



PERÚ

Ministerio de Salud



HOSPITAL BELÉN DE
LAMBAYEQUE

HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE

PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2025



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	FINALIDAD.....	3
III.	OBJETIVOS.....	3
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO	6
VII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	8
	7.1 De la conformación y funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.....	8
	7.2 De las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.....	8
	7.3 De la organización, aplicación y acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente.....	9
	7.4 Monitoreo y Evaluación	11
VIII.	PRESUPUESTO.....	12
IX.	ANEXOS.....	13



I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros centrados en la persona. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben presentarse de manera oportuna, integrada, equitativa y eficiente.

Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente se requieren políticas claras, capacidad de liderazgo profesional sanitario calificado y la participación efectiva del paciente durante su atención, por ello, el Hospital Belén de Lambayeque viene fortaleciendo la mejora continua de la calidad en uno de los aspectos que más relevancia ha tenido en los últimos años como es la Seguridad del Paciente, que involucra los trabajadores asistenciales, administrativos a través de la implementación de mejoras que permitan el uso de herramientas para gestionar de forma sistemática y más organizado los eventos adverso conservando calidad del cuidado para la seguridad del paciente.

La ronda de seguridad 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 y que permite identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud.

El Plan Anual de Seguridad del Paciente también incluye la ejecución de Rondas de Seguridad del paciente, las cuales se realizan en cumplimiento de la Resolución Ministerial N°163-2020- MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", y el Decreto Supremo N°022-2025-SA, que establece los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 y los criterios



técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, donde se realizan las Rondas de Seguridad del Paciente, de manera mensual durante los doce meses del año, en la diferentes UPS del Hospital Belén de Lambayeque.

II. FINALIDAD

El presente plan contribuirá a fortalecer la seguridad del paciente y al mejoramiento de la Calidad de atención en los servicios que brinda el Hospital Belén de Lambayeque en beneficio de los usuarios externos y la satisfacción de los trabajadores.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer una cultura de buenas prácticas en la calidad de atención en salud, a través de la implementación de Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital Belén de Lambayeque.

Objetivos Específicos

- Promover la Cultura de Seguridad del Paciente, fortaleciendo las competencias del personal de salud en gestión del riesgo y prácticas seguras en la atención de salud a través de la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Fortalecer el sistema de registros, notificación, análisis causa raíz y mejora de los incidentes y eventos adversos.
- Establecer un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación para la atención de calidad y segura.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital Belén de Lambayeque.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- RM N°163-2020- MINSA: Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN, Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión de Riesgo en la Atención de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.



- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINA, que aprueba la NT N° 031 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 326-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector 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° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.



- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- 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° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- DECRETO SUPREMO N° 022-2024-SA, listado de los indicadores de desempeño y compromisos - de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025.



VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales

- **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Apreciación del riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- **Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que



podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

- **Evento Adverso:** Es una Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con 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 o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud - IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o 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. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48.



VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 De la conformación y funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.

El equipo de Rondas de Seguridad del Paciente estará conformado por:

EQUIPO RESPONSABLE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
INTEGRANTES	DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE	- LÍDER DE EQUIPO	CONFORMACIÓN
	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	- SECRETARÍA TÉCNICA	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	- MIEMBRO	
	JEFE DE LA DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL	- MIEMBRO	
	JEFE DE LA DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	- MIEMBRO	
	JEFE DE SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	- MIEMBRO	
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	- MIEMBRO	
	JEFA DEL SERVICIO DE FARMACIA	- MIEMBRO	

7.2 De las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

- El Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente (Anexo N°1), el cual debe ser aprobado y firmado por: el Titular/Responsable de la IPRESS, el Responsable la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del

departamento/servicio de Enfermería. Se debe incluir la fecha, hora y día en que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.

- El Líder del equipo debe convocar a los miembros del Equipo, según el Cronograma aprobado.
- El Secretario Técnico del equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- Todos los miembros del equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada, y elevarlo al Despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.



7.3 De la organización, aplicación y acciones ost aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente:

- El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según el Cronograma aprobado (Anexo 1).
- La UPSS a ser visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- El líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.

