



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Ayaviri, 29 de enero del 2024

OFICIO N° 013 -2024/COORD./GESTIÓN DE LA CALIDAD/D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO SR.

Med. Edwin Wilbert, CORRALES MEJIA DIRECTOR DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN: Med. Belinda, HUANCAPAZA ONOFRE DIRECTORA REGIONAL DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

ASUNTO: REMITO ACTO RESOLUTIVO OFICIAL DE CONFORMACIÓN DE EQUIPO Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PERIODO 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI – U.E. 401-915 SALUD MELGAR.



Me es grato de dirigirme a usted y por intermedio del presente pongo en conocimiento. Que, a fin de seguir contribuyendo en el proceso de cumplimiento de las actividades del Plan Anual 2024 del "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud". Aprobado con RM N° 519-2006/MINSA, y en obediencia a 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". Aprobada por la RM N° 163-2020 MINSA. Además, en cumplimiento al Decreto Supremo N° 036-2023-SA. Que, define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, con la Ficha N° 43. REMITO ACTO RESOLUTO OFICIAL DE CONFORMACIÓN DE EQUIPO Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PERIODO 2024, DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI" - UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR, según lineamientos de acción de gestión de la calidad en salud y compromisos de mejora en convenios de gestión para el 2024.

Se adjunta;

- Acto Resolutivo oficial de Conformación de Equipo de Rondas de Seguridad de Paciente,
- Acto Resolutivo oficial del Cronograma Anual de Rondas de Seguridad de Paciente y plan de trabajo anual periodo 2024.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas

Atentamente,





PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de Salud PiuraRed de Salud  
MelgarCOPIA FIEL  
DEL ORIGINAL

## Resolución Directoral

Ayaviri, 26 de enero del 2024.

**Vistos:** El Memorandum N° 0092-2024-D-RED-SALUD-MELGAR y demás documentos adjuntos:

### CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que este alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15 del mencionado Decreto Legislativo dispone que la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, el artículo 28 implementación del Decreto Legislativo 1153, en su numeral 28.6. de la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024, en su numeral 44.6 se dispone que, para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2024 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal 2025, el Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y por el ministro de Salud, a propuesta de este último, los criterios técnicos correspondientes para la definición de las metas, indicadores de desempeño a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales asociadas a dichos pagos, así como los scripts para replicar y contrastar los indicadores de desempeño que se aprueben mediante el decreto supremo antes mencionado (...);

Que, en este contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, debe aprobarse para el año 2024 los indicadores de desempeño, scripts, compromisos de mejora de los servicios, así como los criterios técnicos a cumplir en el año 2025, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios en beneficio de la población;

Que, el DECRETO SUPREMO N° 036-2023-SA DECRETO SUPREMO QUE DEFINE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO, COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS A CUMPLIR EN EL AÑO 2024 Y LOS CRITERIOS TÉCNICOS PARA SU APLICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN, PARA PERCIBIR LA ENTREGA ECONÓMICA ANUAL A LA QUE HACE REFERENCIA EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153, DECRETO LEGISLATIVO QUE REGULA LA POLÍTICA INTEGRAL DE COMPENSACIONES Y ENTREGAS ECONÓMICAS DEL PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ESTADO;

Que, según Oficio N° 102/2024-D-HOSPITAL-SJDA-RED-SM, presentado por el responsable de calidad del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, solicitan en forma urgente emitir resolución de conformación del Comité de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan de Dios - Ayaviri, de la Red de Salud Melgar, para el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, alcanzados en el año 2023, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del decreto legislativo N° 1153;

Que, de acuerdo a los documentos de vistos, la Directora de la RED de Salud Melgar, dispone procedente proyectar en vía de regularización la Resolución Directoral por el cual se resuelva Conformar el "Comité de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri" de la Red de Salud Melgar, correspondiente al año 2024, con el



objetivo específico, así como el cumplimiento estricto del cronograma. Establecer los procesos y procedimientos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los indicadores y compromiso de mejora de los servicios, para el ejercicio 2023.

