



Resolución Directoral

N° 053 -2023-GR.CAJ.DRS-HGJ/DE

Jaén, 15 de febrero del 2023

VISTO:

Informe N° 036-2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/UGC, Informe N° 010-2023-GR-CAJ-DRS-HGJ/UGC-RNSH, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala que es de interés público la provisión del servicio de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA - el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que: *"los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos incensarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;*

Asimismo, en su artículo 96° de la norma antes descrita, establece a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento que: *"los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generen riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";*

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de "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, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los Usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó 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, con el objetivo de 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;





Resolución Directoral

N° 053 -2023-GR.CAJ.DRS-HGJ/DE

Jaén, 15 de febrero del 2023

La Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA de fecha 02 de abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN; cuya finalidad es contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS pública, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, en el numeral 5.1.12 del artículo 5° de la referida Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, respecto a la Ronda de Seguridad del Paciente, señala que: *“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 IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y persona de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva”;*

El Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén – Año 2023, tiene como finalidad el de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención en salud;

Por las consideraciones expuestas, contando con vistos correspondientes y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén; facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – **APROBAR** el “Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén – Año 2023” del Hospital General de Jaén, el mismo que se adjunta y consta de sesenta y cinco (65) folios que, forman parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO. – **ENCARGAR** al responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del presente Plan.

ARTICULO CUARTO. - **ENCARGAR** al responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN



JAÉN 2023

Dirección Ejecutiva

M.C. Diana Mercedes Bolívar Joo

Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente - 2023

M.C. Diana Mercedes Bolívar Joo – Líder
Lic. Enf. Rut Noemi Sangay Hernandez – Secretaria Técnica
Ing. Francisco Manuel Palomares Murga – Miembro
Ing. Ennid Córdova Briones – Miembro
Ing. Sandy Celina Moreno Pérez – Miembro
Lic. Adm. José Euler Oblitas Díaz – Miembro
Lic. Enf. Alida Soledad Chapoñan Rioja – Miembro
Lic. Enf. Hoolly Inés Hernández Domador – Miembro
Lic. Enf. Liz Maribel Quesquen Neciosup – Miembro
Lic. Enf. Mayra del Carmen Horna Muñoz – Miembro
Lic. Nut. Cheine Berenis Vásquez Pinedo – Miembro
Lic. Tec. Med. Dennis Eduardo Pastor Portales – Miembro
Lic. Tec. Med. Geraldine Hástrid Mondragón Gil – Miembro
M.C. Segundo Mauricio Verona Balcázar – Miembro
M.C. Sophia Gamarra Tantaleán – Miembro
Obst. Roberto Carlos Martí Rodríguez – Miembro
Q.F. Crisanto Rubio Cruzado – Miembro
Q.F. Edgardo Rodríguez Chávez – Miembro

Elaborado por:

Lic. Enf. Rut Noemi Sangay Hernandez

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	5
III.	OBJETIVOS	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO.....	6
6.1.	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES: DEFINICIONES OPERATIVAS.	6
6.2.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO.....	9
6.2.1.	Antecedentes.	9
6.2.2.	Problema (magnitud y caracterización).	9
6.2.3.	Causas del problema.	10
6.2.4.	Población objetivo.	10
6.2.5.	Alternativas de solución.	11
6.3.	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI	11
6.4.	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	12
6.4.1.	Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.	12
6.4.2.	Costeo de las Actividades por tarea.	14
6.4.3.	Cronograma de actividades	17
6.4.4.	Responsables para el desarrollo de cada actividad.	19
6.5.	PRESUPUESTO	20
6.6.	FINANCIAMIENTO	20
6.7.	ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	21
VII.	RESPONSABILIDADES	22
VIII.	ANEXOS	22
	Anexo N° 01: Matriz de programación de metas físicas y presupuestales	23
	Anexo N° 02: Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales.....	26
	Anexo N° 03: Equipo de rondas de seguridad del paciente período 2023.....	29
	Anexo N° 04: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente 2023	30
	Anexo N° 05: Fichas de evaluación.....	31
	Anexo N° 06: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final	63
	Anexo N° 07: Metodología de ejecución de ronda de seguridad del paciente	64
IX.	BIBLIOGRAFÍA	65



I. INTRODUCCIÓN

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad, por ejemplo: errores de medicación, infecciones relacionadas con la atención sanitaria, procedimientos quirúrgicos poco seguros, las prácticas de inyección poco seguras, errores diagnósticos, prácticas de transfusión poco seguras, septicemia, tromboembolias venosas, etc.

Hablar de seguridad del paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes.

El principio "Primum Non Nocere" (Lo primero es no hacer daño) subyace a cada acto asistencial, a pesar de ello, y por la cada vez mayor complejidad de la atención, el componente humano individual interactúa con varios factores: elementos propios del paciente, de las tareas o procedimientos, de la estructura físico ambiental que incluye el material, el equipamiento técnico y el lugar físico donde se produce la asistencia o de la organización, que son la causa de que los eventos adversos puedan presentarse de forma más frecuente de lo deseado.

En el año 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud dio como fruto la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, y en especial para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir las muertes evitables.

A pesar de los avances en los últimos años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, y por ello debemos seguir avanzando. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, implementar proyectos de mejora que involucren a pacientes y personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad, entrenar a los equipos de salud en la utilización de metodologías innovadoras, la aplicación de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos.

Es en este contexto el Ministerio de Salud del Perú, mediante Resolución Ministerial N° 163-2022-MINSA, aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud". Durante los últimos dos años la implementación de esta actividad en el Hospital General de Jaén ha contribuido a mejorar aspectos claves de prevención de riesgos en salud, evidenciándose en la mejora de 44% de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Atención en Salud en el año 2021 a 58% en el año 2022, de igual manera el cumplimiento de acciones correctivas pasó de 34% a 45%.

Estos resultados en términos de calidad han significado que, de tener sólo una UPSS donde se evitaban los riesgos, actualmente en todas las UPSS del Hospital General se promuevan las Buenas Prácticas de Atención en Salud, y en el 20% de estas se hayan logrado institucionalizar y sostener en el tiempo.

Por ello, se formula el presente Plan de Rondas de Seguridad del Paciente, que es una práctica recomendada para incrementar la calidad en los servicios clínicos y no clínicos relacionados al cuidado de los pacientes. Teniendo como objetivo principal fortalecer la cultura por la seguridad del paciente y elevar el número de UPSS que institucionalicen las Buenas Prácticas de Atención en Salud.



II. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención en salud en el Hospital General Jaén.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.
2. Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.
3. Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén, es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) del Hospital General de Jaén.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus Modificadorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
- Ley N° 29783 "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo" según D.S. 005- 2012-TR.
- Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, que aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDD, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud".
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la 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".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 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° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N°110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- 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°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad".



- Resolución Directoral N° 013-2023-GR.CAJ-DRS-HGH/DE, que aprueba la conformación del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén para el periodo 2023", y aprueba el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – 2023".
- Resolución Directoral N° 038-2023-GR.CAJ-DRS-HGH/DE, que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2023" del Hospital General de Jaén.

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES: DEFINICIONES OPERATIVAS.

Acción insegura: Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo de salud. En un evento adverso pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

Acciones correctivas: Son las acciones a corto, mediano y largo plazo que se van a desarrollar a fin de erradicar, reducir o mitigar los riesgos asistenciales como consecuencia del incumplimiento del verificador evaluado.

Atención segura: Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de los resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Bioseguridad: Conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que está expuesto en el desempeño de sus funciones, también a los pacientes y al medio ambiente.

Buenas prácticas de atención en salud: Una buena práctica asistencial o práctica clínica segura es aquella que se apoya en la mejor evidencia disponible y que procura prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a dicha práctica.

Comunicación efectiva: Es un tipo de comunicación en la que conseguimos transmitir el mensaje de una forma entendible y muy clara para el receptor sin provocar dudas, confusiones o posibles interpretaciones equivocadas.