- El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.
- La duración de la Ronda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
- La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
- Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (Anexo N° 02).
- Al finalizar la Ronda de Seguridad del Paciente, el Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.
- El Secretario Técnico, elabora y suscribe el informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El informe es dirigido a la máxima autoridad o titular del Hospital Belén de Lambayeque.
- El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos, realizando la priorización de riesgos identificados.
- El Secretario Técnico, informa a la máxima autoridad o titular de la IPRESS, el Plan de Acción a ser implementado.
- El Secretario Técnico designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo.



7.4 Monitoreo y Evaluación

El monitoreo y evaluación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente se realizará en base a cuadro denominado cronograma de actividades del Hospital Belén de Lambayeque, a cargo de la Unidad de la Gestión de la Calidad, haciendo énfasis en lo siguiente:

- Porcentaje de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en el Hospital Belén de Lambayeque.
- Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en el Hospital Belén de Lambayeque.
- Porcentaje de acciones de mejora implementadas en el Hospital Belén de Lambayeque.

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} \times 100$	Cronograma de Rondas. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores evaluados}} \times 100$	Listado de Criterios de Evaluación. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	Plan de Acción. Informe de Implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral



VIII. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el Plan Anual de Ronda de Seguridad del Paciente será financiado por Hospital Belén de Lambayeque, lo cual se detalla a continuación:

LÍNEAS DE ACCIÓN	MATERIALES E INSUMOS	COSTO (SOLES)
Planificación y organización	Material de escritorio	S/. 200.00
Capacitación en seguridad del paciente	Docencia externa, materiales de escritorio, impresiones, fotocopias, refrigerios	S/. 2500.00
Gestión de riesgo	Material de escritorio, impresiones, fotocopias, afiches, trípticos	S/. 1000.00
Gestión de incidente y evento adverso	Material de escritorio, fotocopias	S/. 100.00
Evaluación	Material de escritorio	S/. 100.00
TOTAL		S/. 3900.00



IX. ANEXOS

ANEXO N°01: CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: Hospital Belén de Lambayeque

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS (*): Wilton Ruben Rojas Ruiz

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	29/01/2025	10:00	RONDA 1	12/02/2025	10:00	RONDA 1	12/03/2025	10:00	RONDA 1	16/04/2025	10:00
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14/05/2025	10:00	RONDA 1	18/06/2025	10:00	RONDA 1	16/07/2025	10:00	RONDA 1	13/08/2025	10:00
SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17/09/2025	10:00	RONDA 1	15/10/2025	10:00	RONDA 1	12/11/2025	10:00	RONDA 1	17/12/2025	10:00

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE

Wilton Ruben Rojas Ruiz
Dr. Wilton Ruben Rojas Ruiz
DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE
G.N.P. 59673 - RNA. AG1809

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE

Emilia Huayra Niquén
Lic. Emilia Huayra Niquén
C.E.P. 596514
Jefa de la Unidad de Gestión de Calidad

Titular/Responsable Ipress

Responsable de Calidad

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN - LAMBAYEQUE

Maria Huayra Niquén
Lic. Maria Huayra Niquén
C.E.P. 59514
Jefa de División Epidemiología y Seguridad Ambiental

Responsable de Epidemiología

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Ruth B. Villasis Chávez
Lic. Ruth B. Villasis Chávez
C.E.P. 5025
DPTO. DE ENFERMERIA

Responsable Dpto Enf.



ANEXO N°02: LISTADO DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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



