



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Cañete,

13 MAYO 2025

VISTO:

El Expediente N° 03675025, que contiene la Nota Informativa N° 120-2025- DIRESA-L-RIS-CY-DE-OSAI el Director (e) de la Oficina de Salud Integral a través de la Nota Informativa N° 039-2025-DIRESA-L-RISCY-DE-OSAI-GC, solicita la aprobación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2025: Servicios Básicos de Salud Cañete - Yauyos del Gobierno Regional de Lima; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante documento de visto, el Director (e) de la Oficina de Salud Integral a través de la Nota Informativa N° 039-2025-DIRESA-L-RISCY-DE-OSAI-GC, solicita la aprobación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2025: Servicios Básicos de Salud Cañete - Yauyos del Gobierno Regional de Lima;

Que, en aplicación a la Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, el objeto de “La presente Ley orgánica desarrolla el Capítulo de la Constitución Política sobre Descentralización, que regula la estructura y organización del Estado en forma democrática, descentralizada y desconcentrada, correspondiente al Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Asimismo, define las normas que regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal”;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, publicada el 31 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad de Salud”, cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional y teniendo como objetivo mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, la Sexta Política del Documento Técnico acotado en el párrafo precedente, señala que las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientadas al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el que se considera a los denominados "Documentos Técnicos", cualquiera sea su naturaleza; disponiendo que estos documentos técnicos cuenten con el sustento técnico del órgano competente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Cañete,

13 MAYO 2025

de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, a través del Artículo 7° del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud de Cañete, aprobado por la Ordenanza Regional N° 14-2008-CR-RL, se delega funciones a la Dirección Ejecutiva de la Dirección de Red de Salud de Cañete y, en uso de las facultades conferidas en la Resolución Gerencial General N° 162-2025-GRL-GGR de fecha 24.ABR.2025; y,

Con el visto bueno de la Oficina de Salud Integral, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento y Presupuesto y Asesoría Legal de los Servicios Básicos de Salud Cañete – Yauyos del Gobierno Regional de Lima.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR el PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025: Servicios Básicos de Salud Cañete - Yauyos del Gobierno Regional de Lima, el mismo que consta de (33) páginas que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – ORDENAR el cumplimiento del Plan de Rondas, a la Oficina de Salud Integral a través de su Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad (a).

ARTÍCULO TERCERO. – DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Electrónico de los Servicios Básicos de Salud Cañete - Yauyos. (<https://www.gob.pe/drscy>).

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD CAÑETE - YAUUYOS

M.C. PABLO PABLO FLORES QUISPE
C.M.P. 71708
DIRECTOR EJECUTIVO
RIS CAÑETE YAUUYOS

PPFQ/MERA/PZOL/FFEI/AMJD

Distribución:

- () Dirección Ejecutiva
- () Asesoría Legal
- () Oficina de la Dirección Administrativa
- () Oficina de Salud Integral
- () Portal Institucional
- () Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad
- () Archivo





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
RED INTEGRADA DE SALUD - CANETE YAUYOS

**PLAN DE
RONDAS DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE**



2025



INDICE

I.INTRODUCCION	3
II.FINALIDAD	4
III-OBJETIVOS	4
3.1-OBJETIVO GENERAL.....	4
3.2-OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
IV-AMBITO DE APLICACIÓN	4
V-BASE LEGAL	5
VI –CONTENIDO	6
6.1-DEFINICIONES OPERATIVAS.....	6
6.2-CONFORMACION DEL EQUIPO DE RONDA DE SEGURIDAD.....	7
6.3-FUNCIONES DE EQUIPO DE RONDA DE SEGURIDAD.....	8
6.4-PROCEDIMIENTO.....	8
6.5-DIFUSION E IMPLEMENTACION DE LA RONDA	10
6.6-INDICADORES.....	11
6.7-REQUERIMIENTO.....	11
6.8-FINANCIAMIENTO	11
VII-RESPONSABILIDADES	11
VIII ANEXOS.....	12
ANEXO 1 CRONOGRAMA DE RONDA	12
ANEXO 2 CRITERIOS DE EVALUACION.....	17
ANEXO 3 HOJA DE RESULTADO.....	25
ANEXO 4 VALORACION DE RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD.....	26
ANEXO 5 PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	29
ANEXO 6 MODELO DEL PLAN DE ACCION	30
ANEXO 7 MODELO DE FICHA DE MONITOREO.....	31
ANEXO 8 INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	32