Contención mecánica: Es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise para tratar de garantizar la seguridad del mismo y de los demás, usando un método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad.

Cultura de seguridad: Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

Cumplimiento: Es el porcentaje de verificadores de una buena práctica que se evidencian que se están ejecutando en la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS), respecto al total de verificadores que le corresponden aplicar a la UPSS.

Equipo de rondas de seguridad del paciente: Es un equipo conformado y liderado por la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda y actualizado anualmente, quienes tienen la responsabilidad de ejecutar las actividades de Rondas de Seguridad del Paciente.

Evento adverso: Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Evento centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico, 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.

Fuga de pacientes: Se considera cuando el alta se produce a instancias del propio paciente, sin que exista alta médica ni conocimiento del personal del servicio.

Funcionamiento y manejo de equipos: Implica las labores de revisión, limpieza, reparación y cambio de piezas de los equipos, lubricación de todas las partes móviles, verificación de alarmas o sistemas de alertas, carga, reemplazo de baterías, partes diseñadas para mantener en operación o para proteger el equipo en caso de fallas eléctricas.

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 índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/penalización/indemnización.

Gestión de riesgo: Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado en 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.

Higiene de manos: Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.

Historia clínica: Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.

Incidente: 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.

Identificación del paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Infección asociada a la atención en salud (IAAS): Es toda condición sistemática o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.

Institución prestadora de servicios de salud (IPRESS): Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen como finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

Monitoreo: Fecha en que se evalúa la implementación del plan de acción y cumplimiento de las acciones correctivas.

Notificación: Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias. Lo que se notifica son: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.



Prevención: Son las medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección.

Prevención de caídas: Se refiere a los cuidados de enfermería y del equipo de salud que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente, para crear un entorno seguro y reducir las lesiones relacionadas con las caídas.

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.

Prevención del suicidio y lesiones: El suicidio, conforme la definición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), es parte de una clase más amplia de comportamientos denominada violencia autoinfligida. Se entiende por violencia autoinfligida un comportamiento dirigido hacia uno mismo, cuyo resultado deliberado es la lesión o el potencial de causar una lesión. Esta violencia autoinfligida puede ser de carácter suicida o no suicida.

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.

Responsable: Es el encargado de implementar alguna acción o actividad propuesta.

Riesgo: Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención en salud.

Ronda de seguridad del paciente: Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención de salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, 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 la 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 prestaba atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Seguridad en la Medicación: Incluye una serie de actividades que los profesionales de la salud pueden hacer para asegurarse de obtener el máximo beneficio de los medicamentos con el menor riesgo de daño.

Seguridad Sexual: Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

Úlcera por presión: También llamadas escaras son lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presión prolongada sobre la piel. Generalmente se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo como talones, tobillos, caderas, coxis, omóplatos, espalda lumbar, etc.

Unidad productora de servicios de salud (UPSS): Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

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 riesgos de la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente.



Verificador inseguro: Acción objetiva y evidenciable que permite evaluar el desarrollo de una buena práctica asistencial en una UPSS. Estas acciones corresponden a directivas y normas técnicas nacionales y referencias internacionales, y que en la ficha de evaluación han sido clasificados como No Cumplimiento.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO.

6.2.1. Antecedentes.

Las rondas de seguridad del paciente son una excelente herramienta de gestión de la calidad que permiten fomentar una cultura de seguridad de los pacientes para los trabajadores en una institución prestadora de salud. Desde el 2021, en el HGJ se viene realizando las rondas de seguridad, lo que ha permitido identificar una serie de acciones inseguras durante la atención de las pacientes en los diferentes servicios asistenciales.

En la ronda inicial realizada en el año 2021 el nivel de cumplimiento de buenas prácticas, según servicios visitados fue: medicina física y rehabilitación 71%, farmacia 66%, unidad de cuidados intensivos 64%, laboratorio clínico 62%, centro quirúrgico 58%, consulta externa 47%, central de esterilización 46%, diagnóstico por imágenes 46%, anatomía patológica 43%, centro obstétrico 35%, hospitalización cirugía 34%, emergencia: madre-niño 23%, banco de sangre 18%, nutrición y dietética 14%.

Posterior a la implementación de acciones correctivas el nivel de cumplimiento de buenas prácticas se incrementó considerablemente, finalizando el año con 03 UPSS que institucionalizaron las buenas prácticas de atención en salud, 10 UPSS donde se promovían las buenas prácticas de atención en salud y sólo 01 UPSS en proceso de mejora.

En el año 2022 durante la ronda inicial, el cumplimiento basal de buenas prácticas, según servicios visitados fue: unidad de cuidados intensivos 79%, unidad de cuidados intermedios neonatal 78%, hospitalización cirugía 75%, centro de hemoterapia y banco de sangre 73%, nutrición y dietética 67%, medicina física y rehabilitación 67%, diagnóstico por imágenes 66%, anatomía patológica 62%, centro quirúrgico 61%, emergencia: cirugía-medicina 57%, farmacia 56%, laboratorio clínico 55%, hospitalización ginecología 54 %, emergencia: madre-niño 54%, centro obstétrico 50%, hospitalización medicina 49%, hospitalización neonatología 43%, central de esterilización 43%, hospitalización pediatría 40%, consulta externa 40%.

Luego de implementar las acciones de mejora al término del año 04 UPSS lograron institucionalizar las buenas prácticas y las otras 16 UPSS lograron alcanzar entre el 65 y 83% de su cumplimiento.

En términos generales, el cumplimiento global de buenas prácticas de atención en salud mejoró de 44% de cumplimiento a 58% en el año 2022, de igual manera el cumplimiento de acciones correctivas pasó de 34% a 45%. Sin embargo, aún no se encuentra dentro del estándar óptimo.

6.2.2. Problema (magnitud y caracterización).

Dentro de los puntos críticos identificados tenemos: registros de la historia clínica incompletos o mal llenados, uso de formatos desactualizados, personal en formación (internos) no cuentan con un supervisor durante sus actividades y no aplican el consentimiento informado para actividades de docencia, algunas camas y camillas no cuentan con barandas, algunas unidades no tienen un sistema de llamado o timbre cerca del paciente, no se verifica la identidad del paciente mediante el brazalete antes de los procedimientos asistenciales, algunos servicios tienen desabastecido su coche de paro, los medicamentos o insumos médicos no se encuentran ordenados o no tienen un mecanismo de control de vencimiento, ausencia del registro de pacientes con sujeción mecánica, ausencia de la guía de seguridad sexual, ausencia del registro de pacientes con úlceras por



presión, incumplimiento de la guía de curación de úlceras por presión, ausencia de la guía de prevención del suicidio y lesiones, los servicios no han publicado su horario de atención o informes médicos, incumplimiento de la realización de higiene de manos, segregación inadecuada de residuos sólidos y material punzocortante, ausencia del plan de medidas preventivas de las infecciones asociadas a la atención en salud, ausencia del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Los riesgos identificados han sido catalogados como frecuentes es decir que su incumplimiento es casi inevitable y tienen muy alta probabilidad de ocurrencia; probables, es decir el incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos o evaluaciones previas, y existe alta probabilidad de ocurrencia; y ocasionales, debido a que el incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en evaluaciones previas y hay una moderada probabilidad de ocurrencia.

En cuanto a la gravedad o el impacto de los riesgos identificados, se encontraron riesgos catastróficos porque su incumplimiento es muy crítico y afecta el funcionamiento de seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias; riesgos importantes, porque el incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente y produce un grado de insatisfacción elevado; en menor proporción riesgos moderados, porque el incumplimiento del verificador produce cierta insatisfacción en el usuario. Todos los riesgos que se encontraron han tenido una factibilidad de intervención evitable y reducible.

6.2.3. Causas del problema.

Dentro de las causas o motivos que han sido identificadas y referidas por el personal asistencial al momento de realizar la ronda o durante las reuniones de coordinación, se encuentran:

- Alta rotación de personal.
- Sobrecarga laboral.
- Múltiples formatos a completar o llenar durante las actividades asistenciales.
- Falta de compromiso con la seguridad del paciente.
- Ausencia de programación para realización de labores administrativas.
- Desconocimiento de las normas básicas de atención en salud.
- Desconocimiento e incumplimiento de las guías de procedimientos.
- Ausencia de las guías de práctica clínica.
- Falta de coordinación entre el equipo de salud.
- Falta de estímulos o reconocimientos a las buenas prácticas.

6.2.4. Población objetivo.

El presente plan de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén está dirigido a todo el personal asistencial y administrativo que labore en las UPSS de:

- Anatomía Patológica.
- Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.
- Central de Esterilización.
- Centro Obstétrico.
- Centro Quirúrgico.
- Consulta Externa.
- Diagnóstico por Imágenes.
- Emergencia: Cirugía – Medicina.
- Emergencia: Madre – Niño.
- Farmacia.
- Hospitalización Cirugía.
- Hospitalización Ginecología.



- Hospitalización Medicina.
- Hospitalización Neonatología y Alojamiento Conjunto.
- Hospitalización Pediatría.
- Laboratorio Clínico.
- Medicina de Rehabilitación.
- Nutrición y Dietética.
- Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.
- Unidad de Cuidados Intermedios Adulto.
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal.

6.2.5. Alternativas de solución.

Implementar lo dispuesto por el Ministerio de Salud del Perú, mediante la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", y formular el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente, como una práctica recomendada para incrementar la calidad en los servicios clínicos y no clínicos relacionados al cuidado de los pacientes. Teniendo como objetivo principal fortalecer la cultura por la seguridad del paciente y elevar el número de UPSS que institucionalicen las Buenas Prácticas de Atención en Salud.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), tiene como visión del Perú al año 2050, como un país democrático, respetuoso del Estado de derecho y de la institucionalidad, integrado al mundo y proyectado hacia un futuro que garantiza la defensa de la persona humana y de su dignidad en todo el territorio nacional. Dentro de este marco, las políticas de Estado que se han concretado en el PEDN son; los planes estratégicos sectoriales multianuales (PESEM) y los planes estratégicos multisectoriales (PEM); las políticas territoriales, en los planes de desarrollo regional concertado (PDRC) y en los planes de desarrollo local concertado (PDLC); y las políticas institucionales, en los planes estratégicos institucionales (PEI) y en los planes operativos institucionales (POI).

Los enfoques orientadores consideran a la persona como el centro del desarrollo y propósito o fin último del desarrollo sostenible del país. Por eso, cada uno de los elementos que comprende el PEDN coloca la atención en las personas y su vida en comunidad, considerando los enfoques de: derechos humanos, género, interculturalidad, igualitario y territorial, incluyendo el desarrollo humano, desarrollo social e institucional, desarrollo ambiental y desarrollo económico, y acceso al entorno digital.

En base a los ejes de la Visión del Perú al 2050 y en contexto con las prioridades establecidas, el PEDN ha propuesto una apuesta estratégica para el desarrollo del país en el largo plazo, organizada en 4 Objetivos Nacionales (ON), siendo el Objetivo Nacional 1: "Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás", que enfrenta al Reto: "Sistema de la salud deficiente en recursos humanos y logísticos que atenta contra integridad física y mental de los ciudadanos", que impide que las personas desarrollen y aprovechen plenamente sus capacidades y vivan mejor. Teniendo por ello que "Desarrollar e integrar la gestión de la salud", y colocar como intervención prioritaria el: Mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para brindar salud física y mental; Asegurar los recursos humanos y logísticos para el funcionamiento del sistema de salud preventiva y especializada; y dotar de una estrategia sanitaria de largo plazo para respuestas desde la salud ante futuras pandemias; laboratorios e institutos especializados de investigación.

En cuanto a la articulación operativa, dentro de los objetivos específicos de la Matriz Nacional, tenemos al OE 1.2. Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal



a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital. Y con ello contribuir con el cumplimiento del Lineamiento de política del plan estratégico de desarrollo nacional al 2050 correspondiente a "Garantizar el ejercicio pleno de derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas, sin discriminación y en igualdad de oportunidades".

De igual forma el presente plan se alinea a la Tercera Política Nacional de Calidad en Salud, dado que la Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención. Y al objetivo estratégico 04 del PEI-MINSA 2021-2024 - OEI 04: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.

Objetivo Específico 01: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Informe	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva
Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Acta de Reunión	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Plan	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva
Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Nota informativa	1	Jefe de la UGC

Objetivo Específico 02: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Lista de Asistentes	1	Jefe de la UGC
Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	Nota informativa	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Informe	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Hoja de resultados	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Base de datos	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Priorizar las acciones de intervención.	Base de datos	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Elaborar el plan de acciones correctivas.	Plan de acciones correctivas	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente Representante de la UPSS visitada
Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	Memorando/ Informe	21	Jefe del Departamento de la UPSS visitada
Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Informe	21	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

Objetivo Específico 03: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	4	Responsable de Seguridad del Paciente
Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Oficio	4	Dirección Ejecutiva
Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	2	Responsable de Seguridad del Paciente
Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Oficio	2	Dirección Ejecutiva
Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.	Informe	1	Responsable de Seguridad del Paciente

6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea.

Objetivo General del Plan	Actividades	Tareas	Costo
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.	Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.		
	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Realizar la propuesta e informe técnico y presentar a la UGC.	s/. 1.00
		Derivar a la Dirección Ejecutiva para solicitar su aprobación.	s/. 0.00
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Revisar y dar visto bueno a la propuesta presentada.	s/. 0.00
		Emitir Resolución Directoral.	s/. 0.00
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Realizar invitación a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.	s/. 1.00
		Reunir al Equipo de Rondas de Seguridad y asignar funciones dentro del mismo.	s/. 0.00
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Realizar revisión documentaria y normativa.	s/. 0.00
		Adaptar el plan a lo solicitado en la Directiva Sanitaria y los Compromisos de Mejora.	s/. 8.00
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Revisar y dar visto bueno al plan presentado.	s/. 0.00
		Emitir Resolución Directoral.	s/. 0.00
	Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Elaborar nota informativa y entregar plan de rondas.	s/. 1.00
		Realizar invitación a los jefes de Departamento y Coordinadores de Servicio.	s/. 1.00



Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Presentar resultados previos acerca del cumplimiento de indicadores de Rondas de Seguridad. Sensibilizar a los participantes al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.	s/. 0.00
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	Entregar los verificadores de evaluación por UPSS.	s/. 3.00
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Convocar al equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.	s/. 0.00
		Reunir al Equipo de Rondas de Seguridad.	s/. 0.00
		Realizar el sorteo de la UPSS a visitar.	s/. 0.00
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Convocar al jefe/coordinador/responsable de la UPSS para incorporarlo al equipo.	s/. 0.00
		Determinar el listado final de los criterios que se evalúan en la UPSS a visitar.	s/. 0.00
		Aplicar la metodología de Ronda de Seguridad: Entrevista, Revisión documentaria y observación.	s/. 0.00
		Realizar la retroalimentación in situ antes los verificadores inseguros que se identifiquen.	s/. 0.00
		Ingresar los datos recogidos en la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente y presentar la hoja de resultados.	s/. 590.00
		Dar señal de conformidad con el puntaje alcanzado y firmar hoja de resultados.	s/. 0.00
	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Establecer la probabilidad de del incumplimiento del verificador.	s/. 0.00
	Priorizar las acciones de intervención.	Determinar la gravedad del incumplimiento del verificador.	s/. 0.00
		Realizar la valoración de los riesgos identificados.	s/. 0.00
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	Determinar la factibilidad de intervención ante los riesgos identificados. Proponer y elegir las propuestas de mejora ante los riesgos identificados.	s/. 0.00



		Redactar el plan de acción.	s/. 0.00
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	Elaborar el informe de la ronda realizada y derivar a la D.E. y al Departamento de UPSS visitada.	s/. 14.00
		Recibir el informe de la ronda realizada.	s/. 0.00
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Derivar las recomendaciones para su cumplimiento correspondiente.	s/. 0.00
		Realizar el monitoreo en la UPSS.	s/. 0.00
	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva.	Elaborar el informe del monitoreo realizado y derivar a la D.E. y al Departamento de UPSS visitada.	s/. 10.00
		Realizar el informe técnico y presentar a la UGC.	s/. 1.00
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca.	Derivar a la Dirección Ejecutiva para su derivación correspondiente.	s/. 1.00
		Emitir oficio u otro documento formal y enviar informe técnico trimestral.	s/. 0.00
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva.	Realizar el informe técnico y presentar a la UGC.	s/. 1.00
		Derivar a la Dirección Ejecutiva para su derivación correspondiente.	s/. 1.00
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca.	Emitir oficio u otro documento formal y enviar informe técnico semestral.	s/. 0.00
		Realizar el informe y presentar a la UGC.	s/. 1.00
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva.	Derivar informe a la Dirección Ejecutiva.	s/. 1.00
		TOTAL	S/. 635.00

6.4.3. Cronograma de actividades

Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.		I TRIMESTRE 2023			II TRIMESTRE 2023			III TRIMESTRE 2023			IV TRIMESTRE 2023		
Objetivo Específico	Actividades	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2023.	1											
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2023.	1											
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	1											
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	1											
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.		1										
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.		1										
	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente	1											
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	1											
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAÉN
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
	Priorizar las acciones de intervención.	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva			1					1					1
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca			1					1					1
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva								1					1
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca								1					1
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.													1



6.4.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad.

Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.

Objetivo Específico	Actividad	Responsables
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Responsable de Seguridad del Paciente
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Dirección Ejecutiva
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Responsable de Seguridad del Paciente
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Responsable de Seguridad del Paciente
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Dirección Ejecutiva
	Difundir el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Jefe de la UGC
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Jefe de la UGC
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS.	Responsable de Seguridad del Paciente
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
	Priorizar las acciones de intervención.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente Representante de la UPSS visitada
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas.	Jefe del Departamento de la UPSS visitada
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Responsable de Seguridad del Paciente
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Dirección Ejecutiva
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Responsable de Seguridad del Paciente
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA Cajamarca	Dirección Ejecutiva
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a Dirección Ejecutiva.	Responsable de Seguridad del Paciente

6.5. PRESUPUESTO

Descripción	Cantidad	Unid Medida	Costo Unitario	Costo Total
Refrigerios	130	Unidad	S/ 4.54	S/ 590.20
Papel bond	2	Millar	S/ 17.40	S/ 34.80
Lapiceros	20	Unidad	S/ 0.50	S/ 10.00
TOTAL				S/ 635.00

6.6. FINANCIAMIENTO

- Fuente de financiamiento: recursos ordinarios.
- Categoría Presupuestal: 9002, asignaciones presupuestarias que no resultan en productos.
- Actividad Presupuestal: 5000003: Gestión Administrativa.
- Genérica de Gasto: 0053565 Gestión de la Calidad



6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

Declaración de Objetivos	Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Meta programada				Fuente de Información	Responsable
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.									
Objetivo Específico 1: Ejecutar el plan anual de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud año 2023.	Porcentaje de actividades realizadas	(N° de Actividades ejecutadas/N° de Actividades programadas) x100	Informe				>90%	Plan de Rondas de Seguridad	Responsable de Seguridad del Paciente
	Porcentaje de rondas de seguridad del paciente aplicadas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas/N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas) x100	Informe	>90%	>90%	>90%	>90%	Hoja de resultados de evaluación	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Verificadores conformes /N° Verificadores evaluados) x100	Informe	>70%	>70%	>70%	>70%	Ficha de evaluación	Jefes/coordinadores/responsables de la UPSS visitadas Personal asistencial
	Porcentaje de acciones de mejora implementadas en el Hospital General de Jaén.	(N° de Acciones de Mejora Implementadas/N° de Acciones de Mejora Propuestas) x100	Informe	>50%	>50%	>50%	>50%	Ficha de monitoreo	Jefes/coordinadores/responsables de la UPSS visitadas Personal asistencial
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Porcentaje de informes realizados	(N° de informes realizados/N° de informes programados) x100	Informe	>90%	>90%	>90%	>90%	Informes realizados	Responsable de Seguridad del Paciente



VII. RESPONSABILIDADES

- **Nivel Nacional:** No Aplica
- **Nivel Regional:** No Aplica
- **Nivel local:**
 - **Dirección Ejecutiva.**
 - Supervisar el cumplimiento del plan anual de rondas de seguridad del paciente.
 - Liderar la ejecución de rondas de seguridad del paciente.
 - **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.**
 - Ejecutar las rondas de seguridad del paciente.
 - Participar en la elaboración del plan de acción ante los verificadores inseguros identificados en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
 - Evaluar la implementación de las acciones correctivas emitidas en las rondas de seguridad del paciente.
 - Elaborar el informe de los hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad y el monitoreo correspondiente.
 - **Responsable de Seguridad del Paciente.**
 - Elaborar el plan de rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital General de Jaén.
 - Elaborar los informes trimestrales, semestrales y anual, según corresponda.
 - Brindar asesoría técnica a los servicios, según lo requieran.
 - **Jefes de Departamento, Coordinadores y/o responsables de servicios.**
 - Cumplir con lo establecido en el plan de rondas de seguridad del paciente.
 - Gestionar los requerimientos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas, a fin de mejorar los servicios.
 - Participar de la realización de las rondas de seguridad.
 - Participar en la elaboración del plan de acción.
 - Participar en el monitoreo de acciones correctivas.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Matriz de programación de metas físicas y presupuestales.
- Anexo N° 02: Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales.
- Anexo N° 03: Equipo de rondas de seguridad del paciente período 2023.
- Anexo N° 04: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente 2023.
- Anexo N° 05: Fichas de evaluación.
- Anexo N° 06: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final.
- Anexo N° 07: Metodología de ejecución de ronda de seguridad del paciente.



Anexo N° 01: Matriz de programación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:	Estructura programática operativa					Estructura programática del presupuesto												
Objetivo General del Plan	Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.																	
OBJETIVOS ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL(S/)											
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Meta Física Anual	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Generica de Gasto	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Total Presupuesto (S/)	Responsable	
Objetivo Especifico 1: Fortalecer la gestión de incidencias, sugerencias, reclamos y la medición de satisfacción de los usuarios externos; así como de las consultas y difusión de derechos y deberes en salud entre los usuarios internos y externos del Hospital General de Jaén.	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Informe	1				1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 1.00	S/ -	S/ -	S/ -	S/ 1.00	Responsable de Seguridad del Paciente	
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas período 2023.	Resolución Directoral	1				1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	Dirección Ejecutiva	
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Acta de Reunión	1				1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 1.00	S/ -	S/ -	S/ -	S/ 1.00	Responsable de Seguridad del Paciente	
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Plan	1				1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 8.00	S/ -	S/ -	S/ -	S/ 8.00	Responsable de Seguridad del Paciente	
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1					1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	Dirección Ejecutiva
	Difundir plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Nota informativa	1					1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	39999999 SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 1.00	S/ -	S/ -	S/ -	S/ 1.00	Jefe de la UCC
TOTAL																S/ 11.00		



