



N° 021-2025-DIRESA-LIMA-H-CH-SBS-DE

Resolución Directoral

Chancay, 15 de enero del 2025

VISTO:

El Expediente No 03576252 que contiene el INFORME No 007 -2025-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC., de fecha 06 de enero del 2025; suscrita por la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS, solicita la aprobación del PLAN Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ". Mediante acto resolutivo; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, señala que la Seguridad del Paciente, es un principio fundamental de la atención sanitaria;

Que, asimismo la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, tiene por objeto promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS);

Que, en los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley No 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución No Ministerial No 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo su objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial No 676-2006/MINSA, se define la Seguridad del Paciente como reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente. Por lo tanto, se hace necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población;

Que, con Resolución Ministerial No 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria No 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de la salud", con la finalidad de establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de la salud en las Instituciones Prestadoras de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.



Que, en el artículo 6.1.2 de la Directiva Sanitaria No 092-MINSA/2020/DGAIN, señala que el Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del paciente, el cual debe ser aprobado y firmado por el Titular de la IPRESS, el responsable de las Oficinas de Gestión de la Calidad, Epidemiología, del Departamento de Enfermería;

Que, el PLAN DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO DE LA ATENCION DE SALUD 2025 DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ", tiene como objetivo establecer una cultura de buenas prácticas en la calidad de la atención en salud, a través de la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López

Que, en merito a los señala en los considerandos precedentes, resulta pertinente adoptar las acciones necesarias para la Aprobación del PLAN Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2025 DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD "DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ"

Estando a lo visado por la Unidad de Gestión de la Calidad y la Unidad de Asesoría Jurídica de la Unidad Ejecutora No 405 Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud.

Con las facultades conferidas en los Artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Chancay y SBS, aprobado por la Ordenanza Regional N° 008-2014 CR-RL, Y Resolución Gerencial General Regional N° 212-2024-GRL/GGR;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR a partir de la fecha el PLAN DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO DE LA ATENCION DE SALUD 2025 DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ",

ARTICULO SEGUNDO.- APROBAR a partir de la fecha el CRONOGRAMA DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO DE LA ATENCION DE SALUD 2025 DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ",

ARTICULO TERCERO.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la entidad, conforme a las normas de Transparencia y acceso a la Información Pública.

Regístrese y Comuníquese


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"
Dr. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
CMP 36446

Transcrita:

- Dirección Ejecutiva
- Asesoría Legal
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Interesados.
- Archivo

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

Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo-Atoche López".



Unidad de Gestión de la calidad

2025

INDICE

INTRODUCCIÓN

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. BASE LEGAL
- IV. AMBITO DE APLICACIÓN
- V. DISPOSICIONES GENERALES
 - 5.1 Definiciones Operacionales
- VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
- VII. RESPONSABILIDADES
- VIII. ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En el marco de las Políticas de Calidad emitidas afines del 2009, por el MINSA, con suscripción en la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y las bases legales con las que el MINSA ha elaborado el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2010-2012. Creada con el propósito de mejorar en materia de seguridad del paciente que implica efectuar una gestión adecuada del riesgo y reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

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

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

La ronda de seguridad es una herramienta que permite evaluar es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y que permite identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud.

En la actualidad se han incrementado los eventos adversos y se suma las grandes consecuencias para la salud y seguridad del paciente, por lo tanto; la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS “DR. Hidalgo Atoche López”, ha conformado el Equipo de Rondas de Seguridad en cumplimiento de la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN; Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para La Gestión del Riesgo en la atención en Salud, asimismo se elabora el Plan y el Cronograma Anual 2024 de Rondas de Seguridad del Paciente.

El Plan de trabajo de Rondas de Seguridad establece la metodología para la implementación de Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de Gestión de Riesgos en la atención de salud.

PLAN DE RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS “DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ”.

I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de atención estableciendo mecanismos de análisis e intervención para brindar mayor seguridad, con la prevención de las prácticas inseguras disminuyendo los riesgos en la atención de salud en el Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.

II. OBJETIVO

2.1 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 del paciente en el Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar los procesos de calidad de atención identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.
- Educar al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente en el Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.
- Tomar contacto con los pacientes/familiares que acuden a los servicios asistenciales para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- Establecer un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación para la atención de calidad y segura.
- Crear compromisos con el personal del servicio responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad del paciente.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

- Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 031 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 326-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA /2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas para la Seguridad del Paciente del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, es de aplicación en todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud de la Institución.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 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.
- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Cultura de Seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación 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.
- **Gestión del riesgo:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.
- **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.

- **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.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infeción 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.
- **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 de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba 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 EESS 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.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 De la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente se formará y reconocerá mediante Resolución Directoral, el cual estará conformado de la siguiente manera:

- a. El Director ejecutivo del Hospital de Chancay, quien es el Líder del Equipo.
- b. El Director Administrativo.
- c. El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien será el Secretario Técnico.
- d. El responsable de Epidemiología.
- e. Los responsables de los Departamentos del Hospital.
- f. El responsable del Departamento de Enfermería.
- g. El responsable de la UPSS de Farmacia.

Se incorporarán al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, los siguientes responsables:

- El responsable del servicio visitado o quien haga sus veces.
- El responsable de Enfermería del servicio visitado o quien haga sus veces.
- EL responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

6.2 De las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente:

Los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del paciente tienen las siguientes funciones:

- a. El Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad para el Paciente (Anexo 1), el cual debe ser aprobado y firmado por el Titular del HNAL, el responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, Responsable de Epidemiología y el responsable del Departamento de Enfermería.
- b. El 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 las Rondas de Seguridad del paciente, así como de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- d. Todos los miembros del Equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) obtenida en cada Ronda de Seguridad del paciente aplicado,
- e. El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del paciente aplicado y elevarlo al Despacho del Titular del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"
- f. El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

6.3 De la Organización, aplicación y acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del paciente

6.3.1 Organización de las Rondas de Seguridad del paciente

- a. El líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad, según el Cronograma aprobado (Anexo 1).
- b. La UPSS a ser visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros de Equipo de Rondas de Seguridad del paciente.
- c. El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.
- d. El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicarán a la UPSS a visitar.

6.3.2 Aplicación de Rondas de Seguridad del paciente

- a. Las Rondas de Seguridad del Paciente, se aplicarán mensualmente, según se defina en el Cronograma anual.
- b. Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- c. La duración de la Rondas de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
- d. La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
- e. 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).
- f. Al finalizar la Rondas de Seguridad del Paciente, el Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de RSP y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en señal de conformidad.
- g. El Secretario Técnico, elabora y suscribe el Informe de la RSP aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El Informe es dirigido al Titular del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”.

6.3.3 Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del paciente – Gestión del Riesgo

- a. El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la valoración de los riesgos identificados en la evaluación, completando la Matriz de Riesgos (Anexo 4).
- b. El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Priorización de riesgos identificados en la RSP (Anexo 5).

c. El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convocan al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo 6).

d. El Secretario Técnico, informa al titular del Hospital de Chancay, el Plan de Acción a ser implementado.

e. El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad de 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)

f. Cada hallazgo identificado deberá servir como insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua, garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.

6.3.4 Difusión e Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente.

a. El titular de la IPRESS difundirá en medio físico y/o digital el presente Plan a todas las UPSS y áreas administrativas del Hospital de Chancay.

b. Realizada la difusión, a la que se hace referencia en el numeral anterior, el HNAL debe elaborar las estrategias que favorezcan la implementación del Plan considerando jornadas de sensibilización permanentes.

c. El Secretario Técnico, debe desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando, como mínimo, temas de seguridad del paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz y gestión del riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información, entre otros.

d. Los profesionales responsables de los Departamentos/Servicios o UPSS deben programar y gestionar los requerimientos de los equipos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas en las El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo. (Anexo 7).

6.3.5 Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad.

a. El proceso de supervisión se realiza mediante la herramienta preestablecida a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad, Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.

b. Se elaborará un Informe mensual de la ejecución de la Ronda de seguridad en cual se analizarán los resultados y los logros obtenidos en base a los indicadores formulados y se remitirá a la Dirección ejecutiva del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"

b. Se elaborará un Informe Trimestral de la ejecución de la Rondas de seguridad en cual se analizarán los resultados y los logros obtenidos en base a los indicadores formulados y se remitirá a la DIRESA LIMA PROVINCIA

c. La evaluación de la aplicación de las Rondas, está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad a través de los siguientes indicadores:

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

VII. RESPONSABILIDADES

El Director General, los Jefes responsables de las UPSS y responsables de la administración aplican el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente, considerando el ámbito de sus competencias.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: CRONOGRAMA DE RONDAS

Anexo 2: CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Anexo 3: HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Anexo 4: MATRIZ DE RIESGOS

Anexo 5: PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN

Anexo 6: PLAN DE ACCION

Anexo 7: FICHA DE MONITOREO

Anexo 8: INDICADORES DE EVALUACIÓN

ANEXO 1

**CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
2025**

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2025



IPRESS: HOSPITAL DE CHANCA Y Y SBS DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ
 TITULAR/RESPONSABLE: DR. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO

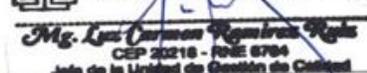
ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA									
RONDA 1	29/01/25	10:00/12:00	RONDA 1	26/02/25	10:00/12:00	RONDA 1	19/03/25	10:00/12:00	RONDA 1	25/04/25	10:00/12:00
RONDA 2/...../...../.....									