I.- INTRODUCCION

Con el propósito de contribuir a la promoción y seguimiento de Prácticas Seguras y en el marco de la iniciativa de la "Alianza mundial por la seguridad del paciente" promovida por la organización panamericana de la salud (OPS) se promueve la implementación de las rondas de seguridad por una mejor calidad y seguridad de la atención en salud, el cual tienen como propósito promover una cultura de calidad y seguridad en la atención en todos los servicios asistenciales de salud.

En el Perú, el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, 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.

En este contexto, el Ministerio de Salud en el año 2020 con la RM N° 163-2020-MINSA aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA /2020/DGAIN " Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", cuya finalidad es contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones prestadoras de los servicios de salud públicas y privadas.

La Red Integrada de Salud Cañete Yauyos viene trabajando aspectos relacionados a la Seguridad del Paciente, cuyos componentes fundamentalmente son el involucramiento de los decisores en la cultura de seguridad del paciente a nivel institucional, así como la toma de conciencia y educación en actividad del personal asistencial.

Por ello el Plan Anual 2025 de Rondas de Seguridad del Paciente de la RIS Cañete Yauyos, ha sido diseñado, con la finalidad de continuar implementando la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, "**Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud**".



II.- FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de atención estableciendo mecanismos de análisis e intervención para brindar mayor seguridad ,con la prevención de prácticas inseguras, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en los establecimientos con rol puerta de entrada a partir del I-3.

III.- OBJETIVOS

3.1-OBJETIVO GENERAL

Establecer una cultura de buenas prácticas en la calidad de atención en salud, a través de la implementación de las rondas de seguridad

3.2-OBJETIVO ESPECIFICOS.

- a) Verificar el cumplimiento de los estándares con respecto a la atención de salud.
- b) Educar al personal en servicio en relación a las practicas seguras durante la atención del paciente.
- c) Tomar contacto con los pacientes /familiares para identificar aspectos relacionados con la seguridad de su atención.
- d) Identificar y analizar las limitaciones existentes en los diferentes servicios áreas y unidades que afecten la prestación de los servicios dentro de un componente de garantía de la calidad.
- e) Establecer un sistema de monitoreo ,seguimiento y evaluación para la atención de calidad y segura .
- f) Promover una cultura de calidad a nivel institucional proponiendo estrategias de solución con participación del personal de salud.

IV- AMBITO DE APLICACIÓN

Este Plan de rondas para la seguridad del paciente de la Red Integrada de Salud Cañete Yauyos es de aplicación en los establecimientos con rol puerta de entrada a partir del I-3.



V- BASE LEGAL

Ley N° 26842, "Ley General de Salud".

Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud

Ley 29414 Ley de los derechos de los usuarios de servicios de salud.

Ley N° 27867: Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias

Decreto Supremo N° 011-2017-SA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 013-2006/SA que aprueba el Reglamento de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud".

Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.

Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".

Resolución Ministerial N° 255-2016/ MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de manos en los establecimientos de salud.

Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

Resolución Ministerial N°1295-2018/ MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos - Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".

RM N° 163-2020-MINSA aprobó la Directiva Sanitaria N ° 92-MINSA /2020/DGAIN " Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"



VI-CONTENIDO

6.1-DEFINICIONES OPERATIVAS

Acciones de mejora: Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Apreciación del riesgo: Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

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

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

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

Evento centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

Infección Asociada a la Atención de Salud – IAAS: Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de a admisión en el establecimiento de salud. En el caso de los neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS: Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.



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

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

Ronda de seguridad del paciente: Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Seguridad del paciente: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

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), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

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.

Gestión del riesgo: Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

Prevención del riesgo: Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.

6.2-CONFORMACION DEL EQUIPO DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El equipo de ronda de seguridad del paciente será oficializado con Resolución Directoral , el cual estará conformado de la siguiente manera :

- a-La jefatura del establecimiento de salud, quien es el líder
- b-El director administrativo de la RIS Cañete Yauyos .
- c-El responsable del área de Gestión de la Calidad, quien será el secretario técnico.
- d-El responsable de epidemiología
- e-El responsable de salud ambiental
- f-El responsable de la UPSS de farmacia .

Se incorporará al equipo de ronda de seguridad del paciente, en tanto dure esta:
El responsable del servicio visitado



6.3-FUNCIONES DE EQUIPO DE RONDA DE SEGURIDAD

Los miembros del equipo de ronda tienen las siguientes funciones :

- a-Secretario técnico: En coordinación con los demás miembros del equipo, elaboraran el cronograma anual de rondas de seguridad del paciente.
- b-Líder del equipo: Debe convocar a los miembros del equipo según el cronograma aprobado .
- c-El secretario técnico del equipo , se encarga del registro y custodia de la información relacionada a la ronda de seguridad del paciente .
- d-Todos los miembros del equipo firman la hoja de resultado de evaluación
- e-El secretario técnico, debe elaborar el informe respectivo de la ronda de seguridad y elevarlo a la jefatura .
- f-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 los plazos establecidos en el plan de acción.

6.4-PROCEDIMIENTO

ETAPA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
PLANIFICACIÓN	1.Elaboración del cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente. (Anexo N° 01)	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. - Secretario Técnico (Coordinador de Calidad
	2. Enviar el plan a Dirección Ejecutiva para su aprobación y emisión de resolución directoral.	



ETAPA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
EJECUCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD	1. Convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según el Cronograma aprobado. (Anexo N°1)	Líder del Equipo (Jefe de la IPRESS/ su representante)
	2. Identificar la UPSS a ser visitada, previo sorteo el mismo día de programada la ronda	
	3. Convocar al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, incorporándolo al Equipo de Rondas.	
	4. Determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.	Secretario Técnico (responsable de Calidad)
	5. Acercarse a la UPSS identificada, la cual tendrá una duración máxima de 02 horas.	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
	6. Se da inicio a la visita en la UPSS seleccionada, a través de la observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.	
	7. 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 2).	
	8. Ingresar los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Resultados de Evaluación (Anexo N° 3) todos los miembros del Equipo de Rondas deben firmar el instrumento de la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.	Secretario Técnico (responsable de Calidad)
	9. Elabora y suscribe el informe que es dirigido a la máxima autoridad de la IPRESS sobre la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas.	



ETAPA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
ACCIONES POST RONDA	1. Realiza la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos. identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos.(Anexo N°4)	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. Secretario Técnico —Responsable de Calidad
	2. Realiza la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente. (Anexo N ° 5)	
	3. Convoca al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado. (Anexo N '6)	
	4 . Informa a la máxima autoridad o titular de la IPRESS el Plan de Acción a ser implementado.	Secretario Técnico — Responsable de Unidad de Calidad
	5 . Designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo (anexo 7)	
SUPERVISIÓN Y EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD	1-El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta pre establecida y está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad en las IPRESS.Las técnicas a utilizar son:observación,entrevista y revisión documentaria	Responsable de Oficina / Unidad de Calidad
	2-. La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad en las IPRESS mediante indicadores establecidos en la Directiva Sanitaria vigente (Anexo N '8).	

6.5-DIFUSION E IMPLEMENTACION DE LA RONDA

a-El titular de la IPRESS difundirá en medio físico y/o digital el presente plan a todas las UPSS.

b-Realizada la difusión, el líder debe establecer estrategias que favorezcan la implementación del plan considerando de sensibilización.

c-Los responsables de las UPSS deben efectuar los requerimientos de equipos, materiales e insumos, etc para cumplir con las buenas practicas evaluadas.



6.6-INDICADORES

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas /N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100	Cronograma de Rondas. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	N° de Verificadores conformes / N° de Verificadores evaluados x 100	Listado de Criterios de Evaluación. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	N° de acciones de mejora implementadas/N° de acciones de mejora propuestas x 100	Plan de Acción. Informe de Implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral

6.7-REQUERIMIENTO

Material de Escritorio:

- Papel bond.
- Tinta para impresora.
- Tableros acrílicos.
- Lapicero azul.
- Lápiz con borrador.

Equipo de Cómputo:

- Computadora.
- Impresora .

Movilidad :

Planilla de movilidad para el traslado del personal.