Anexo N° 01: Matriz de programación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:	Estructura programática operativa				Unidad de Gestión de la Calidad																	
Objetivo General del Plan	Estructura programática del presupuesto																					
Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.																						
OBJETIVOS ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/)														
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Meta Física Anual	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Generica de Gasto	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Total Presupuesto (\$/)	Responsable					
Objetivo Específico 2: Disminuir los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Lista de Asistentes	1					1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	1.00	S/	-	S/	-	S/	1.00	Jefe de la UGC	
	Disfundiir los verificadores a evaluar según UPSS	Nota informativa	1						1	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	3.00	S/	-	S/	-	S/	3.00	Responsable de Seguridad del Paciente
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS.	Informe	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	-	S/	-	S/	-	S/	-	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Hoja de resultados	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	147.50	S/	147.50	S/	147.50	S/	147.50	590.00	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Base de datos	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	-	S/	-	S/	-	S/	-	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	
	Priorizar las acciones de intervención.	Base de datos	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	-	S/	-	S/	-	S/	-	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	Plan de acciones correctivas	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	-	S/	-	S/	-	S/	-	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas	Memorandum/ Informe	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	3.50	S/	3.50	S/	3.50	S/	3.50	14.00	Responsable de la UPSS visitada
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Informe	5	6	5	5	5	21	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS OLENO RESULTAN EN RR	3999999 SN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/	2.50	S/	2.50	S/	2.50	S/	2.50	10.00	Jefe del Departamento de la UPSS visitada
	TOTAL															S/	618.00					

Anexo N° 01: Matriz de programación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:	Estructura programática operativa										Estructura programática del presupuesto								
Objetivo General del Plan	Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.																		
OBJETIVOS ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/)											
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Meta Física Anual	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Genérica de Gasto	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	Total Presupuesto (\$/)	Res ponsable		
Objetivo Específico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y los hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	1	1	1	1	4	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	3999999: SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 0.50	S/ 0.50	S/ 0.50	S/ 0.50	2.00	Responsable de Seguridad del Paciente		
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a Diresa Cajamarca	Oficio	1	1	1	1	4	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	3999999: SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	-	Dirección Ejecutiva		
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	1	1	1	1	2	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	3999999: SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ 0.50	S/ 0.50	S/ 0.50	S/ 0.50	2.00	Responsable de Seguridad del Paciente		
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a Diresa Cajamarca	Oficio	1	1	1	1	2	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	3999999: SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	-	Dirección Ejecutiva		
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva.	Informe						9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PR	3999999: SN PRODUCTO	5000003: GESTION ADMINISTRATIVA	0053565 Gestión de la Calidad	S/ -	S/ -	S/ -	S/ -	-	Responsable de Seguridad del Paciente		
TOTAL \$/																6.00			

Anexo N° 02: Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:		Unidad de Gestión de la Calidad												
Objetivo General del Plan		Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.												
OBJETIVO ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS						EJECUCIÓN PRESUPUESTAL(S/)					
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual		I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual	
			Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado
Objetivo Específico 1: Fortalecer la gestión de incidencias, sugerencias, reclamos y la medición de satisfacción de los usuarios externos; asimismo de las consultas y difusión de derechos y deberes en salud entre los usuarios internos y externos del Hospital General de Jaén.	Solicitar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobación del Cronograma Anual de Rondas periodo 2023.	Informe	1				1		S/ 1.00				S/ 1.00	
	Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobar el Cronograma Anual de Rondas periodo 2023.	Resolución Directoral	1				1		S/ 1.00				S/ -	
	Instalar y capacitar al equipo de rondas de seguridad del paciente.	Acta de Reunión	1				1		S/ 1.00				S/ 1.00	
	Elaborar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Plan	1				1		S/ 8.00				S/ 8.00	
	Aprobar el plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1				1		S/ -				S/ -	
	Difundir plan anual de rondas de seguridad del paciente.	Nota informativa	1				1		S/ 1.00				S/ 1.00	
TOTAL												S/ 11.00		

Anexo N° 02: Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:		Unidad de Gestión de la Calidad												
Objetivo General del Plan		Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.												
OBJETIVO ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS						EJECUCIÓN PRESUPUESTAL(S/)					
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual		I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual	
			Programado	Ejecutado %	Programado	Ejecutado %	Programado	Ejecutado %	Programado	Ejecutado %	Programado	Ejecutado %	Programado	Ejecutado %
Objetivo Especifico 2: Determinar los verificadores inseguros identificados durante las rondas de seguridad del paciente.	Socializar con los jefes de Departamento y coordinadores de servicios las disposiciones de Rondas de Seguridad del Paciente.	Lista de Asistentes	1				1		S/ 1.00		S/ -		S/ 1.00	
	Difundir los verificadores a evaluar según UPSS	Nota informativa	1				1		S/ 3.00		S/ -		S/ 3.00	
	Realizar las rondas de seguridad programadas en las UPSS	Informe	11		10		21		S/ -		S/ -		S/ -	
	Evaluar el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en la UPSS.	Hoja de resultados	11		10		21		S/ 235.00		S/ 235.00		S/ 590.00	
	Elaborar la matriz de riesgos de los verificadores inseguros identificados.	Base de datos	11		10		21		S/ -		S/ -		S/ -	
	Priorizar las acciones de intervención.	Base de datos	11		10		21		S/ -		S/ -		S/ -	
	Elaborar el plan de acciones correctivas.	Plan de acciones correctivas	11		10		21		S/ -		S/ -		S/ -	
	Solicitar el cumplimiento de las acciones correctivas	Memorandum/ Informe	11		10		21		S/ 7.00		S/ 7.00		S/ 14.00	
	Monitorizar la implementación de acciones correctivas.	Informe	11		10		21		S/ 5.00		S/ 5.00		S/ 10.00	
TOTAL S/													618.00	

Anexo N° 02: Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales

Unidad Orgánica:		Unidad de Gestión de la Calidad												
Objetivo General del Plan		Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.												
		CUMPLIMIENTO DE METAS FISICAS						EJECUCIÓN PRESUPUESTAL(S)						
OBJETIVO ESPECÍFICO	Actividad	Unidad de Medida	I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual	I SEMESTRE		II SEMESTRE		Anual		
			Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado		Programado	% Ejecutado	Programado	% Ejecutado		Programado	% Ejecutado
Objetivo Especifico 3: Realizar informes periódicos sobre los indicadores y los hallazgos encontrados durante las rondas de seguridad del paciente.	Elaborar el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	2		2		4		S/ 1.00		S/ 1.00		S/ 2.00	
	Remitir el informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA	Oficio	2		2		4		S/ -		S/ -		S/ -	
	Elaborar el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva	Informe	1		1		2		S/ 1.00		S/ 1.00		S/ 2.00	
	Remitir el informe semestral de Rondas de Seguridad del Paciente a DIRESA	Oficio	1		1		2		S/ -		S/ -		S/ -	
	Elaborar el informe de cumplimiento del plan de rondas de seguridad del paciente y presentar a la Dirección Ejecutiva.	Informe			1		1				S/ 2.00		S/ 2.00	
			TOTAL						TOTAL S/ 6.00					

Anexo N° 03: Equipo de rondas de seguridad del paciente período 2023



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAEN



Resolución Directoral

N° 013 -2023-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 16 de enero del 2023

N°	ORGÁNICA/DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	CARGO	NOMBRE Y APELLIDO
1	Dirección Ejecutiva	Lider	Mc. Diana Mercedes Bolívar Joo
2	Unidad de Gestión de la Calidad	Secretario Técnico	Lic. Enf. Rut Noemí Sangay Hernández
3	Oficina de Administración	Miembro	Ing. Francisco Manuel Palomares Murga.
4	Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Mc. Segundo Mauricio Verona Balcázar
5	Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Ing. Ennid Córdova Briones.
6	Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro	Lic. Adm. José Euler Oblitas Díaz.
7	Unidad de Inteligencia Sanitaria	Miembro	Ing. Sandy Celina Moreno Pérez.
8	Unidad de Inteligencia Sanitaria	Miembro	Lic. Enf. Hoolly Inés Hernández Domador
9	Departamento de Apoyo al Diagnóstico	Miembro	Lic. Tec. Med. Dennis Eduardo Pastor Portales.
10	Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Lic. Nut. Cheine Berenis Vázquez Pinedo.
11	Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Lic. Tec. Med. Geraldine Hástid Mondragón Gil.
12	Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Q.F. Crisanto Rubio Cruzado
13	Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro	Q.F. Edgardo Rodríguez Chávez.
14	Departamento de Cirugía	Miembro	Lic. Enf. Alida Soledad Chapoñan Rioja.
15	Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos.	Miembro	Lic. Enf. Liz Maribel Quesquén Neciosup.
16	Departamento de Enfermería	Miembro	Lic. Enf. Mayra del Carmen Horta Muñoz.
17	Departamento de Ginecoobstetricia	Miembro	Obst. Roberto Carlos Marti Rodriguez.
18	Departamento de Medicina	Miembro	Mc. Sophia Gamarra Tantaleán.



ARTÍCULO SEGUNDO APROBAR "El Cronograma Actual de Rondas de Seguridad del Paciente – 2023" del Hospital General de Jaén, el mismo que consta de un (01) folio, y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO. – ENCARGAR a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, la implementación, difusión y supervisión a fin de dar cumplimiento al Cronograma Actual de Rondas de Seguridad del Paciente – 2023" del Hospital General de Jaén.

ARTÍCULO CUARTO. - DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.


Diana Mercedes Bolívar Joo
PATÓLOGO CLÍNICO / C.M.P. 154124
DIRECTORA EJECUTIVA

Anexo N° 04: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente 2023

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023

IPRESS: HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

TITULAR DE LA IPRESS: M.C. DIANA MERCEDES BOLÍVAR JOO

Capacitación Inicial: 20/01/2023 11:30 am - Auditorio Principal 3er piso

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/01/2023	10:00 am
RONDA 2		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	02/05/2023	10:00 am
RONDA 2	16/05/2023	10:00 am

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	05/09/2023	10:00 am
RONDA 2	19/09/2023	10:00 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	07/02/2023	10:00 am
RONDA 2	21/02/2023	10:00 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	06/06/2023	10:00 am
RONDA 2	20/06/2023	10:00 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	03/10/2023	10:00 am
RONDA 2	17/10/2023	10:00 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	07/03/2023	10:00 am
RONDA 2	21/03/2023	10:00 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	11/07/2023	10:00 am
RONDA 2		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	07/11/2023	10:00 am
RONDA 2	21/11/2023	10:00 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	04/04/2023	10:00 am
RONDA 2	18/04/2023	10:00 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	01/08/2023	10:00 am
RONDA 2	15/08/2023	10:00 am

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	05/12/2023	10:00 am
RONDA 2		

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAÉN
Unidad de Gestión de la Calidad
TITULAR DE LA IPRESS
Diana Mercedes Bolívar Joo
Auditoría Clínica y de Seguridad
Directora Ejecutiva

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
M.C. Segundo M. Veróna Galdazar
CNP: 052263 RNIA A09243
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
M.C. Segundo M. Veróna Galdazar
CNP: 052263 RNIA A09243
JEFE DE LA UNIDAD DE INTELIGENCIA SANITARIA

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
M.C. Segundo M. Veróna Galdazar
CNP: 052263 RNIA A09243
JEFE DE LA UNIDAD DE INTELIGENCIA SANITARIA

Titular de la IPRESS

Responsable de Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiología

Departamento de Enfermería



Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO	
FECHA					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
I. A REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	1	Registro de la fecha y hora de atención en la historia clínica y/o registros médicos.			
	2	Registro completo de la filiación del paciente: datos del EESS, N° de HCL, nombre y apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, procedencia, teléfono, DNI, seguros, estado civil, instrucción, ocupación, religión, acompañante o responsable de ser el caso.			
	3	Registro de la enfermedad actual.			
	4	Registro de los antecedentes del paciente.			
	5	Registro de las funciones biológicas: apetito, sed, sueño, deposiciones, estado de ánimo.			
	6	Registro completo de examen físico general y regional de corresponder.			
	7	Registro de los diagnósticos con codificaciones CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).			
	8	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.			
	9	Registro actualizado del plan de trabajo: exámenes de ayuda diagnóstica, procedimiento médico-quirúrgico e interconsultas.			
	10	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).			
	11	Registro y gráfico actualizado de las funciones vitales.			
	12	Registro de la hoja de balance hidro-electrolítico actualizado.			

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN BUENA PRÁCTICA: I. A REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA		
VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Registro de la fecha y hora de atención en la historia clínica y/o registros médicos.	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
2	Registro completo de la filiación del paciente: datos del EESS, N° de HCL, nombre y apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, procedencia, teléfono, DNI, seguros, estado civil, instrucción, ocupación, religión, acompañante o responsable de ser el caso.	
3	Registro de la enfermedad actual.	
4	Registro de los antecedentes del paciente.	
5	Registro de las funciones biológicas: apetito, sed, sueño, deposiciones, estado de ánimo.	
6	Registro completo de examen físico general y regional de corresponder.	
7	Registro de los diagnósticos con codificaciones CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	
8	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.	
9	Registro actualizado del plan de trabajo: exámenes de ayuda diagnóstico, procedimiento médico-quirúrgicos e interconsultas.	
10	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	
11	Registro y gráfico actualizado de las funciones vitales.	
12	Registro de la hoja de balance hidro-electrolítico actualizado.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN						
UPPS	FECHA		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN						
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES	
		SI	NO	NO APLICA		
I. B REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	1	Registro e inclusión en la historia clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.				
	2	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.				
	3	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.				
	4	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica.				
	5	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la historia clínica o en algún medio de registro evidenciable.				
	6	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.				
	7	Registro de la fecha y hora de alta del paciente.				
	8	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.				
	9	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.				
	10	Registro de la contrarreferencia del paciente.				
	11	La letra de la historia clínica es legible.				
	12	Historia clínica ordenada y limpia.				
ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE			PLAZO	
1.						
2.						
3.						





GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAÉN
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN BUENA PRÁCTICA: I. B REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA		
VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Registro e inclusión en la historia clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	RM N° 502-2016/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V 02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
2	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	
3	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	
4	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica.	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
5	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la historia clínica o en algún medio de registro evidenciable.	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica-MSPS, España /D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	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
7	Registro de la fecha y hora de alta del paciente.	
8	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	
9	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	
10	Registro de la contrarreferencia del paciente.	
11	La letra de la historia clínica es legible.	
12	Historia clínica ordenada y limpia.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

UPPS		ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN		
FECHA	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO	
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
II. A SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	1	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.		
	2	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.		
	3	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan durante el turno.		
	4	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicaciones del médico tratante.		
	5	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.		
	6	Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.		
	7	Personal en formación (internos, residentes, especialidades u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.		
	8	Personal conoce del sistema de registro y notificaciones de incidentes y eventos adversos.		
	9	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.		
	10	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.		
	11	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN BUENA PRÁCTICA: II. A SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD			
VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	
1	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	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.	
2	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.	
3	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan durante el turno.	Normas Internas de la IPRESS.	
4	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicaciones del médico tratante.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.	
5	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	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.	
6	Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	
7	Personal en formación (internos, residentes, especialidades u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	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.	
8	Personal conoce del sistema de registro y notificaciones de incidentes y eventos adversos.	Ley N° 30453 Ley de Sistema Nacional de Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades).	
9	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	
10	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y adversos.	RM N° 727-2009/MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.	
11	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	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.	
		D.S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN						
UPPS	HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO			
FECHA						
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN						
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR		CUMPLE		OBSERVACIONES	
	SI	NO	NO APLICA			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: II. B SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD
VERIFICADOR

	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
2	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf
3	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	
4	El consultorio obstétrico / emergencia obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	RM N° 853-2012-MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
5	En centro obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta	Observar el uso del partograma.	RM N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria y sus 10 anexos.
6	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con doppler fetal portátil y su uso.	Verificar la existencia de doppler fetal portátil y su uso.	
7	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con monitoreo fetal cardiotocográfico operativo.	Verificar la existencia del monitor fetal o cardiotocógrafo 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.
8	El centro obstétrico se evidencia que cuenta con ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de ecógrafo y su uso.	
9	El centro obstétrico se evidencia que la atención del parto se realice en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de equipos de protección personal en centro obstétrico.	RM N° 1472-2002-Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. RM 523-2007/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1669.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf
10	El centro obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HV-1 y HV-2.	Revisar en la historia clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	RM N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. RM N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis RM N° 1138-2019-MINSA NTS N° 108-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B".
11	El centro obstétrico se evidencia el último informe remitido a la dirección sobre el proceso de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del equipo conductor y/o comité de seguridad de paciente.	Verificar la existencia del Informe (último informe semestral).	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

UPPS		ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN		
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN		HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO	
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA
II. C SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	1 En centro quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso de implantación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente.			
	2 En centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) coordinador de la lista de verificación de seguridad de la cirugía correspondiente al turno quirúrgico.			
	3 En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.			
	4 En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.			
	5 En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.			
	6 En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.			
	7 En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo.			
	8 En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).			
	9 El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.			
	10 El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con cialítica portátil con batería operativa.			
	11 El centro quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.			
	12 En centro quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.			

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: II. C SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	En centro quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso de implantación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente.	
2	En centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) coordinador de la lista de verificación de seguridad de la cirugía correspondiente al turno quirúrgico.	
3	En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	
4	En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	
5	En centro quirúrgico se evidencia que el(la) coordinador(a) aplica la lista de verificación de seguridad de la cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	
6	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	
7	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo.	
8	En centro quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).	
9	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	
10	El centro quirúrgico se evidencia que cuenta con cialítica portátil con batería operativa.	
11	El centro quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	
12	En centro quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINO		
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	SI	NO	CUMPLE	OBSERVACIONES
III. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	1 Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. Datos mínimos a ser verificados: Nombres y apellidos, N° de historia clínica, DNI.				
	2 Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente y número de cama.				
	3 Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la historia clínica.				
	4 Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.				
	5 Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.				
	6 Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.				
	7 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.				
	8 Paciente informado al que se le han aclarados sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el consentimiento respectivo.				

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: III IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. Datos mínimos a ser verificados: Nombres y apellidos, N° de historia clínica, DNI.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf
2	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente y número de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente – OMS. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
3	Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la historia clínica.	
4	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	
5	Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	
6	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	
7	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.	Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
8	Paciente informado al que se le han aclarados sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el consentimiento respectivo.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN									
UPPS	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN		HORADE INICIO	HORA DE TÉRMINO					
FECHA									
BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR		CUMPLE		OBSERVACIONES			
				SI	NO	NO APLICA			
IV. PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		1	Pacientes cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.						
		2	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.						
		3	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.						
		4	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgos inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.						
		5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de superación oportunas.						
		6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.						
ACCIONES CORRECTIVAS									
1.				RESPONSABLE		PLAZO			
2.									
3.									





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: IV PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Pacientes cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.
2	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 pertenencia de pacientes y visitas.
3	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.
4	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgos 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.
5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de superación oportunas.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.
6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.	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.





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN						
UPPS	FECHA	HORAS DE INICIO	HORAS DE TÉRMINO			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN						
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE		OBSERVACIONES		
		SI	NO			
V. SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	1	Paciente conoce que medicamentos recibe y que hora corresponde que se lo administren.				
	2	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.				
	3	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.				
	4	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.				
	5	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.				
	6	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.				
	7	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.				
	8	Medicamentos e insumos médicos cuentan con su mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad.				
	9	Existencia de un registro de medicamentos controlados.				
	10	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.				

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: V. SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Paciente conoce que medicamentos recibe y que hora corresponde que se lo administren.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento 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"
2	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	
3	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	
4	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.	
5	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	
6	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.	
7	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	
8	Medicamentos e insumos médicos cuentan con su mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad.	Normas internas en la IPRESS.
9	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	
10	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

UPPS		ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN		
FECHA				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN		HORADE INICIO	HORA DE TÉRMINO	
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
VI. PREVENCIÓN DE CAIDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.		
	2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos.		
	3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.		
	4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.		
	5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de os baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.		
	6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.		
	7	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.		
	8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puede ser retiradas fácilmente.		
	9	Si el paciente se muestra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.		
	10	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.		
	11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.		

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VI. PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	
2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos.	
3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	
4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud
5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
7	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
9	Si el paciente se muestra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
10	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf
11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS	FECHA	HORAS DE INICIO	HORAS DE TÉRMINO		
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE		OBSERVACIONES	
		SI	NO	SI	NO
VII. SEGURIDAD SEXUAL	1	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniáticas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.			
	2	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.			
	3	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.			
	4	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.			
	5	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.			
	6	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resulten oportunas.			

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VII. SEGURIDAD SEXUAL

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	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.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).
2	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
3	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	2° Informe de Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
4	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	http://www.msal.gob.ar/imagenes/stories/be/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf
5	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.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria – Instituto Universitario Avedis Donabedian
6	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN					
UPPS	FECHA		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
VIII. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	1	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión a todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.			
	2	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.			
	3	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.			
	4	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.			
	5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.			
	6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y su familia.			
	7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.			
	8	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.			
	9	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.			

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: VIII. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión a todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por presión como Derecho Universal (octubre 2011). http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/Internet/pdf/Guia_Prevencion_Upp.pdf http://www.sld.cu/52alerias/pdf/sitios/fericuba/guia30.pdf RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Normas Internas de la IPRESS.
2	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	
3	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	
4	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	
5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	
6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y su familia.	
7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	
8	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	
9	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN		HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO
ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN			
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE	
		SI	NO
	1 Identificación del riesgo del 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.		
	2 Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).		
	3 Ubicar al paciente en el servicio/ unidad más adecuada a sus necesidades y en función al riesgo detectado.		
	4 Los pacientes y familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.		
	5 El botiquín/ almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.		
	6 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.		
	7 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.		
	8 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 las salidas y de visitas.		

IX. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES

ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
1.		
2.		
3.		





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: IX. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Identificación del riesgo del 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.	
2	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).	
3	Ubicar al paciente en el servicio/ unidad más adecuada a sus necesidades y en función al riesgo detectado.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2008) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.minsa.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
4	Los pacientes y familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	2º Informe de Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
5	El botiquín/ almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	http://www.msal.gob.ar/imagenes/stories/be/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf
6	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.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria – Instituto Universitario Avedis Donabedian
7	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.	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta-Suicida_Avaliat_compl.pdf
8	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 las salidas y de visitas.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN						
UPPS		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO		
FECHA						
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN						
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES	
		SI	NO	NO APLICA		
X. COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	La UPPS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención al paciente y/o familiares y el proceso para obtener atención.				
	2	Los pacientes y las familias reciben la información sobre cómo acceder a los servicios de la UPPS.				
	3	La comunicación y a la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.				
	4	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPPS y la Dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.				
	5	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre 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.				
	6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre profesionales encargado 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.				
	7	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.				
	8	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más recientes.				
	9	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su situación se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.				
	10	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 el momento de la transferencia.				

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: X. COMUNICACIÓN EFECTIVA

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención al paciente y/o familiares y el proceso para obtener atención.	
2	Los pacientes y las familias reciben la información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	
3	La comunicación y a la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	
4	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	
5	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre 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.	
6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre profesionales encargado 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.	"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" – OMS/ Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente – OMS 2004.
7	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf
8	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más recientes.	
9	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su situación se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	
10	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 el momento de la transferencia.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN							
UPPS	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO				
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN							
BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR		CUMPLE		OBSERVACIONES	
		SI	NO	NO APLICA			
XI. HIGIENE DE MANOS		1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos				
		2	Disponibilidad de lavamanos con suministros de agua y jabón.				
		3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.				
		4	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10				
		5	Cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).				
		6	Cumplimientos de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).				
		7	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.				
		8	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.				
ACCIONES CORRECTIVAS							
1.		RESPONSABLE		PLAZO			
2.		RESPONSABLE		PLAZO			
3.		RESPONSABLE		PLAZO			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: XI. HIGIENE DE MANOS

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos	RM N° 255-2016/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
2	Disponibilidad de lavamanos con suministros de agua y jabón.	
3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.	
4	Cumplimiento de la ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	
5	Cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	
6	Cumplimientos de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	
7	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	
8	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

UPPS		ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN			
FECHA		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO	
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN					
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
XII. BIOSEGURIDAD	1 Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.				
	2 Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.				
	3 Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.				
	4 Cumplimiento de las medidas de aislamiento.				
	5 El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en la evidencia médica.				
	6 Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.				
	7 Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirígidas de la unidad productora de servicios de salud.				
	8 Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la unidad productora de servicios de salud.				

ACCIONES CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO
1.			
2.			
3.			





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: XII. BIOSEGURIDAD

VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1 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.
2 Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	
3 Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de medidas de bioseguridad y protección personal.	
4 Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	
5 El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en la 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.
6 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.
7 Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.	Observar señalización de corresponder.	
8 Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N° 020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.





Anexo N° 05. Fichas de evaluación

ANEXO III. FICHA DE EVALUACIÓN									
UPPS		FECHA		HORA DE INICIO		HORA DE TÉRMINO			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN									
BUENAS PRÁCTICAS		VERIFICADOR				CUMPLE		OBSERVACIONES	
						SI	NO	NO APLICA	
XIII. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.						
		2	Equipos de biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.						
		3	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.						
		4	Verificación de que la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).						
		5	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.						
ACCIONES CORRECTIVAS									
1.						RESPONSABLE		PLAZO	
2.									
3.									





INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA DE EVALUACIÓN
BUENA PRÁCTICA: XIII. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS

VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA
1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
2	Equipos de biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	
3	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
4	Verificación de que la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	DS N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.	





Anexo N° 06: Hoja de resultados de evaluación y ponderación final

BUENA PRÁCTICA		% CUMPLIMIENTO
I	Registro en la historia clínica	
II	Seguridad del paciente en la UPSS	
III	Identificación correcta del paciente	
IV	Prevención de la fuga de pacientes	
V	Seguridad en la medicación	
VI	Prevención de la caída de pacientes y contención mecánica	
VII	Seguridad sexual	
VIII	Prevención y reducción del riesgo de las úlceras por presión	
IX	Prevención del suicidio y lesiones	
X	Comunicación efectiva	
XI	Higiene de manos	
XII	Bioseguridad	
XIII	Funcionamiento y manejo de equipos	
PROMEDIO		

PONDERACIÓN FINAL	CONDICIÓN	ESTRATEGIA A EMPLEAR
Mayor o igual a 91%	UPPS ha institucionalizado buenas prácticas de atención y seguridad	DE DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD
Entre 70% y < 90%	UPPS promueve buenas prácticas de atención y seguridad	DE CRECIMIENTO Y MANTENIMIENTO
Menor de 70%	UPPS no promueve buenas prácticas de atención y seguridad	DE CONTINGENCIA Y EMERGENCIA



Anexo N° 07: Metodología de ejecución de ronda de seguridad del paciente

A. ACTIVIDADES PREVIAS A LA EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- El líder del equipo o quien delegue, convoca al equipo para dar inicio a la ronda de seguridad del paciente, según cronograma aprobado.
- El servicio/UPSS a ser visitado se elige mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los integrantes del equipo de rondas.
- El líder del equipo de rondas convoca al jefe, coordinador o responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas.
- El secretario técnico, determina el listado final de los criterios que se evalúan en la UPSS a visitar.
- Las rondas de seguridad del paciente se realizarán preferentemente en un horario diferente a la visita médica, y debe tener como máximo una duración de dos horas.

B. ACTIVIDADES DURANTE LA REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- La metodología utilizada para la evaluación de las buenas prácticas será: observación directa, revisión documentaria, entrevista a trabajadores de salud, pacientes y familiares.
- La actividad debe estar centrada a identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el listado de criterios de evaluación contemplados en la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, teniendo en todo momento un carácter educativo y constructivo.
- Al finalizar la ronda de seguridad del paciente, el secretario técnico ingresa los datos recogidos en la herramienta informática de rondas de seguridad del paciente y presenta la hoja de resultados de evaluación a los miembros del equipo que participaron de la ronda para dar señal de conformidad, sellar y firmar.
- El equipo de rondas de seguridad del paciente realiza la valoración de los riesgos identificados completando la matriz y priorizando los riesgos.
- El equipo de rondas de seguridad en conjunto con el responsable de la UPSS visitada, para cada verificador inseguro identificado propone acciones correctivas designado al responsable y plazo para su cumplimiento.
- El secretario técnico elige un miembro del Equipo de Rondas que se encargara de liderar el monitoreo de la ronda.
- El secretario técnico, elabora y suscribe el informe de la ronda de seguridad del paciente, el cual debe contar con: la hoja de resultados de evaluación y el plan de acción firmado y sellado por el responsable o representante de la UPSS visitada. El informe es dirigido a la Dirección Ejecutiva con copia al jefe del Departamento de la UPSS visitada.

C. ACTIVIDADES POST RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- El jefe del Departamento de la UPSS visitada, será el encargado de elaborar el memorándum/informe/solicitud u otro dirigido a los responsables de las acciones correctivas para informarles las actividades que deben dar cumplimiento.
- Los jefes/responsables de las unidades orgánicas, departamentos y servicios asistenciales realizan las acciones pertinentes para subsanar las no conformidades encontradas en la ronda inicial.
- En la fecha determinada el Equipo de rondas de seguridad realiza el monitoreo para verificar la implementación de las acciones correctivas.
- El secretario técnico, elabora y suscribe el informe del monitoreo de la ronda de seguridad del paciente adjuntando la matriz de monitoreo de implementación. El informe es dirigido a la Dirección Ejecutiva con copia al jefe del Departamento de la UPSS visitada.
- En caso de identificar alguna UPSS donde pese a la implementación de acciones correctivas no se haya logrado promover o mejorar las buenas prácticas de atención en salud, cualquier miembro del Equipo de Rondas puede proponer la realización de una visita adicional de seguimiento o una visita de verificación de sostenibilidad de las buenas prácticas.



IX. BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. 2022. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050.
Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3456284/PERU%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20Desarrollo%20Nacional%20al%202050%20-%20versi%C3%B3n%20sin%20diagramar.pdf>
- Ministerio de Salud. 2022. Directiva Sanitaria N° 326-MINSA/OGPPM-2022. Directiva administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud.
Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2845752/Directiva%20Administrativa%20N%C2%B0%20326-MINSA/OGPPM-2022.pdf>
- Ministerio de Salud. 2020. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf
- Ministerio de Salud. 2020. Directiva Sanitaria N° 092-2020/MINSA/DGAIN. Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en Salud.
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>
- Ministerio de Salud. 2018. Norma Técnica de Salud de Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/234853/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__1295-2018-MINSA.PDF?v=1544722781
- Ministerio de Salud. 2018. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
- Ministerio de Salud. 2016. Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342582/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_para_la_implementaci%C3%B3n_del_proceso_de_higiene_de_manos_en_los_establecimientos_de_salud_20190716-19467-1dr2q2g.pdf?v=1563314538
- Ministerio de Salud. 2010. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
- Ministerio de Salud. 2009. Política Nacional de Calidad en Salud.
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. 2006. 59ª Asamblea Mundial de la Salud – Seguridad del Paciente.
Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf