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA									
RONDA 1	21/05/25	10:00/12:00	RONDA 1	20/06/25	10:00/12:00	RONDA 1	21/07/25	10:00/12:00	RONDA 1	25/08/25	10:00/12:00
RONDA 2/...../...../.....									

SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/09/25	10:00/12:00	RONDA 1	22/10/25	10:00/12:00	RONDA 1	12/11/25	10:00/12:00	RONDA 1	03/12/25	10:00/12:00
RONDA 2/...../...../.....	RONDA 2/...../...../.....	RONDA 2/...../...../.....	RONDA 2/...../...../.....


 DR. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO
COLEGIO PROFESIONAL DE MÉDICOS DEL PERÚ

Titular/Responsable de la IPRESS


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCA Y Y SBS

 Mg. Luz Carmen Riquelme Rojas
COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS DEL PERÚ

Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCA Y Y SBS

 Lic. Haydee Maribel Osorio Rejuerto
COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS DEL PERÚ

Responsable de Epidemiología


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCA Y Y SBS

 Lic. Lidia Lucía Lázaro Marco
COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS DEL PERÚ

Responsable del Departamento de Enfermería

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 502-2016/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 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	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. 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 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				
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar					

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimiento 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 tomados al azar.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos 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.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	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 reenes.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal 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 Residencia Médica. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del 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.			
	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.	R.M. 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 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.				
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.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	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.			
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf			
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	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 Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	R.M. N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria y sus 10 anexos.			
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.				
	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° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM N° 1472-2002 - Manual de desinfección y esterilización hospitalaria RM 523-2007/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1669.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	R.M. N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y SÍFIS. / R.M. N° 1138-2019-MINSA NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH, SÍFIS y Hepatitis B".			
En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (último informe semestral)	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre)	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que 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.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con 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 Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N° 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° 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	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf			
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.				
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.alansaludmental.com/gest%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.				
	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.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/ListaBibliotecaDigital/RIDE/DECA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.				
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento Informado.	Ley N° 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). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. https://www.alansaludmental.com/gest%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/C/A/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.				
	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.				
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	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 incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.				
	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/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
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.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.				
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01				
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados 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 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 en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. 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° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilusión, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y Kárdex de Enfermería.					

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud. https://www.minsalud.gov.co/files/rid/Lista/BibliotecaDigital/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsalud.gov.co/porta/ur/temicde9e8208889580e040010165012d42.pdf https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenc%C3%B3nEnSalud/ObservatorioPREVENICION%20Y%20REDUCCION%20CAIDAS.pdf			
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.				
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.				
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.				
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	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.	Verificar que no este afectadas las vías aéreas.				
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCl, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la Inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
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.	Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/C/A/prevenir-ulceras-por-presion.pdf http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/Internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf http://www.sld.cu/galerias/pdf/stios/genicuba/guia30.pdf 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. Normas internas en la IPRESS.			
	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.				
	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.				
	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.				
	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.				
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a 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.				
	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.				
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.				
	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	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). https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msa.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cont-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabedian. https://portal.guialsalud.es/wp-content/uploads/2018/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf			
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más 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.				
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros.				
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.				
	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.				
	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.				

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

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	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°255-2018/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.				
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02				
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03				
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, 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	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N°1295-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de "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 salud del segundo 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 señalizados 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	NO APLICA
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 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 equipo 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 equipo 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.				

ANEXO 4

VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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 35 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.

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD / IMPACTO				
5	PROBABLEDA	5	10	20	35	50
4		4	8	16	28	40
3		3	6	12	21	30
2		2	4	8	14	20
1		1	2	4	7	10

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

ANEXO 5

PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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.

ANEXO 8

INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

a. Fórmula de cálculo: N° de Rondas de Seguridad Del Paciente aplicadas/ N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100

b. Tipo de Indicador: De Proceso

c. Fuente Auditable: Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente, Hoja de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas.

d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud $\geq 90\%$

e. Frecuencia de Reporte: Trimestral

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS **o quien haga sus veces de la consolidación.**

2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

a. Fórmula de cálculo: N° de Verificadores conformes / N° de Verificadores evaluados x 100

b. Tipo de Indicador: De Resultado

c. Fuente Auditable: Listado de Criterios de Evaluación, Hoja de Resultados de Evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicadas.

d. Meta Anual: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad del Paciente.

e. Frecuencia de Reporte: Trimestral

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces, de la consolidación.

3. PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

a. Fórmula de cálculo: N° de acciones de mejora implementadas/ N° de acciones de mejora propuestas x 100

b. Tipo de Indicador: De Proceso y Resultado

c. Fuente Auditable: Plan de Acción, Informe de Implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.

d. Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud $\geq 90\%$ por Ronda de Seguridad del Paciente.

e. Frecuencia de Reporte: Trimestral

f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.

g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO	Trimestral					
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	Trimestral					
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral					