

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0111 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

VISTO:

Nota Informativa N°061-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, proveído N°489, de fecha 29 de enero del 2025, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N°061-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgos en Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2025";

Que, de acuerdo al título preliminar I, II de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, de fecha 15 de julio del 1997, determina que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado bajo Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 02 de junio del 2006, cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 25 de abril de 2009, se aprobó la guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, donde se describe los pasos de la autoevaluación, las responsabilidades y competencias del evaluador interno. Además, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros ;

Que, asimismo en la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", de fecha 31 de octubre del 2009, en su Octava Política, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, en el marco del artículo 1 y 2 del Decreto Legislativo N° 1153, de fecha 12 de septiembre del 2013, su objetivo es regular la política integral de las compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, y como finalidad es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado;

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0111 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

Que, asimismo en el artículo 15° del decreto antes mencionado, establece Asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, donde la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", de fecha 07 de diciembre del 2013, el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas";

Que, en el artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal. Teniendo como una de sus funciones asesorar en el desarrollo del proceso de acreditación, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016-MINSA donde se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", de fecha 18 de julio del 2016, cuyo objetivo general es de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. Y asimismo su finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 022-2024-SA "Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts 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", tiene como objeto definir el listado de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, las fichas técnicas y los scripts 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; así como los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud;

Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud; mediante la **Ficha Técnica N° 45: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente;**

Que, en virtud a ello, mediante el documento emitido por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, con proveído N°489, de fecha 29 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva autoriza a la Oficina de Planeamiento Estratégico, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "**Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgos en Salud Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana**", cuya finalidad del plan, es de promover una Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de la salud, orientada la ocurrencia de sucesos adversos durante la atención del paciente;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0111 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el "Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgos en Salud Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana", el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, a la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el seguimiento y cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la norma vigente según resuelto en el artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.


DIRECCIÓN REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
PIURA
Dr. Ivan Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 029879 - RNE. 028425

IOCC/JGRC/jacv



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD AÑO - 2025

Elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Oficina de Gestión de la Calidad
e-Mail: hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe
www.hospitalsullana.gob.pe





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

2025





RESPONSABLES

Med. Iván Oswaldo Calderón Castillo
Director (a) Ejecutivo

Econ. Jorge Saavedra Guevara
Supervisor de la Oficina de Administración

Mg. Adm. Pilar Villalta Espinoza
Supervisora de la Oficina de Gestión de la Calidad

Bach. Adm. Leydy Estefany Risco Saldarriaga
Responsable del Área de Mejora Continua

Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
Responsable del Área de Seguridad del Paciente





ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN..... 4

II. FINALIDAD..... 5

III. OBJETIVOS 5

 3.1. Objetivo General..... 5

 3.2. Objetivos Específicos..... 5

IV. ALCANCE..... 5

V. BASE LEGAL 5

VI. DEFINICIONES BASICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 6

VII. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 8

VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 10

IX. INDICADORES DE EVALUACIÓN 10

X. RESPONSABILIDADES 10

XI. ANEXOS..... 10

 11.1. Anexo n° 01: Programa de actividades de Seguridad del Paciente y la
 Gestión del Riesgo -
 2025..... 11

 11.2. Anexo n°02: Cronograma de capacitaciones de Seguridad del
 Paciente - año 2025..... 12

 11.3. Anexo n° 03: Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente..... 13





I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios.

El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, y los sistemas de salud operan en entornos cada vez más complejos. Los nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención pueden presentar potencial terapéutico, pero también plantear nuevas amenazas para una atención segura. Se está cobrando conciencia de que la seguridad del paciente es un gran problema mundial de salud pública que va en aumento. Los esfuerzos mundiales por reducir la carga de daños al paciente no han logrado cambios sustanciales en los 15 últimos años a pesar de los trabajos pioneros en algunos entornos de atención sanitaria. Las medidas de seguridad, incluso las aplicadas en entornos de ingresos altos han tenido un impacto limitado o desigual, y la mayoría no se ha adaptado para su aplicación eficaz en países de ingresos bajos y medios.

Se estima que anualmente se pierden en todo el mundo 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a causa de una atención poco segura. Esto significa que los daños a los pacientes debidos a acontecimientos adversos figuren entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad, y en los países de ingresos bajos y medios 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos.

En la 55ava Asamblea Mundial de la salud del 2002, se adoptó una resolución en que hace suyo el problema de seguridad del paciente. El 27 de octubre del 2004 se establece la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, en ella se pretende alinear a todos los actores en la generación de una atención de salud con la doctrina de la seguridad. Los países miembros de la OMS, como el Perú, está comprometido en articular esfuerzos a favor de la Seguridad del Paciente.

Para darle sentido a esta línea es necesario mencionar la existencia de la 74ava Asamblea Mundial de la Salud, que puso en marcha en mayo del 2021 la "Acción mundial sobre la seguridad del paciente 2021-2030" para dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, funcionamiento y evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios a nivel mundial.

Es así, como el Ministerio de Salud ha establecido lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos como el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008, aprobado por Resolución Ministerial 676-2006/MINSA y la propuesta del Documento Técnico Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010 – 2012.

Dentro de este contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana y la Oficina de Gestión de la Calidad, en la necesidad de garantizar la seguridad del paciente, elabora el Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, promoviendo la mejora de la calidad asistencial.





II. FINALIDAD

La elaboración del presente Plan, es con la finalidad de promover una Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de la salud, orientada a prevenir la ocurrencia de sucesos adversos durante la atención del paciente.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente, a través de la difusión de las buenas prácticas de atención en salud, para mitigar la ocurrencia de incidentes, eventos adversos y eventos centinela durante los procesos asistenciales en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

3.2. Objetivos Específicos

- Fortalecer mediante capacitaciones el sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, en acciones de mejora en todas las UPSS
- Promover el cumplimiento de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, mediante las rondas de Seguridad del Paciente.
- Fortalecer la adherencia de higiene de manos en el personal de la salud para reducir las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.

IV. ALCANCE

El Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud, es de aplicación en todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

V. BASE LEGAL

- Decreto Supremo N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Directoral N°0037-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, que reconfirma el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2025".
- Resolución Directoral N°0049-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, que aprueba el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2025".



- Resolución Directoral N°0158-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-OPE430020161, que aprueba el "Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2024".
- Resolución Directoral N°143-2021/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-OPE430020161 "Directiva Sanitaria del sistema de Registro, Notificación, Análisis de incidentes, eventos adversos y Evento centinela del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2021"
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- Resolución Ministerial N°676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°308-2010-MINSA, que Aprobar la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N°255-2016-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las IAAS en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029/MINSA/DIGIPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"
- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N°003-IGSS/V.1 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Jefatural N°631-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N°764-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y en las – UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".

VI. DEFINICIONES BASICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.
- **Acción segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para la población, aumentan la posibilidad de resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- **Barra de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falta activa o absorber su efecto y evitar el daño.



- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente en mitigar el daño que puede sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Error:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- **Error de Medicación:** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- **Evento Adverso:** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problema en la práctica, productos, procedimientos.
 - a) **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o daños mínimos de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia hospitalaria.
 - b) **Moderado:** Se necesita de una intervención, ocasionando la prolongación de la estancia hospitalaria al paciente en corta duración, y el daño requiera de tratamiento.
 - c) **Grave:** El paciente requiere una intervención inmediata médica o quirúrgica, causando pérdida funcional permanente y estancia hospitalaria de larga duración, acortando la esperanza de vida.
- **Evento Centinela:** Produce muerte o un daño físico, psicológico severo, no es natural de la enfermedad; pero requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
- **Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Infección asociada a la atención de salud:** Es el resultado de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso que ocurre durante la atención hospitalaria, que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
- **Higiene de manos:** Es la acción demostrada mediante los 5 momentos, medida para reducir el impacto de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
- **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos y eventos centinela, permitiendo identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia del daño dentro del sistema de atención de salud.
- **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de calidad que permita 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, de una UPSS seleccionada al azar, para identificar acciones 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 mitigación de los actos inseguros durante la atención dentro del sistema de salud, que a través del uso de las buenas prácticas se garantice resultados óptimos dentro de las instituciones.

VII. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Rondas de Seguridad del Paciente

Se realizaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente en la IPRESS de forma mensual. En el I Semestre del año 2024, se informaron 6 de ellas: UCI (General, Neonatal visitada dos veces) Centro Quirúrgico de la misma manera visitado dos veces y Emergencia, lográndose el 85.66% de cumplimiento de buenas prácticas, evidenciándose resultados positivos a la segunda visita programada. Asimismo, se obtuvo el 75.17% de las acciones de mejora implementadas, propuestas en el plan de acción por la jefatura correspondiente en conjunto con los miembros del equipo de Rondas.

En el II Semestre se continuó con las 6 restantes, siendo involucradas: UCI (General, neonatal nuevamente visitada dos veces) Central de Esterilización (dos veces) y Centro Quirúrgico, alcanzando el 97% de cumplimiento de buenas prácticas en la IPRESS. Asimismo, se obtuvo un porcentaje de 83.33% de las acciones de mejora implementadas,

Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela

En el I semestre, periodo 2024 (I y II trimestre) se notificaron 5 incidentes, 28 eventos adversos y 1 evento centinela (notificado fuera del plazo 24 horas); y en el II semestre (III y IV trimestre) fue: 1 incidente y 13 eventos adversos. Por otro lado, se realizó un informe anual, siendo un total de 48 sucesos notificados (1 incidente, 41 eventos adversos y 1 evento centinela); donde los profesionales de la salud (Lic. Enfermería y médicos) evidenciaron las ocurrencias que adolecen los pacientes (recién nacidos, lactantes, escolares, adolescentes y en su mayoría los adultos en la diferente población de género masculino y femenino) durante la atención, ya sea por diversas categorías: cuidados, medicación, procedimientos y otros.

Es necesario mencionar que el compromiso que se reflejó en el año mencionado, fue producto de las capacitaciones sobre Seguridad del Paciente, brindada a todo el personal asistencial y administrativos de los diferentes departamentos y/o servicios.

Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVSC)

Durante el I semestre de enero a junio en el periodo 2024, se obtuvieron 2958 cirugías ejecutadas aplicándose de la misma manera el total en la hoja de chequeo cirugía segura, asimismo presentando el 100% de porcentaje de cumplimiento de las mismas, también se visualiza 58 cirugías suspendidas.

En el II semestre de julio a diciembre se obtuvieron 3148 cirugías ejecutadas, con el mismo porcentaje en la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVSC), cumpliéndose el 100% de las mismas; asimismo se evidencia 40 cirugías suspendidas. Por lo tanto, anualmente se hace un consolidado de 6106 cirugías ejecutadas aplicándose la hoja de chequeo con el 100% de cumplimiento.

Higiene de manos

I semestre 2024 (I y II trimestre), según la medición de adherencia a la higiene de manos, correspondiente al grupo ocupacional; Lic. Enfermería. es el personal de salud que presentan mayor porcentaje 91.90%, seguidamente internos de enfermería 80% y médicos el 78.41% . Asimismo; se evidencia que el 77.59% cumplen con la adherencia de higiene de manos y el 22.41% en la no adherencia en diferentes personas asistenciales de la salud.

Relevante al cumplimiento en los servicios, Centro Quirúrgico expone el 85.11%, continuando con UCI adultos 61.29% porcentaje preocupantes, siendo muy necesario la higiene de manos en esta unidad y en todos los servicios según la situación de los pacientes.

En el III Trimestre, se refleja el 100% de medición a la adherencia de higiene de manos en el personal asistencial Téc. Enfermería, seguidamente Lic. e internos en enfermería con el 83.33% y el 16.67% en la no adherencia. Asimismo, médicos, internos y residentes de medicina el 80% de adherencia y 20% de no adherencia a la higiene de manos.





VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Programa de actividades de Seguridad del Paciente y la Gestión del Riesgo – 2025 (ANEXO 01)

IX. INDICADORES DE EVALUACIÓN

ESTANDAR	INDICADOR
Las UPSS, unidades cumplen con el registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.	% de incidentes y/o eventos adversos y/o eventos centinela notificados y con análisis de la ocurrencia.
Implementación de las Rondas de Seguridad del paciente.	% de Rondas de Seguridad de Paciente ejecutadas en el hospital >100%
Cumplimiento de Buenas Prácticas	% de cumplimiento de Buenas Prácticas en el hospital =>70% por Rondas de Seguridad del Paciente.
Acciones de mejora implementadas	% de acciones de mejora implementadas por el hospital al menos el 50% de acciones correctivas (evidencia a la adherencia d higiene de manos).

X. RESPONSABILIDADES

- Las Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo durante el año 2025.
- La Oficina de Gestión de la Calidad remitirá a la Dirección Ejecutiva el Informe de Cumplimiento de ejecución del Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo de forma trimestral y semestral.
- La Dirección Ejecutiva remitirá la Dirección Regional de Salud de Piura el informe trimestral y semestral de la ejecución del Plan de Seguridad y Gestión del Riesgo.

ANEXOS

- 11.1. Anexo 01: Programa de Actividades de la Seguridad del Paciente y la Gestión del Riesgo – 2025.
- 11.2. Anexo 02: Cronograma de capacitaciones de Seguridad del Paciente – año 2025.
- 11.3. Anexo N° 03: Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.





ANEXO 01: PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA GESTIÓN DEL RIESGO – 2025

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA														
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
ACTIVIDAD 3: Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes o Eventos Adversos en Salud (DS N°013-2006/SA - RM N°727-2009/MINSA)																		
Fortalecer mediante el sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, en acciones de mejora en todas las UPSS	TAREA N°1: Conformar y aprobar Comité de registro de notificación y análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela	Documento de conformación de Comité	1		X													
	TAREA N°2: Monitoreo de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes o Eventos Adversos en Salud.	Informe mensual	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	TAREA N°3: Consolidado trimestral de la Implementación del registro de notificación y análisis de Incidentes, Eventos adversos y Evento Centinela	Informe remitido a DIRESA	4		X				X									X
	TAREA N°4: Consolidado semestral de la Implementación del registro de notificación y análisis de Incidentes, Eventos adversos y Evento Centinela	Informe remitido a DIRESA	2						X									X
	TAREA N°5: Consolidado anual de la Implementación del registro de notificación y análisis de Incidentes, Eventos adversos y Evento Centinela	Informe remitido a DIRESA	1															X
ACTIVIDAD 7: Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en los establecimientos de salud (RM N°163-2020-MINSA - Directiva Sanitaria N°092-MINSA-2020/DGAIN).																		
Promover el cumplimiento de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, mediante las rondas de Seguridad del Paciente.	TAREA N°1: Reconformación de Equipo de Rondas de Seguridad del paciente	Documento de conformación de equipo.	1	X														
	TAREA N°2: Aprobación del Cronograma de Rondas de Seguridad.	Cronograma aprobado	1	X														
	TAREA N°3: Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.	Plan elaborado y aprobado	1	X														
	TAREA N°4: Ejecución de Rondas de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma.	Rondas programadas	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X





Informe mensual	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAREA N°5: Informe de resultados post Rondas de seguridad del paciente.																		
TAREA N°6: Monitoreo del Plan de Acción de las Rondas de seguridad del paciente.	4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAREA N°7: Consolidado semestral de la ejecución de rondas de seguridad del paciente.	2																	
TAREA N°8: Aprobación del Plan de actividades por el Día Mundial de seguridad del paciente.	1																	
TAREA N°9: Elaboración y aprobación del Plan de capacitación de Seguridad del Paciente.	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TAREA N°10: Capacitaciones para fortalecer la Cultural de Seguridad del Paciente.	11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANEXO 02: CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - AÑO 2025

DEPARTAMENTOS	2025												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Consulta Externa													
Oncología													
Hemodiálisis													
Diagnóstico por imágenes													
Patología clínica													
Medicina													
Medicina de rehabilitación													
Emergencia													
Nutrición													
Farmacia													
Cirugía													
Centro quirúrgico													
Pediatría													
Ginecobstetricia													



ANEXO 03

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AÑO - 2025





RESPONSABLES

Med. Iván Oswaldo Calderón Castillo
Director (a) Ejecutivo

Econ. Jorge Saavedra Guevara
Supervisor de la Oficina de Administración

Mg. Adm. Pilar Villalta Espinoza
Supervisora de la Oficina de Gestión de la Calidad

Bach. Adm. Leydy Estefany Risco Saldarriaga
Responsable del Área de Mejora Continua

Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
Responsable del Área de Seguridad del Paciente



I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental de la atención sanitaria, que requiere un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño por parte de todo el sistema de salud.

Para darle sentido a esta línea, se rescata que la seguridad del paciente requiere de un enfoque integral, implicando efectuar una adecuada gestión de riesgos, donde se dote de capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes, como también aplicar acciones que minimicen el riesgo de las ocurrencias durante la atención en la institución de salud.

Es importante reconocer que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial, la Asamblea de la Salud adopto una resolución que respalda al establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, celebrada el 17 de septiembre.

Asimismo, el Ministerio de Salud con la Resolución Ministerial N°163-2020, aprueba la Directiva N°092 "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", el cual es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención de Salud, tales como: Registro en la historia clínica, seguridad del paciente en la UPSS, identificación correcta del paciente, prevención de la fuga de pacientes, seguridad en la medicación, prevención de la caída del paciente y contención mecánica, seguridad sexual, prevención y reducción de riesgo úlceras por presión, prevención del suicidio y lesiones, comunicación efectiva, higiene de manos, bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos.

Es así que el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, con la limitación de la emergencia sanitaria COVID – 19 dio por inicio la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, a partir del mes de noviembre del año 2020 en las diversas UPSS bajo una metodología específica, a fin de detectar y clasificar incidentes o problemas, seleccionar e implementar acciones de mejora, generando una cultura de seguridad en el personal. Entonces a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, se continúa con la ejecución de doce Rondas de Seguridad del Paciente, seis por semestre, considerándose I y II semestre, descritas en el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente, por fechas; y evaluadas por los miembros del Equipo de Rondas, aprobado por la institución mediante Resolución Directoral N°0049 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, y con Resolución Directoral N°0037 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661 se conformó el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2025".



II. FINALIDAD

La finalidad de las Rondas de Seguridad del Paciente es contribuir a una atención de calidad de vida a los usuarios, reduciendo actos inseguros durante los procesos asistenciales en los departamentos y servicios.

III. BASE LEGAL

- Decreto Supremo N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Directoral N°0037-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, que reconforma el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2025".
- Resolución Directoral N°0049-2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, que aprueba el "Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2025".
- Resolución Directoral N°0158-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-OPE430020161, que aprueba el "Plan de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2024".
- Resolución Directoral N°143-2021/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-OPE430020161 "Directiva Sanitaria del sistema de Registro, Notificación, Análisis de incidentes, eventos adversos y Evento centinela del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, periodo 2021"
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"
- Resolución Ministerial N°676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°308-2010-MINSA, que Aprobar la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N°255-2016-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"



- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las IAAS en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029/MINSA/DIGIPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"
- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N°003-IGSS/V.1 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Jefatural N°631-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N°764-2016-IGSS, que aprueba la Norma Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y en las – UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de importancia ejecución a nivel de todos los servicios asistenciales del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

V. DEFINICIONES

- **Acciones de mejora:** Son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- **Apreciación del riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación, análisis y evaluación del riesgo.
- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.
- **Acción segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para la población, aumentan la posibilidad de resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- **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.
- **Incidente:** es un suceso imprevisto que no genera daño, pero que podría generarlo de una manera no intencional durante la atención al paciente.
- **Evento adverso:** Es una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problema en la práctica, productos, procedimientos.
- **Evento Centinela:** Es evento adverso grave que produce una muerte, 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.
- **Infección asociada a la atención de salud (IAAS):** Es el resultado de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso que ocurre durante la atención hospitalaria, que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.



- **Higiene de manos:** Es la acción demostrada mediante los 5 momentos, medida para reducir el impacto de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de calidad que permita 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, de una UPSS seleccionada al azar, para identificar acciones 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.** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, garantizando resultados óptimos para el paciente.
- **Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Prevención del riesgo:** Es la modificación del sistema para reducir las posibilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son aquellos establecimientos de salud, públicos, privados o mixtos, que brindan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
- **Unidad Productora de Servicios (UPS):** 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)
- **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

- Fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente, a través de la difusión de las buenas prácticas de atención en salud, para mitigar la ocurrencia de incidentes, eventos adversos y eventos centinela durante los procesos asistenciales en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

6.2. Objetivos específicos

- Fortalecer mediante capacitaciones el sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, en acciones de mejora en todas las UPSS
- Promover el cumplimiento de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, mediante las rondas de Seguridad del Paciente.
- Fortalecer la adherencia de higiene de manos en el personal de la salud para reducir las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.

VII. ACTIVIDADES

7.1. Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana está aprobado mediante Resolución Directoral N°0037-2025, de fecha diez de enero del dos mil veinticinco (10.01.2025); a la vez conformado por:

N°	CARGO	FUNCIÓN
1	Director Ejecutivo	Líder
2	Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad	Secretaría Técnica
3	Supervisor de la Oficina de Administración	Miembro
4	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
5	Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
6	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
7	Jefe del Departamento de Consulta Externa	Miembro
8	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro Temporal
9	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro Temporal
10	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro Temporal
11	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro Temporal
12	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro Temporal
13	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro Temporal
14	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro Temporal
15	Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética	Miembro Temporal

Asimismo, se incorporan a la Ronda de Seguridad del Paciente, mientras dure ésta, los siguientes responsables:

- Responsable del servicio visitado.
- Responsable de enfermería del servicio visitado.
- Responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

7.2. Funciones del Equipo de Rondas

- El Secretario Técnico en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el Cronograma Anual de Rondas del paciente (Anexo 01), el cual debe ser aprobado y firmado por el Director Ejecutivo, Supervisora de Oficina de Gestión de la Calidad, Jefe de la Oficina de Epidemiología y Jefe del Departamento de Enfermería, incluir: fecha, hora y día en que aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.
- El Director Ejecutivo 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 (Anexo 03).
- El Secretario Técnico debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad aplicada y elevarlo al Director Ejecutivo, según corresponda.
- El Secretario Técnico, comunica a los responsables de la 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. Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente

- El Director Ejecutivo convoca al equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según cronograma aprobado.
- 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 Director Ejecutivo 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 aplicarán a la UPSS a visitar.

7.4. Aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente

- Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplica de forma mensual, según cronograma establecido.
- Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en horario diferente a la visita médica, con una duración máxima de 2 horas.
- La metodología se basa en la observación directa, revisión documentaria y entrevista al personal de salud y 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 02).
- El Secretario Técnico ingresa los datos recolectados en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente, y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) para la firma correspondiente por todos los miembros del equipo en señal de conformidad.
- El Secretario Técnico elabora el informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y lo presenta al Director Ejecutivo, adjuntando la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 03) en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas.

7.5. Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente

- 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 (Anexo 04).
- El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 05).
- El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad convocan al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo 06).
- El secretario técnico, informa al Director Ejecutivo el Plan de Acción implementado.
- El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente quien es 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 (Anexo 07).



- Los responsables de Departamentos y/o UPSS deben programar y gestionar los requerimientos de los equipos y materiales e insumos necesarios para cumplir con las Buenas Prácticas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

7.6. Difusión e Implementación en las UPSS

- La Dirección General realiza la difusión del Plan en el Portal Web y en todas las UPSS y áreas administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- La Institución elaborará estrategias que favorezcan la implementación, considerando jornadas de sensibilización en forma permanente.
- El Secretario Técnico, considerará capacitar en temas de Seguridad del Paciente.
- Los responsables de los Departamento y/o Servicios, deben gestionar el requerimiento de equipos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

7.7. Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente en las UPSS

- El Proceso de supervisión se realizará mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- La evaluación de la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente se hará mediante indicadores.
 - a) Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS.
 - b) Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en la IPRESS.
 - c) Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la IPRESS.

Indicador	Fórmula	Fuente auditable	Frecuencia
% de rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS.	N° de rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100.	- Cronograma de rondas. - Hoja de resultados de evaluación de rondas de Seguridad del paciente aplicadas.	Trimestral Semestral
% de cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRES.	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100.	- Listado de criterios de evaluación. - Hoja de resultados de evaluación de rondas de Seguridad del Paciente aplicadas.	Trimestral Semestral
% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS.	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones propuestas x100	- Plan de acción. - Informe de implementación de acciones de mejora. - Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.	Trimestral Semestral

VIII. RESPONSABILIDADES

- La Dirección Ejecutiva, la Oficina de Gestión de la Calidad, los Jefes de la UPSS y la Oficina de Administración son responsables del cumplimiento del Plan.
- La Dirección Ejecutiva debe incluir las Rondas de Seguridad del Paciente, en el Plan Anual de Gestión de la Calidad, según criterios de programación anual, posteriormente a la conformación del equipo.
- La Dirección Ejecutiva debe incluir las acciones de mejora del Plan de Acción post Ronda de Seguridad del Paciente, en los respectivos Planes Operativos del Hospital, así como en la programación de las UPSS relacionadas.

IX. ANEXOS

ANEXO 01: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.

ANEXO 02: Listado de Criterios de Evaluación.

ANEXO 03: Hoja de Resultados de Evaluación.

ANEXO 04: Hoja de Matriz de Riesgos.

ANEXO 05: Hoja de Prioridad de Intervención.

ANEXO 06: Hoja de Plan de Acción.

ANEXO 07: Hoja de Monitoreo.





ANEXO N° 01

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PERIODO 2025



IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

TITULAR IPRESS: MÉD. IVÁN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO.



ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	23/01/2025	10:00 - 12:00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 2	20/02/2025	10:00 - 12:00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 3	13/03/2025	10:00 - 12:00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4	24/04/2025	10:00 - 12:00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	22/05/2025	10:00 - 12:00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 6	19/06/2025	10:00 - 12:00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 7	16/07/2025	10:00 - 12:00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 8	21/08/2025	10:00 - 12:00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	18/09/2025	10:00 - 12:00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 10	23/10/2025	10:00 - 12:00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 11	20/11/2025	10:00 - 12:00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 12	18/12/2025	10:00 - 12:00

GOBIERNO REGIONAL PIURA
 HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
 Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
 DIRECTOR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 C.M.P. 02115 P.N.E. 021128

GOBIERNO REGIONAL PIURA
 HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
 LIC. Adm. Pinar Yvetha Espinoza
 SUPERVISORA DE LA OPERACIÓN DE GESTIÓN CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL PIURA
 HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
 Dra. Jesús María Del Pilar Campos de Rodríguez
 JEFE DE LA OFICINA DE VIGILANCIA
 EPIDEMIOLÓGICA Y SALUD AMBIENTAL
 C.M.P. 02119 P.N.E. 021612





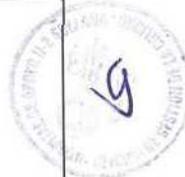
ANEXO N° 02: LISTADO DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Registro de fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCI tomadas al azar.	RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/D GAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA		
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombre 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 las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 HCI tomadas al azar.			
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico- Quirúrgicos e interconsultas.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicación, 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 las 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
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA					
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° 502-2016/MINSA aprueba NT N° 029- MINSADIGEPRES-V 02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.			
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	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			
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.	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica- MSPS. España/ D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo			
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.	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			
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.	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 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.	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 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.	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 de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo el diagnóstico definitivo	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/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA			
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.	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 de la Contrareferencia del paciente	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/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA			
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.	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			
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/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA			



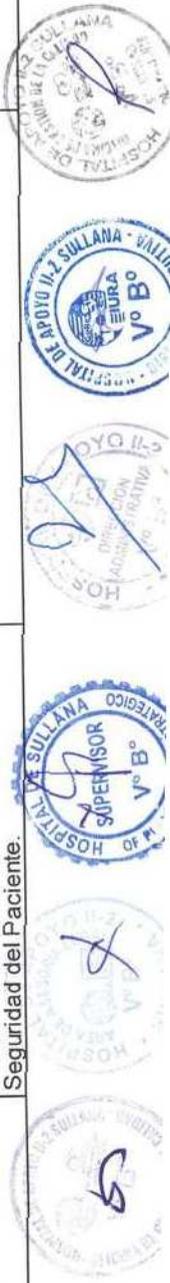


BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite 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 03 HCl tomadas al azar.	RM N°546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector de Salud.		
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	RM N°456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos del Sector de Salud.		
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	RM N°456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos del Sector de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Preguntar a 3 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	Ley N° 30453 Ley del Sistema Nacional del Residentado Médico. Convenios inter-institucionales (hospitales y universidades)		
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCl	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	RM N° 727-2009/MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud RM N°456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos del Sector de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D.S. N° 005-2012- TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			
Utilización del formato del 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 Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.			
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. H- http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf .			
Baranditas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de baranditas y sus uso.				