6.8-FINANCIAMIENTO

La ejecución de este plan será financiada por la fuente de financiamiento y la categoría presupuestal que designe la Dirección Ejecutiva .

VII-RESPONSABILIDADES

La Dirección ejecutiva, la jefatura de los establecimientos de salud con rol puerta de entrada ,responsables de la UPSS aplican la ronda de seguridad, considerando el ámbito de su competencia.



ANEXO N° 01
CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA SAN VICENTE			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	19-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	15-04-2025	11:00 AM	SORTEO
3	17-07-2025	11:00 AM	SORTEO
4	13-08-2025	11:00 AM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA SAN LUIS			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	25-03-2025	5:00 PM	SORTEO
2	27-05-2025	5:00 PM	SORTEO
3	26-08-2025	5:00 PM	SORTEO
4	25-11-2025	5:00 PM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA CERRO AZUL			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	21/03/2025	11:30 a. m.	SORTEO
2	16/05/2025	11:30 a. m.	SORTEO
3	20/08/2025	11:30 a. m.	SORTEO
4	14/11/2025	11:30 a. m.	SORTEO



E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA RAMOS LARREA			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	27-03-2025	5:00 PM	SORTEO
2	29-05-2025	5:00 PM	SORTEO
3	28-08-2025	5:00 PM	SORTEO
4	27-11-2025	5:00 PM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA IMPERIAL			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	17-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	17-06-2025	11:00 AM	SORTEO
3	17-09-2025	11:00 AM	SORTEO
4	17-11-2025	11-11-2025	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA NUEVO IMPERIAL			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	18-03-2025	3:00 PM	SORTEO
2	18-06-2025	9:00 AM	SORTEO
3	24-09-2025	9:00 AM	SORTEO
4	17-12-2025	9:00 AM	SORTEO



E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA QUILMANA			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	13/03/2025	10:00AM	SORTEO
2	8/05/2025	10:00AM	SORTEO
3	14/08/2025	10:00AM	SORTEO
4	13/11/2025	10:00AM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA EL SOL			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	20-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	14-05-2025	11:00 AM	SORTEO
3	19-08-2025	11:00 AM	SORTEO
4	20-11-2025	11:00 AM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA DE ENTRADA LUNAHUANA			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	24/03/2025	11:00AM	SORTEO
2	23/05/2025	11:00AM	SORTEO
3	18/08/2025	11:00AM	SORTEO
4	24/11/2025	11:00AM	SORTEO



E.S CON ROL PUERTA D ENTRADA PACARAN			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	27-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	29-05-2025	11:00 AM	SORTEO
3	28-08-2025	11:00 AM	SORTEO
4	27-11-2025	11:00 AM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA D ENTRADA CATAHUASI			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	20-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	20-06-2025	11:00 AM	SORTEO
3	20-09-2025	11:00 AM	SORTEO
4	20-12-2025	11:00 AM	SORTEO

E.S CON ROL PUERTA D ENTRADA YAUYOS			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	25-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	26-06-2025	11:00 AM	SORTEO
3	26-09-2025	11:00 AM	SORTEO
4	29-12-2025	11:00 AM	SORTEO



E.S CON ROL PUERTA D ENTRADA TOMAS			
RONDA	FECHA	HORA	UPSS
1	25-03-2025	11:00 AM	SORTEO
2	26-06-2025	11:00 AM	SORTEO
3	26-09-2025	11:00 AM	SORTEO
4	29-12-2025	11:00 AM	SORTEO



ANEXO N° 02

CRITERIOS DE EVALUACION PARA EL I NIVEL DE ATENCION

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO N.A.
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 H.Ci. tomadas al azar	R.M. N°502-2016/MINSA aprueba NT N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud		
	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 H.Ci. tomadas al azar			
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar.			
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la Historia Clínica	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar.	R.M. N°214-2018/MINSA aprueba NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN. Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica y su modificatoria con R.M.N°265-2018/MINSA		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la H.Ci. o en algún medio de registro evidenciable	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. MSPS España/D.S. N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar.	R.M. N°214-2018/MINSA aprueba NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN. Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica y su modificatoria con R.M.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 H.Ci. tomadas al azar.			
	Registro de la Contrarreferencia del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar.			
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar			
	Historia Clínica ordenada y limpia	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS 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.	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		N.A.	
	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.	Ley N°30453 Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico, Convenios Interinstitucionales.			
	Personal conoce el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. R.M. N°727'2009/MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.			
	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 H.Ci.	R.M. 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.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 H.Ci. tomadas al azar.Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos	R.M. 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.			
	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 de consentimiento informado para actividades de docencia	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N°013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.			
	En consultorio obstétrico/emergencia obstétrica se evidencia el uso de gestograma.	Observar la existencia del gestograma	R.M. N°853-2012-MINSA aprueba la D.S. N°001-MINSA/DGSP-V.02 Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud			





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO N.A.
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la historia clínica: nombres y apellidos, N° D.N.I. y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS		
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento. Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Observar el proceso de identificación del paciente antes de cualquier procedimiento. Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas			
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	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 cuenten con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agenda Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales en las agresiones sexuales	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto	2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO N.A.
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	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. RM N° 552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057- MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector salud" Normas internas en la IPRESS		
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe	Pregunte a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.			
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente	Verificar la existencia de coche de paro y su contenido según lo descrito en el Anexo N°01			
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los contenidos en ella	Verificar que todas las soluciones endovenosas estén rotuladas.			
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar confusión por su similitud de nombres o de presentación	Verificar el almacenamiento de los medicamentos			
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos	Verificar rotulación de medicamentos de 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 Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponderle. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.			
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir nombre, presentación, N° de lote y fecha de vencimiento. Contrastar el registro con 5 medicamentos elegidos al azar.			
	Existencia de un registro de medicamentos controlados	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlado. 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 los medicamentos	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con la historia clínica) y hora de administración correcta (contrastar con historia clínica y Kardex de enfermería)			





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO N.A.
<p>COMUNICACIÓN EFECTIVA</p>	<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 cómo 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 evidencia comunicación (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, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los paciente.</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, resumen 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 de salud.</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) elegidos al azar, si han sido 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 documentariamente 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 documentariamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.</p> <p>Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.</p> <p>Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.</p> <p>Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva 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>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente". OMS/Las 6 metas Internacionales de Seguridad del Paciente. OMS 2004</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>N.A.</p>	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>N.A.</p>





BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO N.A.
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 de 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 los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03			
	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegido al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las maos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexoa 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 N.A.	
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS	RM N° 195-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación			
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a la norma	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 medidas de prevención para IAAS	RM N° 168-2015/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS			
	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° 045-2015/MINSA aprueba NTS N° 113- MINSA/DGIEM V.01 Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N° 020- MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias		
	Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Observar señalización de corresponder				
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO N.A.	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según 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 Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N°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)	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo		DS N°013-2006-SA Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo		
	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.	Selección 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.				



ANEXO N° 04

VALORACION DE RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD

La valoración de los riesgos se realiza mediante las variables Probabilidad y Gravedad/impacto, según se detalla:

1. PROBABILIDAD: Es la frecuencia en que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a) **FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador ha sido frecuente y recurrente, siendo casi inevitable. Es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- b) **PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
- c) **OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d) **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e) **RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a los procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

2.- GRAVEDAD / IMPACTO: Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el usuario (que puede ser el paciente, su familia o el gestor). Valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/ penalización/ indemnización.

Seleccionar una de las siguientes opciones:



- a) **CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de la seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de las normas. Origina la total insatisfacción del usuario, ya que produce la muerte del paciente.
- b) **IMPORTANTE (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevado en el paciente. Requiere de constantes reintervenciones que ponen en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de las normas. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de discapacidad permanente.
- c) **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observará el deterioro en el rendimiento de la prestación. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.
- d) **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento de la prestación sin darle importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad temporal o permanente.
- e) **INSIGNIFICANTE (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento de la prestación. Probablemente, el usuario no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.
Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad. "

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

La **VALORACIÓN DEL RIESGO**, es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, lo cual se valora en la Matriz de Riesgos de la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones.

- a) **RIESGO INTOLERABLE (35 - 50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo.
- b) **RIESGO IMPORTANTE (20 - 34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo pero con repercusiones significativas.
- c) **RIESGO MODERADO (4 - 19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición de un riesgo y de trascendencia moderada o tolerable.
- d) **RIESGO BAJO (1 - 3):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia para la aparición de un riesgo.

