



Resolución Directoral

Miraflores, 15 de Agosto de 2019.

VISTO:

El Expediente N° 19-011641-001 que contiene el Informe N° 083-2019-OGC-HEJCU elaborado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 102-2019-OEPP-HEJCU emitido por el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto quien, a su vez, remite el Informe N° 030-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; y, la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el Segundo Párrafo del Artículo 5 del Decreto Supremo 013-2006-SA, Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben de contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos.

Que, mediante Informe N° 083-2019-OGC-HEJCU, de fecha 26 de julio de 2019, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto de Directiva N° 003-2019-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, por lo que, solicita su aprobación mediante resolución directoral.

Que, es objetivo general de la precitada directiva fortalecer las prácticas seguras de atención al usuario mediante la implementación del uso correcto del brazaletes de identificación durante todo el tiempo que el paciente permanezca en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa con la finalidad de reducir, entre otros, errores en la dispensación de medicamentos garantizando la seguridad del paciente durante su atención.

Que, mediante Informe N° 102-2019-OEPP-HEJCU, de fecha 01 de agosto de 2019, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 030-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión técnica favorable respecto al proyecto de Directiva N° 003-2019-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el proyecto de Directiva N° 003-2019-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa del Departamento de Enfermería, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1364-2018-MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la **Directiva N°003-2019-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR al Departamento de Enfermería, a la Oficina de Estadística e Informática y a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para el cumplimiento de la directiva aprobada en el artículo 1 de la presente resolución.

ARTICULO 3.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA
Director General
CMP. 32677 RNE. 17560

EEGY/CMHC/SEEV/JCCF/LCD/jp

Distribución:

- Dirección General
- Dirección Médica
- Dpto. de Cirugía
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Of. Comunicaciones
- Archivo

DIRECTIVA N° 003-2019-DG/HEJCU "LINEAMIENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA"

1. FINALIDAD

La presente directiva establece los mecanismos y procedimientos internos para identificación correcta de los pacientes que acuden al Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", con la finalidad de reducir los errores en la dispensación de medicamentos, toma de análisis clínicos, exámenes de imágenes, cirugías, garantizando la seguridad del paciente durante su atención.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las prácticas seguras de atención al usuario mediante la implementación del uso correcto del brazalete de identificación durante todo el tiempo que el paciente permanezca en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de errores en la identificación de los pacientes.
- 2.2.2 Establecer barreras de seguridad para la prevención de eventos adversos relacionados con la identificación del paciente en los servicios de emergencia y hospitalización del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- 2.2.3 Incrementar los niveles de calidad del desempeño del personal que se encarga de la atención del paciente que recibe atención en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

3. AMBITO DE APLICACIÓN

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

4. BASE LEGAL

- Ley General de Salud N° 26842 y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Seguridad del paciente:** Ausencia de riesgo o daño potencial relacionado con la prestación de servicios de salud, sustentada en elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas con el objetivo de reducir al máximo el riesgo de sufrir un incidente o evento adverso durante la atención o mitigar sus consecuencias.
- 5.1.2 Cultura de seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- 5.1.3 Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- 5.1.4 Gestión del riesgo:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- 5.1.5 Prevención del riesgo:** Acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos y abordarlos de manera precoz para minimizar daños y evitar su aparición o reaparición y reducir su impacto.
- 5.1.6 Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico o en el apoyo al diagnóstico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.
- 5.1.7 Identificación del paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

5.2 DISPOSICIONES

- La presente directiva es de uso de todo el personal administrativo y asistencial del Hospital de Emergencias "Casimiro Ulloa" que establezca contacto con el paciente para brindarle algún servicio que requiera su identificación correcta.
- El brazalete de identificación es de uso obligatorio por todos los pacientes adultos que reciben atención en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" para la recuperación de su salud.
- El brazalete de identificación será colocado por el personal de Enfermería a los pacientes que requieran hospitalización al momento de pasar a piso o al momento de aperturar historia clínica de hospitalización en las salas de Reposo de Damas y/o Varones.
- El brazalete de identificación será colocado por el personal de enfermería a los pacientes de prioridad de atención I en la sala de traumashock.

- e. El brazalete de identificación será colocado por el personal de enfermería a los pacientes que serán atendidos en las salas de Reposo de Damas y Varones.
- f. El brazalete de identificación será retirado por el Personal de Enfermería al momento de entregar los documentos del alta tanto en las salas de reposo de Damas y Varones como en hospitalización.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Funciones

6.1.1 Dirección General

- Disponer la compra de los brazaletes de identificación del usuario.
- Aprobar mediante Resolución Directoral la Directiva para el uso correcto del brazalete de identificación del usuario.

6.1.2 Oficina de Gestión de la Calidad

- Monitorear la correcta implementación de la directiva.

6.1.3 Oficina de Estadística e Informática

- Requerir la compra de los brazaletes de identificación del usuario de manera oportuna.
- Asegurar el stock de brazaletes para identificar correctamente a los usuarios que reciben atención en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Capacitar al personal de enfermería en la colocación y uso correcto del brazalete de seguridad.

6.1.4 Departamento de Enfermería

- Colocar los brazaletes de identificación a los pacientes que pasen a hospitalización o que, estando en sala de reposo damas y/o varones, permanezcan más de 24 horas en esas áreas.
- Verificar el adecuado estado de conservación de los brazaletes y reemplazarlos en caso de deterioro.
- Retirar los brazaletes de identificación a los pacientes con indicación de alta.

6.2 Procedimiento

El procedimiento para el correcto uso de brazaletes de identificación del usuario es el siguiente:

6.2.1 Evaluación en triaje

- a. Paciente llega a triaje
- b. Personal de enfermería entrevista y realiza control de funciones vitales del paciente para determinar su admisión o no admisión para recibir atención en el hospital.



- c. Si el/la paciente es admitido para atención, el personal de enfermería determina la prioridad de atención según normatividad vigente.
- d. Paciente se dirige a caja (Solo si es paciente particular) para realizar el pago por su atención, recibe su ticket y luego se dirige a admisión.
- e. Paciente particular o asegurado llega al módulo de admisión para registrarse y obtener ficha de atención.
- f. Personal de Admisión verifica la identificación del usuario con el DNI del paciente y entrega ficha de atención y brazaletes de identificación.
- g. Paciente se dirige al destino indicado en la tarjeta que el personal de triaje le entregó a su ingreso según prioridad de atención y entrega su brazaletes al personal de enfermería quien se lo colocará previa verificación de la identidad del usuario.

Nota: El paciente de prioridad I ingresa directamente a la sala de traumashock.

6.2.2 Cuando el/la paciente ingresa a traumashock

- Personal de admisión identifica al usuario
- Personal de admisión coloca brazaletes de identificación al usuario.
- Personal de enfermería verifica identificación correcta del usuario.

6.2.3 Cuando el/la paciente pasa a sala de reposo de damas/varones

- a. Personal de enfermería verifica que el/la paciente porte el brazaletes de identificación correctamente llenado y se lo coloca.
- b. Si el paciente no cuenta con el brazaletes de identificación, se notifica al personal de admisión para que imprima uno y enfermería lo recoja para la posterior colocación al usuario.
- c. Personal de enfermería reemplaza el brazaletes de seguridad en caso de deterioro de este como resultado de los procedimientos propios de su atención.
- d. Personal de enfermería verifica en todo momento el correcto uso del brazaletes de identificación.

6.2.4 Cuando el/la paciente ingresa a hospitalización

a. Sala de Reposo de Damas y Varones

- Personal de enfermería coloca el brazaletes de identificación a los pacientes con indicación de hospitalización pero que, por falta de camas, permanecen en esas áreas.

b. Centro quirúrgico

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazaletes de identificación correctamente colocado.
- Personal de enfermería verifica que el paciente egrese de centro quirúrgico con su brazaletes de identificación adecuadamente conservado, de lo contrario, lo reemplazará por uno nuevo.

c. UCI/UCINT

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazaletes de identificación correctamente colocado.

-Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.

d. Neurocirugía

-Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.

-Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.

e. Hospitalización medicina/Traumatología/Cirugía

-Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.

-Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.

6.2.5 Cuando el paciente sale de alta

-Personal de enfermería retira el brazalete de identificación del usuario al momento de la entrega de los documentos de alta.

7. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de velar por el cumplimiento de la presente directiva es de: Dirección General, Oficina de Estadística e Informática, Departamento de Enfermería y Oficina de Gestión de la Calidad.

8. DISPOSICIONES FINALES

La presente Directiva entra en vigencia al día siguiente de su aprobación y publicación.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulla"
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad