

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 05 de Abril de 2017

Visto, el expediente con Registro DG-003071-2017, que contiene el Memorando Nº 213-2017-OGC/INSN, con el cual la Oficina de Gestión de la Calidad se hace llegar los Planes de Seguridad del Paciente 2017: Plan de Rondas de Seguridad y Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura, solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente; y,

CONSIDERANDO:

Que, según el Artículo 96º del Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de, establece que a fin de garantizar la calidad y seguridad de atención de los pacientes, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindan;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, de fecha 04 de febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar normas y proponer indicadores de calidad y desarrollo de actividades para la mejora continua de la Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, con Memorando Nº 213-2017-OGC/INSN, de fecha 14 de febrero del año 2017 la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación de los Planes de Seguridad del Paciente 2017: Plan de Rondas de Seguridad y Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura;

Que, con Memorando Nº 169-2017-DG/INSN, el Director General aprueba los Planes de Seguridad del Paciente 2017: Plan de Rondas de Seguridad y Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura; y,

Con la Visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: "Planes para la Seguridad del Paciente 2017: Plan de Rondas de Seguridad y Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura" del Instituto Nacional de Salud del Niño, que consta de (29) Folios.-----

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación del presente Documento Técnico aprobado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.-----

Regístrese y Comuníquese.

DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () OEA
- () OGC
- () OP
- () DEAC
- () DEIDAM
- () DEIDAC
- () DEIDAT
- () OEI

PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.			
11 MAY 2017			
0892		 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.T.S.P. Nº 10661 FEDATARIA	
Reg. Nº			

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.F. 14181 R.N.E. 4503



**OFICINA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DOCUMENTO TÉCNICO “PLANES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA”

2017

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.				
11 MAY 2017				
Reg. N°	0892			
LIC. CARMEN LUCÍA MARTÍNEZ ESPINOZA C.T.S.P. N° 20061 FEDATARIA				



OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ÍNDICE

PLANES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III OBJETIVO GENERAL.....	4
III. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	4
IV. BASE LEGAL.....	4
V. ÁLCANCE.....	5
VI. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	5
VII. CONSIDERACIONES GENERALES.....	7
VIII. RESPONSABILIDADES.....	7
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	8
PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017.....	10
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA 2017.....	25



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017



I. INTRODUCCIÓN:

La seguridad es un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente clave en la calidad de gestión y bioética. Desarrollar un sistema que garantice la seguridad al paciente es complejo y exige un gran esfuerzo, principalmente el establecer una Cultura de Seguridad entre todos los trabajadores de la Institución y que reúne una amplia gama de acciones, que se basan en prácticas para mejorar la seguridad en el entorno y la gestión de riesgo, incluyendo control de infecciones, el uso seguro de medicamentos, prevención de eventos adversos, el uso de buenas prácticas de atención, el control y mantenimiento del material médico a usar, entre otros. Requiriendo un exhaustivo y multidisciplinario sistema para identificar y gestionar los riesgos actuales y potenciales para la seguridad del paciente en servicios de atención así como encontrar soluciones para el sistema a largo plazo.

Los problemas relacionados a la Seguridad del Paciente generan un mayor costo hospitalario de causas multifactoriales así como el potencial perjuicio del paciente; por lo tanto es de vital importancia para que la seguridad del paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir liderazgo y compromiso por parte de la alta dirección, políticas claras, trabajo en equipo y mejora continua.

El Instituto Nacional de Salud del Niño, inicia actividades de Seguridad del paciente en el 2007. Las actividades trabajadas estuvieron dirigidas hacia la implementación del Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente 2007 - 2008, y se plantearon objetivos que se alinearon al Plan Nacional del MINSA 2006 y 2008. Este Plan se aprobó con RD N° 158-DG-INSN-2008, quedando como objetivo general "Reducir los eventos adversos en la atención de salud, contribuyendo a hacer de los servicios del Instituto lugares más seguros para el niño usuario".

En el 2009 se conformó el Equipo Técnico de Seguridad del Paciente oficializándose con R.D. N° 375-DG-INSN-2009 con el que se diseñó el Plan de Seguridad del Paciente 2009, y ha sido actualizado el 2016 con la R.D. N° 211-2016-DG-INSN.

En el 2016 se aprueba con R.D. N° 104-2016-INSN-DG el Plan para la Seguridad del Paciente 2016, continuando con las acciones destinadas a hacer del INSN un establecimiento más seguro en la atención de salud para el paciente pediátrico, e instaurándose por primera vez actividades como las Rondas de Seguridad del paciente en el Instituto.

En el 2017 se está cumpliendo con la estandarización del Plan de Seguridad del paciente que nos brinda la Oficina de Gestión de Calidad y Derechos de las personas

11 MAY 2017

0892

Reg. N°

del IGSS, elaborado por ejes de trabajo correspondiente al EJE 5 "Gestión del Riesgo y Buenas Prácticas en Seguridad del paciente".

El presente plan define las actividades a ser desarrolladas durante el 2017 en busca de la mejora continua de la calidad institucional.

II. FINALIDAD

El presente Documento tiene por finalidad contribuir que los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño sean lugares cada vez más seguros para la atención del paciente pediátrico y evitando los posibles errores, desarrollando una cultura de seguridad, difundiendo el conocimiento y fortaleciendo el uso de buenas prácticas seguras en la atención de salud.

III. OBJETIVO

3.1. Objetivo General:

Lograr que las prestaciones brindadas en el Instituto Nacional de Salud del Niño sean cada vez más seguras, promoviendo una Cultura de Seguridad entre todos los trabajadores de la Institución, desarrollando un entorno más seguro disminuyendo los riesgos en la atención, previniendo la ocurrencia de eventos adversos e incentivando el uso de buenas prácticas de atención en salud.

3.2. Objetivos Específicos:

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- Fortalecer el sistema de Registro – Notificación - Análisis y mejora del Incidente o Evento Adverso.
- Promover buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente.
- Fortalecer el cumplimiento y adherencia a la Lista de Verificación para la Calidad Segura (LVCS).
- Implementar el proceso de Aprendizaje a través del error a través de prácticas como: Rondas de Seguridad del Paciente; Identificación-Registro – Notificación, Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinelas.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".



- e) Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del "Comité Técnico para la Seguridad del Paciente".
- f) Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- g) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
- h) Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba "La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- i) Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba "La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- j) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- k) Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad".
- l) Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- m) Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela".
- n) Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1: "Análisis de los Eventos Centinela en las IPRESS y UGIPRESS del IGSS".

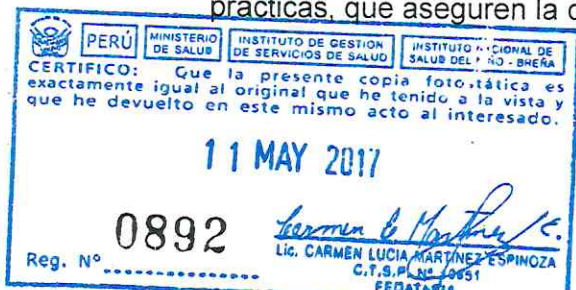
V. ALCANCE:

El presente Plan de Seguridad del Paciente comprende a todos los subsistemas funcionales de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Servicios de Apoyo al Diagnóstico y otros que involucre la atención en salud de pacientes.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

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.

Seguridad del Paciente.- Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.



Atención Segura.- Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y Poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son Consistentes con el conocimiento profesional actual.

Estrategia de profesionales seguros: Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.

Riesgo.- Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Barrera de Seguridad: Son restricciones administrativas o técnicas que pueden Detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Complicación.- Resultado clínico de probable aparición e inherente a las Condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Error de Medicación.- Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Error.- Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizada (omisión). No todos los errores producen daño o lesión.

Incidente.- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que podría favorecer la aparición de un evento adverso. El daño que podría haber sido ocasionado es innecesario e imprevisto (hay daños que son necesarios, como la lesión en la piel en una cirugía y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión, se denomina Evento Adverso.

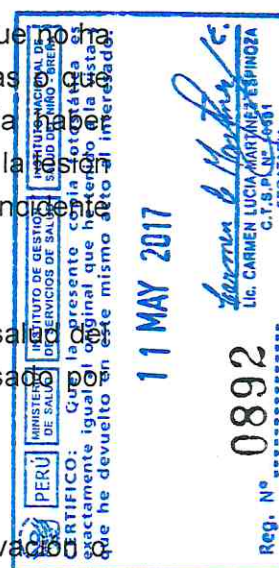
Evento Adverso.- Una lesión o un resultado indeseado, no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Evento con Daño.- Son de tres tipos:

Leve: cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación y tratamiento menor.

Moderado: Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.

Grave: Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.



Evento centinela: Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

Protocolo de Londres: Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

La Oficina de Gestión de Calidad cuenta con Comités que analizan las acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales:

- El Equipo Técnico de Seguridad del Paciente.
- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Equipo conductor para la Implementación de las LVCS.

Aprobados con Resolución Directoral N° 211-2016-INSN-DG.

VIII. RESPONSABILIDAD

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones y supervisiones con los Jefes de Departamentos, Servicios y Oficinas para el seguimiento, monitoreo y ejecución del Plan de Seguridad del Paciente.

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.				
11 MAY 2017				
Reg. N°	0892	 LIC. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA C.T.S.P. N° 10931 FEDATARIA		

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

EJE 5: GESTIÓN DEL
RIESGO Y LAS BUENAS
PRÁCTICAS DE
SEGURIDAD DEL
PACIENTE

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
---	------	---------------------	--	--

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Luzmaría de la Cruz
 Lic. CARMEN LUCIA MARIANNE ESPINOZA
 C.T.S.P. N° 0661
 FEDATARIA

Reg. N° 0892



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

INSTITUTO DE GESTION
DE SERVICIOS DE SALUDINSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. No. 0892

Carmen C. Martinez
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. N° 19681
FEDATARIA

[illegible]



**OFICINA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2017

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista que he devuelto en este mismo acto al interesado.				
11 MAY 2017				
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA C.T.S.P. N° 0031 FEDATARIA				
Reg. N° 0892				

OFICINA GESTION DE LA CALIDAD



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ÍNDICE

	N° de pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	12
II. FINALIDAD.....	12
III. OBJETIVOS.....	12
IV. BASE LEGAL.....	12
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	13
VI. RESPONSABILIDADES.....	13
VII. RECOMENDACIONES.....	13
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	14
IX. ANEXOS.....	16

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.				
11 MAY 2017				
Reg. N°	0892			
		Lic. CARMEN LUCÍA MARTÍNEZ-ESPINOZA C.T.S.P. N° 19551 FEOTARIA		

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017

I. INTRODUCCIÓN

Las Rondas de Seguridad son una herramienta de gestión del riesgo y una práctica recomendada con la que cuentan los directivos y personal asistencial para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

II. FINALIDAD

Tiene por finalidad la disminución de los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación y cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

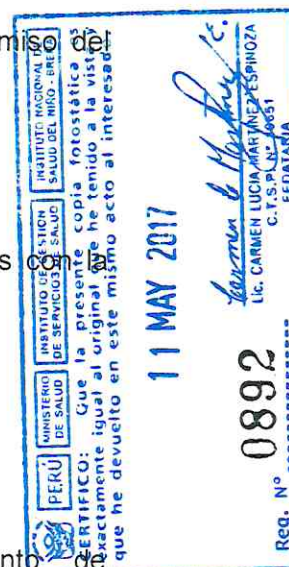
- Fortalecer la cultura por la seguridad del paciente mediante el compromiso del cumplimiento de Buenas Prácticas de Atención en salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio.
- Educar in situ al personal.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del “Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”.





- h. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- i. Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan se encuentra dirigido al Equipo de Rondas de Seguridad del INSN y su aplicación será en todos los servicios asistenciales y de apoyo de la Institución según el cronograma de actividades.

VI. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones con los departamentos para la realización programada de las Rondas de Seguridad, así como el seguimiento y monitoreo de las posibles observaciones halladas; siendo el responsable de hacer cumplir el levantamiento de dichas recomendaciones el Jefe del Servicio y Departamento inspeccionado.

VII. RECOMENDACIONES

- La asistencia en masa de varios ejecutivos a un servicio genera temor en el personal que allí labora y esto evidentemente se aleja del objetivo de la ronda. El temor en el personal dificulta la comunicación e impide un ambiente educativo, de mejoramiento y sinceridad.
- Cuando muchas personas llegan a un servicio al mismo tiempo usualmente ocupan a múltiples personas a la vez y se puede decir que "se para" la atención de los pacientes por atender a los ejecutivos. Con esto se aleja a los trabajadores del cuidado de los pacientes que es realmente lo que más se debe preservar.
- Los pacientes y sus familias pueden pensar que la razón para que tantos directivos vayan en masa a un servicio es porque allí algo malo está sucediendo y se puede generar desconfianza entre los pacientes y sus familiares.
- La verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad de un servicio no puede ser algo coyuntural y esporádico en el tiempo. Por el contrario, debe ser algo; deliberado, programado y continuo.



VIII. CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES



EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ACORDADO/RAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION	META DE CUMPLIMIENTO INSTANTANEO	VEA DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	RESPONSABLE	PROGRAMACION 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
									EN	FE	VA	AS	MA	JU	JU	SE	OC	NO	DI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
E.E.E. GESTION DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	5.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error	IND 28: Rondas de Seguridad Ejecutadas	Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (04) Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad Ejecutadas	≥ 90% de Rondas de Seguridad Ejecutadas en la Institución Presabida de Servicio de Salud	TRIMESTRAL	Dirección / OGC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

PERU INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - DRENA
 INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

0892

Reg. N° 0851

FEDATARIO

LIC. CARMEN LUCIA MARIANEZ ESPINOZA

IX. CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017



SERVICIO	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
NEUROCIRUGIA	X											
CARDIOLOGIA		X										
UPO			X									
CENTRO QUIRÚRGICO				X								
MEDICINA "A"					X							
EMERGENCIA						X						
NEFROLOGIA							X					
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES								X				
NEONATOLOGÍA									X			
TRAUMATOLOGÍA										X		
HOSPITAL DE DÍA											X	
UNIDAD DE QUEMADOS												X


PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

0892

Reg. N°

Lic. Carmen L. Martínez Espinoza
C.T.S.P. N° 10051
FEDATARIA

Anexo N° 1
ACTIVIDADES POST RONDA DE SEGURIDAD



Actividades	Responsables
Emisión de Reporte de Resultados obtenidos en la Ronda de Seguridad realizada.	OGC
Emisión de Informe de acuerdo a las Acciones inseguras encontradas.	OGC
Valoración y Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.	Equipo de Rondas de Seguridad
Elaboración del Plan de Acción a ser implementado por el Servicio / Unidad / Área visitada.	Equipo de Rondas de Seguridad
Levantamiento de Observaciones según recomendaciones realizadas en el Plan de Acción	Servicio / Unidad / Área visitada
Emisión de Informe de acuerdo a las Acciones Mejora implementadas	OGC

 PERÚ MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREA
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.	
11 MAY 2017	
0892	
LIC. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA C.T.S.P.N. 14081 FEDATARIA	
Reg. N°	



Anexo N° 2

LISTA DE CRITERIOS DE VERIFICACIÓN PARA LAS RONDAS DE SEGURIDAD

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
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. Vuesra: 03 H-CI tomadas al azar		
	Registro completo de filiación del paciente: Datos de: EESS, N° de H-CI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acomodación ante el Responsable de ser el caso	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de la enfermedad actual	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de los antecedentes del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de la Funciones Biológicas: acetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro como resultado de exámenes físicos: clínico general y regional de correspondencia	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó JCV. Ver correspondencia (presuntivos y definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de evolución de paciente: Fecha y hora de atención, Acreditación Sujetiva, Acreditación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, Interacción y Plan de trabajo, Firma, sello y coevaluación de médicos responsables	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro actualizado de Plan de Trabajo, Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médicos, Quirúrgicos e interconsultas	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro actualizado de tratamiento del paciente (tratamiento, dosis, vía, periodicidad)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro gráfico actualizado de afecciones vitales	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de la hoja de la arce hora y electrocardiograma actualizado	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos de paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	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. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro de nombre de paciente en todas las hojas de la H-CI	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la H-CI en un medio de registro evocable	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		
	Registro como resultado de Correspondencia informado de acuerdo a la normativa vigente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Vuesra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - EPERA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° 0892



Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. N° 16661
FEDATARIA



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	SI	NO
HISTORIA CLINICA	Registro de fecha y hora del alta del paciente	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	Registro de indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis y diagnóstico definitivo	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	La letra de la historia clínica es legible	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio	Vuestra: 03 historias clínicas tomadas al azar		
	Las intervenciones se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las intervenciones			
	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 procedimientos de diagnóstico y tratamiento			
	La solicitud de medicamentos y otros se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos y otros			
	Como inicio de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de dietas administradas al paciente con lo registrado en 03 HC tomadas al azar.			
SEGURIDAD EN LA UPSS	Como inicio de verificación de la asistencia y permanencia de personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del censo programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialistas u otros) demuestran que tienen una persona asistencial que cumple el rol de tutor y supervisor.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de servicios o turnos.			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Verificar la existencia de un sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos o su registro en la HC.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Revisión de evidencia de realización de análisis y planes de intervención.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.			
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo de personal asistencial.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.			
	Utilización de formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Observar la existencia de tarjetas de acceso de pacientes al servicio.			
	Timbre o sistema de amparo se encuentra cerca de paciente y es accesible.	Observar la existencia de barreras y su uso.			
	Barrajes de las cartas funcionales y estar evaluadas para proteger al paciente.				

PERÚ
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

0892
Reg. N°

Luzmila C. Martínez Espinoza
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
C.T.S.P.N. 14051
FEDATARIA



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Quirúrgico se evidencia la implementación de la última encuesta remitida a la Dirección sobre el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la última Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo de Equipo				
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.				
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente				
	Datos proporcionados por el paciente son correctos y los registros en la historia clínica				
	Verificación de la identificación del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento				
	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes de cualquier procedimiento				
	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos y otros				
	Datos registrados a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica				
	Datos registrados a ser verificados en el cartel: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica				
	Datos registrados a ser verificados y contrastados con la historia clínica: Nombres y apellidos, N° DNI y N° de Historia Clínica				
	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento				

**PERU**

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° 0892

LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P.N. 10051
FEDATARIA



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Conoce el nombre de paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico de mismo, el cual debe coincidir con la información registrada en la historia clínica.	Registrar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastando con la Historia Clínica.		
	Paciente informado a que se le han dado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento quirúrgico, evidenciándose a firma del Consentimiento respectivo.	Registrar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastando con el Consentimiento firmado.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con toda la información hospitalaria identificable	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con toda hospitalaria certificable		
	Vigilancia continua de 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 cuenten con vigilancia y se realice control de las pertenencias de pacientes y visitas.		
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas de servicios 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 mínimo de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar en 03 historias clínicas tomadas al azar.		
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga de 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 que se active en caso de fuga de paciente	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga comunicación inmediata a responsable de la UPSS, a Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, la cual deberá comunicarse inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que los medicamentos recetados ya que ahora corresponde que se los administren.	Registrar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y a hora de administración, contrastando con la Historia Clínica.		
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe	Registrar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe		
	Cochete de control de los medicamentos necesarios para atender a los pacientes críticos según el protocolo vigente.	Verificar la existencia de Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo Nº 01		
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella	Verificar que todas las soluciones endovenosas estén rotuladas.		
	Ampliación de orden de los medicamentos para evitar su confusión con su similitud	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.		
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.		
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento de acuerdo al paciente	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.		
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento de acuerdo al paciente	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.		

Reg. N° 0892

11 MAY 2017

Luzmila de la Cruz

Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
C.I.S.P. N° 10661
FEDATARIA

PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.



11 MAY 2017

Carmen Lucia Martínez Espino
LIC. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINO
C.T.S.P. N° 10551
FEDATARIA

Reg. N° 0892

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	SI	NO
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de verificación / caducidad	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Distribución 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 a los pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (certificado por su nombre y culebra), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (cifras en voz alta de lectura), vía de administración correcta (contrastar con FCI) y hora de administración correcta (contrastar con FCI y Kardex de enfermería).	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la valoración		
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración de riesgo de caídas de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la valoración	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la valoración		
	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a coartación, los que dependen y las personas con déficits neurológicos, cognitivos, afectivos o de orientación y sensorio.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la revaloración	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la revaloración		
	En casos de secación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de colección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica		
	Comunicar al paciente y a las relaciones al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavabos, cambios posturales, etc.	Registar a 03 pacientes (o a 03 responsables) elegidos al azar si realizan los cuidados a respecto	Registar a 03 pacientes (o a 03 responsables) elegidos al azar si realizan los cuidados a respecto		
	Protocolo que establezca procedimientos, indicaciones, medidas preventivas, criterios de responsabilidad de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia de protocolo respectivo	Verificar la existencia de protocolo respectivo		
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el cual se debe reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia de registro y uso actualizado.	Verificar la existencia de registro y uso actualizado.		
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser realizadas fácilmente.	Verificar el registro de las técnicas de inmovilización	Verificar el registro de las técnicas de inmovilización		
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y evaluarla de la cara.	Verificar la movilidad del paciente	Verificar la movilidad del paciente		
	Si el paciente se encuentra en posición prona, asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la exhalación pulmonar no se ve interrumpida.	Verificar que no esté afectadas las vías aéreas.	Verificar que no esté afectadas las vías aéreas.		
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas de áreas sometidas a presión.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la valoración	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si realiza la valoración		



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el tránsito de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinfectar manos, maniobras, trastornos de la persona idad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) 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 familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Control de entrada de pacientes a cuya habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza el control al respecto.			
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	A detectar conductas desinfectadas se comunicará a resto de equipo y se discurrirán las medidas a tomar, que quedará registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.			
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consentidas se aplicarán las medidas médicas y legales que estén oportunas.	Verificar si la LPSS cuenta con un protocolo al respecto y se fue de información respectivo			
	Evaluación inicial de 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			
	Valoración de estado de piel para detectar la presencia de úlceras por presión: previas	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración			
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración			
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la LPSS 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 familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto			
	Planificación, educación y evaluación de programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en el registro de estadísticas en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia de registro y uso actualizado.			
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadísticas.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los instrumentos descriptivos a seguir.			
	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 LPSS cuenta con un protocolo al respecto			
	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolítica, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración			
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poder en la clínica estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específico).	Verificar si la LPSS cuenta con un protocolo al respecto			
	Colocar al paciente en Servicio de Urgencias tras adecuación a sus necesidades y en función del diagnóstico.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.			

PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 REGISTRO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
 CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017
 Lic. CARMEN LUCIA MARIÁNEZ ESPINOZA
 C.T.S.P. N° 10851
 FEDATARIA

Reg. N° 0892



**PERÚ**
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

Reg. N° **0892**


Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. N° 10051
FEDATARIA

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	SI	NO
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de abuso o deterioro de la seguridad. La clave a la sala de emergencias del servicio debe estar en todo momento cerrada.	Verificar que el paciente o familiar responsable de la atención se encuentren seguros.			
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o a alcance de los pacientes.	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.			
	La entrega como a retirada de las camas, el personal responsable procederá al registro de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta una desatención 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 supervisión, la necesidad de acompañamiento del registro de cualquier incidencia, el control de salidas y visitas.	Verificar si el paciente cuenta con un protocolo al respecto.			
COMUNICACIÓN 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.			
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Verificar si los pacientes o familiares responsables de la atención de la UPSS.			
	La comunicación y la educación de los pacientes y de la familia se dan en un idioma comprensible y con claridad de comprensión.	Verificar si los pacientes o familiares responsables de la atención de la UPSS.			
	Se evidencian comunicaciones recurrentes entre el jefe de la UPSS y la Dirección de Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar si los pacientes o familiares responsables de la atención de la UPSS.			



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	NO APLICA	
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparadores de base acohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Disponibilidad de avamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Disponibilidad de papas para lavar manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Cumplimiento del alto avamano/paciente carta de al tenos.	Verificar el cumplimiento de lo requerido.			
	Cumplimiento de los 28 pasos de la desinfección de manos (casos y tiempo).	Verificar en 03 trabajos del servicio egresos al azar y en 03 diferentes grupos ocupacionales cumplimiento de los pasos Ver Anexo N° 02			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (casos y tiempo).	Verificar en 03 trabajos del servicio egresos al azar y en 03 diferentes grupos ocupacionales cumplimiento de 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 trabajos del servicio egresos al azar y en 03 diferentes grupos ocupacionales cumplimiento de los pasos Ver Anexo N° 04			
	Mensajes y documentos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en estos estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.			
	Disponibilidad de resacas sólidas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de resacas sólidas en la LPSS			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.			
BIOSEGURIDAD	Clasificación y manejo de los materiales de acuerdo a las normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección de persona.			
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.			
	El servicio de mantenimiento y uso de Carro de Emergencia Paquetes de Vacunas para la prevención de las AAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para AAS			
	Evidencia de cesación de actividades de vigilancia epidemiológica activa se activa y localización de AAS en la LPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia			
	Se observan se encuentran señalizados las zonas restringidas de acceso y salida.	Observar señalización de acceso de correspondencia.			
	Se observan se reservan las zonas restringidas de acceso y salida.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.			
	Se observan se reservan los accesos según le corresponde a la LPSS y se acuerdo a nivel de complejidad.	Verificar existencia de equipos biomédicos.			
	Se observan se reservan los accesos según le corresponde a la LPSS y se acuerdo a nivel de complejidad.	Verificar operatividad de equipos biomédicos			
	Verificación de conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos.	Utilización de equipos de protección por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.			
	Verificación de que la LPSS cumple con ejecución su plan anual de Vigilancia Preventiva de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las	Verificación de la existencia del plan anual de Mantenimiento.			
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		Se observan 03 equipos biomédicos egresos al azar y correspondencia cumplimiento de mantenimiento.			

PERU INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

11 MAY 2017

0892

LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.I. 3.961.611.0001

Reg. N°

FEDATARIA

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA

2017





OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ÍNDICE

	N° de pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	27
II. FINALIDAD.....	27
III. OBJETIVOS.....	27
IV. BASE LEGAL.....	28
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	28
VI. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	28
VII. CONSIDERACIONES GENERALES.....	29
VIII. RESPONSABILIDADES.....	29
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	29
X. ANEXOS.....	31

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.				
11 MAY 2017				
Reg. N°		0892		
			Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA C.E.T.S.P. N° 10651 FEDATARIA	



El presente plan de "Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura" (LVCS), pretende reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo para mejorar la seguridad de las operaciones y reducir el número de complicaciones y lograr el cumplimiento de las normas de atención básicas.

En el 2010 se aprobó el procedimiento que corresponde al proceso de Protección, recuperación y Rehabilitación de la salud” con R.D N°138-DG-INSN-2010, dejándolo sin efecto con la resolución Directoral N° 460-DG-INSN-2010 donde se actualiza el procedimiento de “Cirugía Segura”.

En el 2017 se está cumpliendo con la estandarización del Plan de la Implementación de la Lista de Verificación para Cirugía Segura, conforme a la R.M N° 1021-2010/MINSA.

El presente plan define las actividades a ser desarrolladas durante el 2017 para la mejora continua de la calidad.

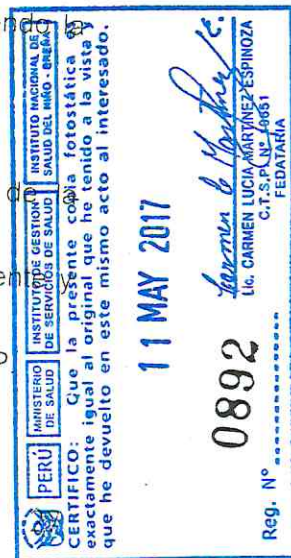
Contribuir a que los servicios quirúrgicos del Instituto Nacional de Salud del Niño sean lugares cada vez más seguros para la atención del paciente pediátrico y así disminuir los eventos adversos asociados a la atención de pacientes en sala de operaciones y recuperación.

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Lograr que las prestaciones brindadas en el Instituto sean más seguras para la atención de los pacientes, disminuyendo los riesgos en la atención y previniendo la ocurrencia de eventos adversos en Sala de Operaciones y Recuperación.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud.
- b. Fortalecer el sistema de Registro- Notificación- Análisis y mejora del Incidento Adverso en Centro Quirúrgico.
- c. Promover buenas prácticas de Atención por la seguridad del paciente en SOP.





IV. BASE LEGAL

- a. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- b. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- c. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- d. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- e. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico
- f. “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
- g. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba “La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- h. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba “La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- i. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan de la lista de Implementación de la “Lista de Verificación para la Cirugía Segura” comprende a todos los subsistemas funcionales de atención de pacientes, tales como el personal que labora en Sala de Operaciones, Jefes de Departamento (Anestesiología, Cirugía y Enfermería) y Jefes de Servicios de Cirugía del Instituto, entre otros.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Pausa quirúrgica** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico Antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.
- **Barrera de seguridad** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Estrategia de Cirugía Limpia** Incluye el lavado o higiene correcta de las manos preparación de la piel, cuidado de la herida.
- **Evento Adverso en Salud.**- Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- **Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

- **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Riesgo.-** Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.
- **Seguridad del Paciente.-** Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

El Instituto cuenta con un equipo conductor para la implementación de las LVCS

- Jefe del Departamento de Cirugía.
- Jefe del Departamento de Anestesiología.
- Jefe del Departamento de Enfermería / Supervisora del área.
- Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Responsable de la Oficina de Epidemiología.

Aprobado con R.D. N° 211-2016-DG-INSN.

VIII. RESPONSABILIDAD

Los responsable del monitoreo de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura son los Jefes de los Departamentos de Cirugía, Anestesiología y Enfermería y su cumplimiento por parte del personal de salud involucrado en el acto quirúrgico según norma.

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones con los departamentos para el seguimiento y monitoreo del cumplimiento del Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura.



IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD DE REPORTES	META ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2017												RESPONSABLE
						EN	FE	MA	AB	MA	JU	JUL	AG	SE	OC	NO	DI	
Planificación	Elaborar un instrumento que tenga las acciones a realizar	Elaborar el Plan Anual de LVSC-INSN 2017	RD del Plan Anual de actividades 2017	Anual	1		1											Equipo conductor de la LVCS
Gestión del Riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgos en Salas de Operaciones	Capacitación personal en manejo de Lista de Verificación para la Cirugía Segura	Informe de Capacitación LVCS	Semestral	2				1						1			Equipo conductor de la LVCS
		Vonitización de los indicadores de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura	Porcentaje de Cumplimiento de la aplicación de la LVCS	Trimestral	4		1			1				1		1		OGC
		Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la LVCS	Porcentaje de Adherencia de la aplicación de la LVCS	Trimestral	4		1			1				1		1		OGC
		Analisis del monitoreo de la LVCS	Encuesta aplicada para la implementación de la LVCS	Semestral	2						1					1		Equipo conductor de la LVCS
			Informe del análisis de la LVCS	Semestral	2						1					1		Equipo conductor de la LVCS

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
 Que la presente copia fotostática es
 CERTIFICADO: igual al original que he tenido a la vista y
 exactamente igual al original que he devuelto en este mismo acto al interesado.
11 MAY 2017
0892
 LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
 C.T.S.P.N. 10051
 FEDATARIA
 Reg. N° -----

Anexo N° 2

GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA
R. M. - N° 1021- 2010/MINSA



ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN LA CIRUGÍA SEGURA

Fecha:

Nombre del Establecimiento: Instituto Nacional de Salud del Niño

Responsable de la información:

Dirección del Estab. de Salud ()

Of. Gestión de la Calidad ()

Centro Quirúrgico ()

Oficina de Epidemiología ()

Dpto. Enfermería ()

Dpto./ Servicio de Cirugía ()

Of. de Estadística e Informática ()

Nombre y cargo del profesional que informa:

Semestre que informa:

1. En su establecimiento de salud, ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI

☐ NO

En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento?

3. ¿Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

☐ SI

☐ NO

¿Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI

☐ NO

En caso que respondiera SI, relacionados a:

Falta de personal

☐

Falta de conocimiento del personal

☐

Falta de motivación del personal

☐

Falta de entrenamiento del personal

☐

Procesos administrativos como:

Distribución del personal/ tareas

☐

Infraestructura

☐

Equipamiento

☐

Insumos

☐


PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - ONIPEA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

11 MAY 2017

0892

Reg. N°

Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. N° 10651
FEDATARIA



Apoyo de la gestión

Otros especificar:

4. ¿Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI

☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

☐ SI

☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas?, durante:

El año pasado

El I° semestre de este año

El II° semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

☐ SI

☐ NO

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico?

☐ SI

☐ NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad post operatoria inmediata?



15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas?

16. ¿Cuál es el número de cirugías electivas realizadas?

El año pasado

El I° semestre de este año

El II° semestre de este año

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas?

El año pasado

El I° semestre de este año

El II° semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia?

GRACIAS