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En 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".		
	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 resolutive y sus 10 anexos.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doopler Fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doopler Fetal portátil y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimiento del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo	Verificar la existencia de Monitor fetal o Cardiotocógrafo y su uso.	RM N° 1472-2002- Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. RM N° 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 .		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	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"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realizan 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° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba o ELISA para HIV y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en el trabajo de parto los resultados de prueba o ELISA para HIV y HIV-2.			
	En Centro Obstétrico 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 Área de Seguridad del Paciente.	Verificar la existencia del informe (último informe semestral).			





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA		CUMPLE		
			SI	NO	SI	NO	
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 cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del 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				
	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 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 (a) 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.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de 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 PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de 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 SALIDA.	Acompañar 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.					
	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 Cialítica Potátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.	RM. N°546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimiento del Sector Salud"				
	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°486-2005-MINSA que aprueba NT N°030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 022-2011/MINSA aprueba NTS N° 089-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°2014-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAN 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
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados con correctos y completos	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente-OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf		
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: Nombres, apellidos y N° de cama.			
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la Historia Clínica.	Datos mínimos a ser verificados y constatrados con la Historia Clínica: Nombres y apellidos, DNI y N° de Historia Clínica.	Soluciones para la Aeguridad del Paciente - OMS. https://www.alansaludmental.com/gestit%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/		
	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/sites/rid/Lists/BibliotecaDiGita/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_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.			
	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 3 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución 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 3 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°29414, 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.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).			
	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 la pertenencias de pacientes y visitas.				
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente con la Seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			
	Entrevista con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.		https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/		
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas, el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluye recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específica.		https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf		
	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 la instancias correspondientes.				





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA		CUMPLE		
			SI	NO	SI	NO	
	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 3 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.					
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 3 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 contenidas en ella.	Verificar que todas las soluciones endovenosas estén rotuladas.					
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.					
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados e caso de requeridos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.					
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 3 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.	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°557-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud, Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud. Normas internas en la IPRESS.				
	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 correspondiente al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° de 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° de lote y fecha de vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.					
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamentos correctos (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCH y hora de administración correcta (contrastar con HCH y Kardex de Enfermería).					





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	<p>Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.</p> <p>Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos- cognitivos.</p> <p>Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.</p> <p>En caso de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.</p> <p>Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavadores, cambios posturales periódicos, etc.</p> <p>Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.</p> <p>Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.</p> <p>Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.</p> <p>Si el paciente se encuentra en posición supino, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.</p> <p>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.</p> <p>Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.</p> <p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Observar según sea el caso el uso de contención mecánica</p> <p>Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Verificar la existencia del protocolo respectivo</p> <p>Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.</p> <p>Verificar el retiro fácil de las Técnicas de inmovilización utilizadas.</p> <p>Verificar la movilidad del paciente.</p> <p>Verificar que no esté afectadas las vías aéreas.</p> <p>Verificar el la HCI, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.</p>	<p>Nota descriptiva N° 344- Caídas . Organización Mundial de la Salud.</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf</p> <p>https://www.minsa.cl/portal/ur/Item/cede9e8208889580e040010165012d42.pdf</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/PREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>NO APLICA</p>		





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD SEXUAL	<p>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 personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.</p> <p>Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.</p> <p>El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.</p> <p>Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.</p> <p>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.</p>	<p>Verificar en 3 Historias Clínicas tomadas al azar se se realiza la valoración.</p> <p>Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han informados al respecto.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han informados al respecto.</p> <p>Verificar si se realiza algún controla al respecto.</p> <p>Verificar en 2 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.</p> <p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).</p> <p>https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencción.pdf</p> <p>2° Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente con la Seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p> <p>https://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamiento-atencion-intento-suicidio-adolescente.pdf</p> <p>Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria-Instituto Universitario Avedis Donabedian.</p> <p>https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_48_1_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf</p>		
	<p>Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.</p>				





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (octubre2011).		
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/p-revenir-ulceras-por-presion.pdf		
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	https://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevenccion_UPP.pdf		
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	https://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevenccion_UPP.pdf		
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al respecto. Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	RM. N°456-2007/MINSA aprueba NTS N°050-MINSA/DGSP V.02		
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Verificar la existencia de la Guía de Curación, verificar la existencia de los insumos descritos en la guía.	Norma interna en la IPRESS.		
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.			



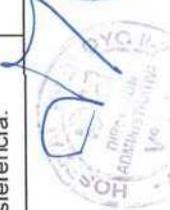


BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO APLICA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: Antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).		
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específico).	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencción.pdf		
	Ubicar al paciente en el Servicio/Unidad mas adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.			
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes o (familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		2° Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente con la Seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.	
	El botiquín/almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.			
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma mas inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.		https://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000879cnt-2018-lineamiento-atencion-intento-suicidio-adolescente.pdf	
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición/ alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.		Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria-Instituto Universitario Avedis Donabedian.	
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.		https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf	





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





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO APLICA	
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N°255-2016/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 de ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10.	Verificar el ratio mínimo recomendado.				
	Cumplimiento de 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 11 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° 03.				
	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver anexo N° 04.				
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.				





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





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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 V.03 Norma Técnica de la Salud Categorías de Establecimiento 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° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.				
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificar de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.				
	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.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento.		DS N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		





ANEXO N°03: HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

PLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALU

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Table with 4 columns: Field Name, Value, Date, and Year. Fields include IPRESS, UPSS, Titular/Responsable IPRESS, Resp. de Administración, Resp. Dpto/Servicio Enfermería, Trimestre, Fecha Aplicación, Resp. Epidemiología, Resp. de la UPSS, Resp. Ofic. Unidad Calidad, and Otros Responsables.

Table with 2 columns: BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS and % CUMPLIMIENTO. Includes a row for 'PROMEDIO'.

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

Empty box for average compliance percentage.





ANEXO N°04: HOJA DE MATRIZ DE RIESGOS.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

Table with 5 columns: TRIMESTRE, SELECCION, AÑO, 2025, and rows for IPRESS, UPSS, TITULAR/RESPONSABLE IPRESS, RESP. DE ADMINISTRACION, and RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA.

PROBABILIDAD

Table mapping probability levels to values: FRECUENTE (5), PROBABLE (4), OCASIONAL (3), INFRECUENTE (2), RARO (1).

GRAVEDAD / IMPACTO

Table mapping severity levels to values: CATASTRÓFICO (10), IMPORTANTE (7), MODERADO (4), TOLERABLE (2), INSIGNIFICANTE (1).

VALORACIÓN DEL RIESGO

Table mapping risk levels to value ranges: RIESGO INTOLERABLE (35-50), RIESGO IMPORTANTE (20-34), RIESGO MODERADO (4-19), RIESGO BAJO (1-3).

Main matrix table with columns: BUENAS PRÁCTICAS, %, VERIFICADOR, CUMPLIMIENTO, PROBABILIDAD, GRAVEDAD / IMPACTO, VALORACIÓN DEL RIESGO.



ANEXO N°05: HOJA DE PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

1. FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN: El estudio de la evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:

- 1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.
- 1.2 La factibilidad económica y el costo-oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.
- 1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **EVITABLE (3):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.
- b. **REDUCIBLE (2):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un Plan de Reducción de Riesgos.
- c. **INEVITABLE (1):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

**FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN
(ECONOMICA - CIENTIFICA)**

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN: Es el producto de la relación existente entre el resultado de la Valoración del Riesgo con la Factibilidad de la Intervención, a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el Plan de Acción.





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

Table with 6 columns: Field, Value, Trimestre, Seleccione, Año, and Date format. Rows include IPRESS, UPSS, Titular/Responsable IPRESS, Resp. de Administración, and Resp. Dpto/Servicio Enfermería.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Table mapping risk levels to scores: Riesgo Intolerable (35-50), Riesgo Importante (20-34), Riesgo Moderado (4-19), Riesgo Bajo (1-3).

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

Table mapping feasibility levels to counts: Evitable (3), Reducible (2), Inevitable (1).

Main data table with 7 columns: Buenas Prácticas, %, Verificador, Cumplimiento, Valoración del Riesgo, Factibilidad de Intervención, and Prioridad de Intervención. Includes 'SELECCIONE' entries.





ANEXO N° 06: HOJA DE PLAN DE ACCIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	0	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	IVÁN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)





ANEXO N°07: HOJA DE MONITOREO

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	0	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	IVÁN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE



45





ANEXO N°04: HOJA DE MATRIZ DE RIESGOS.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ
Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	0	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	IVÁN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRAGUEVARA	RESP.OFIC. UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

	ii	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	0	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	IVÁN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN
(ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	





ANEXO N° 06: HOJA DE PLAN DE ACCIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERU

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

Table with 5 columns: Field, Value, Trimestre, Seleccione, Año. Rows include IPRESS, UPSS, Titular/Responsable IPRESS, Resp. de Administración, and Resp. Dpto/Servicio Enfermería.

ACTUALIZAR PRIORIDAD

Table with 6 columns: Prioridad, Buenas Prácticas, Verificador Inseguro, Acciones Correctivas, Responsable (Cargo), Plazo (dd/mm/aaaa). Multiple empty rows for data entry.





ANEXO N°07: HOJA DE MONITOREO

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

Table with 6 columns: Field Name, Value, Trimestre, Seleccione, Año, and Date Format. Rows include IPRESS, UPSS, Titular/Responsable IPRESS, Resp. de Administración, and Resp. Dpto/Servicio Enfermería.

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

Empty rectangular box for percentage implementation.

Table with 8 columns: Prioridad, Buenas Prácticas, Verificación Inseguro, Acciones de Mejora/Correctivas, Responsable (Cargo), Plazo (dd/mm/aaaa), Monitoreo (dd/mm/aaaa), and Implementación. The last column contains the word 'SELECCIONE' repeated in each row.