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



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N° 302-2015-MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	RM 414-2015-MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Normas internas de las IPRESS.			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en (3) HCl tomados al azar.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Verificar la asistencia de un mecanismo de programación de suplencias o releves.	RM N° 456-2007-MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Verificar la asistencia de un mecanismo de programación de suplencias o releves.	RM N° 456-2007-MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Verificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N° 30451 Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestra aleatoria simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCl.	RM N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Político Nacional de Calidad en Salud.			
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	RM N° 456-2007-MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
		Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BUENAS PRÁCTICAS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en (3) pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2005-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.			
	Tímbrico o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre o llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. http://hsa.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf			
	Barandillas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandillas y su uso.				
	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	RM N° 883-2012-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"			
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de paragramas con línea de alerta.	Observar el uso del paragrama.	R.M. N° 695-2006-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad receptiva y sus 10 anexos.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil y su uso.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotómetro operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotómetro y su uso.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	RM N° 1472-2007 - Manual de descripción y clasificación hospitalaria			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM 523-2007-MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://hsa.minsa.gob.pe/local/MINSA/3371.pdf http://hsa.minsa.gob.pe/local/mesa/1669.pdf http://hsa.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-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.	R.M. N° 698-2004-MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. N° 403-2007-MINSA aprueba el documento técnico. Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y SIDA. / R.M. N° 1138-2010-MINSA NTS N° 100-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, SIDA y Hepatitis B".			
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (último informe semestral)	RM N° 1024-2010-MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BUENAS PRÁCTICAS	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre)				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(e) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	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.	Comparar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			
	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.	Comparar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	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.	Comparar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cálcula Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cálcula Portátil y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N° 466-2005-MINSA que aprueba NT N° 039-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 022-2011/MINSA aprueba NTS N° 009-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica".			
	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.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N° 214-2013/MINSA aprueba NTS N° 135-MINSA/2018/DGAM Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 205-2013/MINSA.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientafety/PatientSafetySPANISH.pdf			
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.				
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica (nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica)	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.amsaculminal.com/guest/C3%BC-de-riesgo-en-emprobados-para-situaciones-de-riesgo-en-emprobados-figa/			
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	https://www.minsalud.gov.co/areas/ciudadania/BibliotecaDigital/IRDEDEC/AJUNCAMIENTOS_IMPLMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.				
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos contrastándolo con el Consentimiento informado.	Ley N° 28414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.				
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2008) Agenda Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).			
	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.	2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas llevadas al azar.	https://www.abn.salud.mec.gub.uy/portal/temas/seguridad-del-paciente			
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas llevadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.	https://www.minsalud.gub.uy/portal/temas/seguridad-del-paciente			
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	ALINEAMIENTOS IMPLEMENTACIÓN POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE.pdf			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	RM N° 426-2007/MINSA aprueba NTS N° 056-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector Salud." Normas técnicas en la IPRESS.		
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.			
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01			
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.			
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos			
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia.			
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el almacenamiento de medicamentos y material quirúrgico en bodega individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la carpeta registrada en la Historia Clínica.			
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.			
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.			
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y número), medicamento correcto (verificación frecuencia del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl y hora de administración correcta (contrastar con HCl y Kardex de Enfermería).			





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agenda Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.npsa.nhs.uk/assets/npsa/Programa_Nacional_Prevention.pdf			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	http://www.minsigob.ar/images/stories/besdesignacion/0000000079nile-2018-Incidentes-atencion-atributo-sucido-adolescencia.pdf			
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelar Donabedian. https://portal.grasasud.es/wp-content/uploads/2015/01/GPEC_481_Conducta_Suicida_Avelat_compl.pdf			
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestra aleatoria simple si se registra la terapéutica específica.				
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y al flujo de información respectivo.				

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





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadoras con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N°265-2016/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.		
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama día al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.			
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03			
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los requisitos de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04			
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos día acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N° 1295-2018-MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud. Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punza cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punza cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de 'Cero Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAS.				
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.	RM N° 163-2015-MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. RM N° 1060-1014-MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA DGIEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 753-2004-MINSA aprueba NT N° 120-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondiente.				
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar trato del personal en zonas señalizadas.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMA/TITULARIDAD /REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO APLICA
BUENAS PRÁCTICAS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP Y.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.		
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 060-MINSA/DGSP Y.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria.		
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.			
MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	DS N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria.		
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Selección 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.			
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.				

**ANEXO N°04: ACTA DE COMPROMISOS DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

FECHA:..... HORA DE INICIO:..... HORA DE TÉRMINO:.....

SERVICIO:

EQUIPO:.....

PRÁCTICAS INSEGURAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPROMISOS:

.....

.....

.....

Plazo para modificar:

Responsable:

RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

4.....

5.....

