Libertad V° B° Epidemiología y Estadística JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Prevención de Cáncer y Prom. Salud Dc. Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

ANEXO 7
MODELO DE FICHA DE MONITOREO

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

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

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° DIRECCIÓN GENERAL JAVIER SERVAT UNIVAZO

Gobierno Regional La Libertad V° B° Gestión de Calidad JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Enfermería JEFE DE DEPARTAMENTO Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Prevención de Lesiones y Prom. Salud Oc. Instituto Regional de Oftalmología

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA V° B° FARMACIA

Gobierno Regional La Libertad V° B° Administración JEFE DE OFICINA Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Atención Espec. en Oftalmología DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR GENERAL (e)
Instituto Regional de Oftalmología
Javier Servat Univazo

Gobierno Regional La Libertad V° B° Cirugía Especializada y Emergencia DIRECTOR Instituto Regional de Oftalmología

Gobierno Regional La Libertad V° B° Epidemiología y

ANEXO 8

INDICADORES DE EVALUACIÓN

PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN LAS IPRESS

a) Fórmula de cálculo: N° de rondas de seguridad del paciente aplicadas/N° de rondas de seguridad del paciente programadas x 100
b) Tipo de indicador: de proceso
c) Fuente auditable: cronograma de rondas de seguridad del paciente, hoja de resultados de evaluación de Ronda de seguridad del paciente aplicadas.
d) Meta anual: porcentaje de rondas de seguridad del paciente aplicadas en la institución prestadora de servicios de salud >= 90%
e) Frecuencia de reporte: trimestral
f) Responsable de la medición: responsable de la oficina de la calidad IPRESS con quien haga sus veces
g) Responsable del análisis y consolidación: El equipo de rondas de seguridad del paciente es el responsable del análisis y el responsable de la oficina de gestión de la calidad quien haga sus veces

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA IPRESS

a) Fórmula de cálculo: N° de verificadores conformes/ N° de verificadores evaluados x 100
b) Tipo de indicador: de resultado
c) Fuente auditable: listado de criterios de evaluación hoja de resultados de evaluación de la ronda de seguridad del paciente aplicadas
d) Meta anual porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en las instituciones prestadoras de servicios de salud >= 90% por rondas de seguridad del paciente
e) Frecuencia de reporte trimestral
f) Responsable de la medición responsable de la oficina de gestión de la calidad o quien haga sus veces
g) Responsable del análisis y consolidación el equipo de Ronda de seguridad del paciente es responsable del análisis y el responsable de la oficina de calidad o quien haga sus veces de la consolidación

PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

a) Fórmula de cálculo N° de acciones de mejora implementada/ N° de acciones de mejora propuesta x 100
b) Tipo de indicador: de proceso y resultado
c) Fuente auditable: plan de acción, informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas
d) Meta anual porcentaje de acciones de mejora implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud >= 90% o ronda de seguridad del paciente
e) Frecuencia del reporte trimestral
f) Responsable de la medición responsable de la oficina de gestión de la calidad o quien haga sus veces
g) Responsable del análisis y consolidación el responsable de la oficina de gestión de la calidad o quien haga las veces de la consolidación