Que, en uso de las atribuciones conferidas en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO y la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA respectivamente y, Estando a lo dispuesto por la Dirección de la RED de Salud Melgar y; lo solicitado por la Dirección del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.** - CONFORMAR, en vía de Regularización, el "Comité de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri" de la Red de Salud Melgar, correspondiente al Año fiscal 2024, con el objetivo específico de establecer los procesos y procedimientos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los indicadores y compromiso de mejora de los servicios, y por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución; el mismo que estará integrado por los siguientes servidores.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	RESPONSABLE
1	HANCCO TAPARA CIRILO	DIRECTOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI	PRESIDENTE
2	OTAZU VILCA ROSA	ENFERMERA	SECRETARIA
3	AGUIRRE ATENCIO MARGOTH	ENFERMERA	VOCAL 1
4	CONDORI AGUILAR JASMANY	ENFERMERA	VOCAL 2
5	GARCÍA HUANCA MILLER ROBERTO	JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN	VOCAL 3
6	CALDERÓN VILCA JUAN HONOFRIO	QUÍMICO FARMACÉUTICO	VOCAL 4
7	HUALLA CANO JAVIER NAZARIO	RESPONSABLE DE CONTROL DE ASISTENCIA	VOCAL 5
8	ARAPA QUISPE ANA MARÍA	ENFERMERA	VOCAL 6
9	ARIZACA JÁUREGUI RICARDO RUBÉN	TÉCNICO EN ENFERMERÍA I	VOCAL 7



**ARTICULO 2°.** El Comité conformado promoverá el cumplimiento a lo establecido en las normas prescritas, debiendo elaborar su reglamento interno de supervisión, y evaluación del cumplimiento de los indicadores del año 2024.

**ARTICULO 3°.** - Notificar la presente Resolución a los interesados, e Instancias Administrativas pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



MANUSCRITO PARA LOS INTERESADOS A:  
 DOPRINSA ( ) - SERVICIO ( )  
 OPERUS R.S. PUNO ( ) - UPEL - MELGAR ( )  
 PLANILLAS ( ) - INTERESADO ( )  
 MUTUAL ( ) LEGAJOS ( ) - ARCHIVO ( )  
 PUNO ( ) - OTROS: \_\_\_\_\_



PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de Salud PiuraRed de Salud  
MelgarCOPIA FIEL  
DEL ORIGINAL

## Resolución Directoral

Ayaviri, 26 de enero del 2024.

**Vistos:** El Memorandum N° 0093-2023-D-RED-SALUD-MELGAR y demás documentos adjuntos:

### CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que este alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15 del mencionado Decreto Legislativo dispone que la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, el artículo 28 Implementación del Decreto Legislativo 1153, en su numeral 28.6. de la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024, en su numeral 44.6 se dispone que, para la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año Fiscal 2024 en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, cuyo pago se realiza en el Año Fiscal 2025, el Ministerio de Salud aprueba, mediante decreto supremo refrendado por el ministro de Economía y Finanzas y por el ministro de Salud, a propuesta de este último, los criterios técnicos correspondientes para la definición de las metas, indicadores de desempeño a nivel de resultado, producto, insumo o proceso de programas presupuestales asociadas a dichos pagos, así como los scripts para replicar y contrastar los indicadores de desempeño que se aprueben mediante el decreto supremo antes mencionado (...);

Que, en este contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, debe aprobarse para el año 2024 los indicadores de desempeño, scripts, compromisos de mejora de los servicios, así como los criterios técnicos a cumplir en el año 2025, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios en beneficio de la población;

Que, el DECRETO SUPREMO N° 036-2023-SA DECRETO SUPREMO QUE DEFINE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO, COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS A CUMPLIR EN EL AÑO 2024 Y LOS CRITERIOS TÉCNICOS PARA SU APLICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN, PARA PERCIBIR LA ENTREGA ECONÓMICA ANUAL A LA QUE HACE REFERENCIA EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153, DECRETO LEGISLATIVO QUE REGULA LA POLÍTICA INTEGRAL DE COMPENSACIONES Y ENTREGAS ECONÓMICAS DEL PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ESTADO;

Que según Oficio N° 103/2024-D-HOSPITAL-SJDA-RED-SM, Solicitan la emisión de la Resolución Directoral de Aprobación del "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD AÑO 2024" del Hospital San Juan de Dios - Ayaviri, de la Red de Salud Melgar, para el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del decreto legislativo N° 1153";



Que, de acuerdo a los documentos de vistos, la Directora de la RED de Salud Melgar, dispone procedente proyectar en vía de regularización la Resolución Directoral por el cual se resuelva Aprobar el "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD AÑO 2024" del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri" de la Red de Salud Melgar, con el objetivo específico, así como el cumplimiento estricto del cronograma, establecer los procesos y procedimientos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los indicadores y compromiso de mejora de los servicios, para el ejercicio 2024.

Que, en uso de las atribuciones conferidas en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO y la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA respectivamente y, Estando a lo dispuesto por la Dirección de la RED de Salud Melgar y; lo solicitado por la Dirección del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.** – **APROBAR**, en vía de Regularización el "PLAN DE TRABAJO ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD AÑO 2024" del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri" de la Red de Salud Melgar, con el objetivo específico establecer los procesos y procedimientos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los indicadores y compromiso de mejora de los servicios, y por los motivos expuestos en la parte considerativa de las presente Resolución; que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**ARTICULO 2°.** - Notificar la presente Resolución a los interesados, e Instancias Administrativas pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



MANSCRITO PARA LOS FINES: IMPRIMENTES A:  
DOP/MINSA ( ) - SERU: ( ) - UPEL: ( )  
DOP/R.S. PUNO ( ) - UPEL: ( ) - MELGAR ( )  
PLANILLAS ( ) - INTERESADO ( )  
MUTUAL ( ) LEGAJOS ( ) - ARCHIVO ( )  
PUNO ( ) - OTROS: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 1**  
**CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024**

**IPRESS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI**  
**TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: LIC. CIRILO HANCCO TAPARA**

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	30/01/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20/02/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	19/03/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16/04/2024	10:00
RONDA 2		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21/05/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	11/06/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16/07/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20/08/2024	10:00
RONDA 2		

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17/09/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/10/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14/11/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	10/12/2024	10:00
RONDA 2		

  
 Lic. Cirilo Hancco Tapara  
 CEP: 39452  
 DIRECTOR  
 Hospital San Juan de Dios - Ayaviri

  
 Lic. EN ENFERMERIA  
 Ana María Azapa Quispe  
 CEP: 89645

  
 Rosa Olaya Ytisa  
 LIC. ENFERMERIA

  
 Lic. E. Margarita Aguirre Alencón  
 Responsabilización de Calidad  
 CEP 41901 - RMA 89945

TITULAR/RESPONSABLE DE IPRESS

RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA

RESPONSABLE DEL EPARTAMENT ENFERMERIA



PERU

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Red de Salud Melgar Puno

Hospital San Juan de Dios de Ayaviri

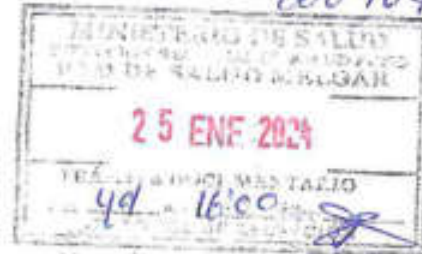
# HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI

**CARGO**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO."

Ayaviri, 25 de Enero del 2024.

100-767



OFICIO N- 103 /2024-D-HOSPITAL-SJDA-RED-SM.

Señor: (a).

Obst. Karim M. CASTRO QUILLY

DIRECTOR DE LA RED SALUD MELGAR.

Presente.-

Asunto : Emisión de Memorándum para la Aprobación del Plan y Cronograma de Ronda de Seguridad del paciente periodo 2024.

Ref. Oficios Nrs-006-2024 Calidad/HSJDA-RED-SM-

Atención : Unidad de Recursos Humanos de la Red Salud Melgar.

Es grato dirigirme a usted, que atendiendo el documento de la Referencia, presentado por la responsable de Calidad del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, emisión de memorándum para la aprobación bajo resolución del Plan de Rondas de Seguridad del paciente, periodo- 2024.

Sírvase dar trámite a quien corresponde lo solicitado.

Sin otro particular que de usted,

Atentamente,

CHT./hmv.  
Carch

  
DIRECCIÓN  
CALLE MANCO TAPACA  
D.E.P. 39482  
DIRECTOR  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

 [hospitalsanjuanedediosayaviri3@gmail.com](mailto:hospitalsanjuanedediosayaviri3@gmail.com)

Dirección: Prolongación Progreso N°541 - Ayaviri



950000785



950000785

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



**2024**

## EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

  
  
**LIC. EN ENFERMERIA**  
Ana María Acosta Quispe  
CEP: 89545

  
  
**Lic. Cirilo Huaco Espal**  
CEP: 38452  
DIRECTOR  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

  
  
**Lic. Rosa Otazu Vilca**  
LIC. ENFERMERIA  
C.E.P. N° 21361

  
C.R.C. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI  
MATRÍCULA N° 13-360  
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

  
MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI  
Lic. Rosa Otazu Vilca  
Lic. Enfermería CEP: 47007  
Edif. Ayaviri Col. N° 2-222





PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO  
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNO

CENDE DE SALUD  
MELGAR

HOSPITAL SAN JUAN  
DE DIOS - AYAVIRI

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN:	1
II. OBJETIVOS:	2
2.1. OBJETIVO GENERAL:	2
2.2. OBJETIVO ESPECIFICO:	2
III. BASE LEGAL:	2
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:	3
V. METODOLOGIA	3
VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:	10
VII. RESPONSABILIDADES:	15
VIII. ESTRATEGIAS	15
IX. RECURSOS:	15
9.1 RECURSOS HUMANOS:	15
9.2 RECURSOS MATERIALES	15
X. MONITOREO	16
XI. ANEXO:	17





## I. INTRODUCCIÓN:

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios calificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

La Ronda de Seguridad es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, por lo que resulta efectiva, para que los líderes de la organización demuestren su preocupación por brindar una atención segura y de calidad a los usuarios externos e internos y es verdaderamente una prioridad estratégica que fortalece la cultura de seguridad del paciente.

La realidad Sanitaria actual suma grandes consecuencias para la salud y seguridad de los pacientes y profesionales que se han generado y se siguen generando, es por ello que el Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la Dirección y el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HSJDDA en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 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 de Salud", elabora el plan de Trabajo de Rondas de Seguridad para el presente año 2024, para la gestión del riesgo en la atención del paciente con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud y disminuir los riesgos en la atención de salud.

El presente Plan de Trabajo proyecta determinar y ejecutar la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente, aprobar el cronograma anual de visitas a las UPSS, determinar los criterios que se aplicaran a las UPSS, resultados de evaluación, priorizar los riesgos identificados e implementar plan de acción.

Actualmente no se cuenta con datos estadísticos que determinen los actos inseguros y las buenas prácticas de salud del Hospital San Juan de Dios.



## II. OBJETIVOS:

### 2.1.OBJETIVO GENERAL:

Contribuir con la mejora de la calidad de atención, estableciendo un mecanismo de análisis y aprendizaje colectivo para la prevención y reducción de las prácticas inseguras en la atención de los usuarios de los servicios del Hospital San Juan De Dios de Ayaviri a través de las rondas de seguridad.

### 2.2.OBJETIVO ESPECIFICO:

- Establecer la programación periódica para la supervisión de las UPPS por las Rondas de Seguridad del Paciente del HSJDDA.
- Desarrollar el mecanismo de acción antes, durante y después de la intervención del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HSJDDA.
- Establecer líneas de comunicación entre líderes, ejecutivos y personal asistencial, sobre la Seguridad en la Atención.
- Disminuir, reducir o evitar los riesgos identificados.
- Vigilar las condiciones indispensables de infraestructura, equipamiento y recursos que garanticen la calidad y seguridad en la atención.
- Identificar las oportunidades para el mejoramiento de la calidad.



## 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.
- 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 Establecimiento de Salud y servicios Médicos de Apoyo.
- Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA que aprueba la Directiva sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Directoral N°107-2020-D-RED-SALUD-MEL/U.RR.HH, se aprueba el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para el HSJDDA"





#### IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan de Rondas de Seguridad del paciente es de aplicación en el ámbito asistencial de todos los servicios y departamentos del Hospital "San Juan de Dios" Ayaviri.

#### V. METODOLOGIA

La Metodología de evaluación de cada verificador debe cumplir lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN, siendo a través de los siguientes mecanismos:

- Observación directa
- Revisión documentaria (Revisión de Historias Clínicas, Revisión de Registros físicos y electrónicos)
- Entrevista a usuarios, familiares y personal de salud.

#### 5.1 CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Los criterios de evaluación serán los de la lista de cotejo de la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN:

##### 5.1.1 Registro en la Historia Clínica: En cumplimiento de:

N.T.S. N2 139-MINSA/DGSP-D-03 "Norma a Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"

##### Principales Verificador es:

- Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o registros Médicos.
- Registro completo de la filiación del paciente
- Registro de la enfermedad actual
- Registro de los antecedentes del paciente.
- Registro de la Funciones Biológicas
- Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.
- Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)
- Registros de evolución del paciente.
- Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.





- Registro actualizado del tratamiento del paciente.
- Registro y gráfico actualizado de las Funciones Vitales.
- Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.
- Registro e inclusión en la Historia clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.
- Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.
- Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.
- Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.
- En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.
- Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.
- Registro de la fecha y hora del alta del paciente.
- Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.
- Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.
- Registro de la Contra referencia del paciente.
- La letra de la Historia Clínica es legible.
- Historia clínica ordenada y limpia.



#### 5.1.2. Seguridad del Paciente: En cumplimiento de:

NTS N° 117-MINSA/DGSP Norma Técnica para la Elaboración y Uso De Guías de Práctica Clínica.

NTS N° 050-MINSA/ DGSP Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud

Ley N° 30453 Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

#### Principales Verificadores:

- Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.
- La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.
- La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.



- Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.
- Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.
- Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.
- Personal en formación (internos, residentes, especialistas u otros) demuestran que tienen una personal asistencia que cumple el rol de tutoría y supervisión.
- Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.
- Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.
- Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.
- Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.
- Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.
- Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.
- Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente



### 5.1.3 Identificación correcta del paciente:

Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.

#### Principales Verificadores:

- Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.
- Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.
- Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la historia clínica.
- Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.



- Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.
- 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.
- Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.

#### 5.1.4 Seguridad en la medicación:

NTS N° 057-MINSA/DIGEMID Norma Técnica Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los establecimientos del Sector Salud.

NTS N° 050-MINSA/DGSP Norma técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud.

#### Principales verificadores:

- Paciente conoce que medicamentos recibe y a qué hora corresponde que se lo administren.
- Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.
- Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.
- Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ella.
- Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.
- Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.
- Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.
- Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.
- Existencia de un registro de medicamentos controlados.
- Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.





### 5.1.5. Higiene de Manos: En cumplimiento de:

Guía Técnica para Implementación de Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.

#### Principales verificadores:

- Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.
- Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.
- Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.
- Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10.
- Cumplimiento de los 08 pasos de la de infección de manos (pasos).
- Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).
- Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial e acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.
- Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.

### 5.1.6 Bioseguridad: En cumplimiento de:

Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

NTS Nº 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos.

#### Principales Verificadores:

- Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.
- Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas
- Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.
- Cumplimiento de las medidas de aislamiento.
- El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basada en evidencia médica.
- Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.
- Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.





- Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.

#### **5.1.7 Funcionamiento y Manejo de Equipos:** En cumplimiento de:

NTS N° 021-MINSA/DGSP Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud.

##### **Principales Verificadores:**

- Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad
- Equipos biomédicos operativos según corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.
- Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.
- Verificación de que la UPSS cuente con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).
- 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 la respectivas tarjetas.

#### **5.1.8. Comunicación Efectiva:** En cumplimiento de:

Soluciones para la seguridad del paciente OMS.

##### **Principales Verificadores:**

- La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.
- Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.
- La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.
- Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.
- 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.

- Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e Intercambio de información entre los profesionales e cargados 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 paciente.
- Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.
- Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.
- 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.
- 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.

#### 5.1.9. Prevención de la Fuga de Pacientes: En cumplimiento de:

Lineamientos Implementación Política Seguridad del Paciente

##### Principales Verificadores:

- Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.
- Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.
- Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.
- Entrevistas con el paciente para valor el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.
- Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas e supervisión oportunas.
- Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.





### 5.1.10 Prevención de la Caída de Pacientes: En cumplimiento de:

Nota Descriptiva N°344 OMS.

#### Principales Verificadores:

- Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.
- Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos – cognitivos.
- Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.
- En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.
- Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.
- Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.
- Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.
- Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.
- Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.
- Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se vea limitada.
- Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.

## VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

### 6.1 Conformación del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe ser conformado mediante acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, pública, privada o mixta, según corresponda; y actualizado anualmente.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente está conformado por:



- a. La máxima autoridad o titular de la IPRESS, quién es el Líder del Equipo.
- b. El responsable de administración de la IPRESS.
- c. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, quien ejerce la Secretaría Técnica.
- d. El responsable de Epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS.
- e. Los responsables de los Departamentos en Hospitales /Institutos o los responsables de las UPSS en las Micro-redes o sus equivalentes.
- f. El responsable del Departamento/ Servicio de Enfermería.
- g. El responsable de la UPSS de Farmacia.

Asimismo, cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente en una IPRESS del II y III nivel, se incorporan 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 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 del Paciente (Anexo 1), el cual debe ser aprobado y firmado por: el Titular/Responsable de la IPRESS, el Responsable la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del departamento/servicio de Enfermería. Se debe incluir la fecha, hora y día en que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.
- 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 aplicada.



- e. El secretario técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada, y elevarlo al Despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- 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 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 del Paciente, 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 del 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 aplicaran a la UPSS a visitar.



### 6.4 Aplicación de las Rondas de Seguridad

- a. Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndose aplicar de forma quincenal, según lo defina el Líder del Equipo de Rondas 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 Ronda 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 Ronda de Seguridad del Paciente, el Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta Informática de Rondas de





Seguridad del Paciente y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.

- g. El secretario técnico, elabora y suscribe el Informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El informe es dirigido a la máxima autoridad o titular de la IPRESS.

Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión de 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 Ronda de Seguridad del Paciente, 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 los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente. (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 a la máxima autoridad o titular de la IPRESS, el Plan de Acción a ser implementado. e. 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).

### 6.5 Difusión e Implementación de la presente Directiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional y las Unidades de Gestión de IPRESS, realizan la difusión física y virtual de la presente directiva sanitaria en todas las IPRESS a nivel nacional.
- La máxima autoridad o Titular de la IPRESS, según corresponda, debe difundir en medio físico y digital la presente directiva a todas las UPSS y áreas administrativas de la IPRESS.
- Realizada la difusión, a la que se hace referencia en los numerales precitados, la IPRESS debe elaborar las estrategias que favorezcan la implementación de la directiva considerando jornadas de sensibilización permanentes.



- 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.
- 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 Rondas de Seguridad del Paciente.

#### **6.6. Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

- El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS. Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.
- La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS y se hace mediante los indicadores establecidos en la presente Directiva Sanitaria (Anexo 8):
  - a. Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
  - b. Porcentaje de Cumplimiento de buenas prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
  - c. Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

#### **6.6 Indicadores de Evaluación:**

Conforme a la Directiva Sanitaria N°092, la Oficina de Gestión de la Calidad realizara la evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad, mediante los siguientes indicadores:

- Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la institución.
- Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas en la Institución prestadora de servicios de Salud.



- Porcentaje de acciones de Mejora implementadas en la Institución prestadora de servicios de Salud.

**VII. RESPONSABILIDADES:**

- La dirección general es la responsable de la difusión asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento del presente plan.
- La supervisión y evaluación de la Implementación y aplicación del presente plan esta a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.

**VIII. ESTRATEGIAS**

- Conformar el equipo de rondas de seguridad del paciente del HSJDDA.
- Aprobar el cronograma anual de visitas a la UPSS del HSJDDA.
- Supervisar a las diferentes UPSS del HSJDDA.
- Coordinar con la responsable de Calidad de la Red de Salud Melgar, dirección, rondas de seguridad del paciente y jefaturas de la UPSS del HSJDDA.
- Elaborar el informe de la Ronda de seguridad del paciente.
- Priorizar los riesgos Identificados.
- Implementar el plan de acción.

**IX. RECURSOS:**

**9.1 RECURSOS HUMANOS:**

- Dirección.
- Jefe de Calidad.
- Jefa de Epidemiología.
- Jefatura de enfermería.
- Jefes de UPSS.

**9.2 RECURSOS MATERIALES**

MATERIAL E INSUMOS	CANTIDAD
Equipo multimedia	1 unidad
Laptop	1 unidad
Pizarra acrílica	1 unidad
Plumones para pizarra	6 unidades





RM N°163-2020/MINSA	5 ejemplares
<b>Tableros</b>	6 unidades
<b>Lapicero azul</b>	100 unidades
<b>resaltadores</b>	20 unidades
<b>Hojas Bond</b>	2000 unidades
Tinta para Impresora EPSON	
• Botella de Tinta Negra T544.	06 unidades
• Botella de Tinta Cian EPSON T544	06 unidades
• Botella de Tinta Magenta EPSON T544.	06 unidades
• Botella de Tinta Amarilla EPSON T544	06 unidades

## X. MONITOREO

El monitoreo se realiza mediante una herramienta Preestablecida y se encuentra a cargo del área de Calidad del HSJUDDA.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO  
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD  
MELGAR

HOSPITAL SAN JUAN  
DE BOS: AYAYBÍ

## XI. ANEXO:

**Anexo 1:** Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.

**Anexo 2:** Criterio de evaluación.

**Anexo 3:** Hoja de Resultados de Evaluación

**Anexo 4:** Valoración de los Riesgos Identificados.

**Anexo 5:** Priorización de las Intervenciones para Evitar, Reducir o Mitigar los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.

**Anexo 6:** Modelo de Plan de Acción.

**Anexo 7:** Modelo de Ficha de Monitoreo.

**Anexo 8:** Indicadores de Evaluación.



*Ana María Acosta Quispe*  
2/2/21  
LIC. EN ENFERMERIA  
Ana María Acosta Quispe  
CEP: 69545

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI 2024**

Nº	ACTIVIDAD	MES												NOMBRE DEL RESPONSABLE
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1	Confirmación del comité de rondas de seguridad del paciente HSJDDA													LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
2	Primera Reunion del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente HSJDDA													CD. HILDEBRANDO QUIJSPE TICONA LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
<b>Organización post aplicación</b>														
3	Segunda reunion del equipo de rondas de seguridad del paciente del HSJDDA													CD. HILDEBRANDO QUIJSPE TICONA LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
4	Tercera reunion del equipo de rondas de seguridad del paciente del HSJDDA													CD. HILDEBRANDO QUIJSPE TICONA LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
5	Cuarta reunion del equipo de rondas de seguridad del paciente del HSJDDA													CD. HILDEBRANDO QUIJSPE TICONA LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
6	Elaboración del Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
7	Sorteo de las UPSS a se visitado mensual													Rondas de Seguridad del Paciente
8	Convocar al responsable de la UPSS a visitar mensual													CD. HILDEBRANDO QUIJSPE TICONA
9	Determinar los criterios que se aplicaran a laUPSS a visitar mensual													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
10	Ingresar los datos e información recogida en la herramienta informatica de rondas de seguridad													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
11	elaborar el informe de la ronda de seguridad del paciente, dirigido al Director del HSJDDA mensual													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
<b>Organización post aplicación - Gestión del Riesgo</b>														
12	Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de seguridad del Paciente													Equipo de Rondas de Seguridad de paciente
13	Priorización de los riesgos identificados													Equipo de Rondas de Seguridad de paciente
14	Convocar al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el plan de Acción a ser implementado cada quincena													Equipo de Rondas de Seguridad de paciente
15	Informar al directo del HSJDDA, del plan de acción a ser implementado													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
16	Monitoreo respectivo a los UPSS VISITADAS MENSUALMENTE													Equipo de Rondas de Seguridad de paciente
<b>Organización post aplicación</b>														
17	Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del paciente													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE
18	Elaboración del Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente													SECRETARIO TECNICO LIC. ANA MARIA ARAPA QUIJSPE



**ANEXO N° 1**  
**CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024**

**IPRESS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI**  
**TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: LIC. CIRILO HANCCO TAPARA**

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	30/01/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20/02/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	19/03/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16/04/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21/05/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	11/06/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16/07/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20/08/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17/09/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/10/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14/11/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	10/12/2024	10:00 a. m.
RONDA 2		

  
 Lic. Cirilo Hanco Tapara  
 CEP: 30452  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 Ana Maria Araya Quispe  
 CEP: 89645

  
 Rosa Glauco Villegas  
 LIC. ENFERMERIA

  
 Lic. En Enfermeria Aguirre Merico  
 RES. GESTION DE CALIDAD 484.00-A  
 CEP. 41001 - RNA 00045

**TITULAR/RESPONSABLE DE IPRESS**

**RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA**

**RESPONSABLE DEL EPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**ANEXO 2**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA</b>	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°214-2018MINSA, aprobada MTS N° 134-MINSA/001802GAM/ Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 205-2010MINSA			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EERS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Etnia, 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: apellido, sex, 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 CE-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 terapéuticos 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 hídrico - 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	
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 502-2018/MINSA, aprobación NT N° 029-MINSA/06EPRES-V			
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.			
	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	RM N° 214-2018/MINSA, aprobación RTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN	Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA.		
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	Informe del Estado IBEAS, Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica- MSPS-España / D.S. N° 015-2006-SA	Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro electrónico.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Registro de Eventos Adversos				
	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				
	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 epíctesis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar		RM N° 214-2018/MINSA, aprobación RTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN		
	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		Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA.		
	Registro de la Contramemoria 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	
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	RM 414-2015/MINSA aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Normas técnicas de la IPRESS.		
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.			RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.		
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Cumplimiento de la dieta administrada al paciente con lo registrado en el HCL tomada al azar.		RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 056-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° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio o fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o reemplazos.		RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 056-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Personal en formación (primarios, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal líder o supervisor de internos, residentes, especialidad o amabos en el turno.		Ley N° 30443 Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)		
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preparar a 03 trabajadores de diversos grupos corporales seleccionando al azar por muestra aleatorio simple.		D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Registro físico y/o visual 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° 721-2009 /MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.		
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.		RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 056-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.		D. S. N° 006-2012-TR Reglamento de la Ley N° 20783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia. Título o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo. Bancadas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente. En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas. En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con líneas de alerta. En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo. En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo. En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar. Observar la existencia del formato de llamado de fácil acceso para todos los guardias del servicio. Observar la existencia de bancadas y su uso. Observar la existencia del partograma. Observar el uso del partograma. Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso. Verificar la existencia de Monitor fetal cardiotocográfico y su uso. Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	D.S. N° 613-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Soluciones para la Seguridad del Paciente - CMS. <a href="http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/ONGS%200354.pdf">http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/ONGS%200354.pdf</a> RM N° 663-2012-MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DIGSP - V.02: "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud". R.M. N° 695-2006-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 16 anexos. RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DIGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". RM N° 1479-2007 - Manual de clasificación y estandarización hospitalaria RM 832-2007-MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. <a href="http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/03371.pdf">http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/03371.pdf</a> <a href="http://bvs.minsa.gob.pe/publica/manual1068.pdf">http://bvs.minsa.gob.pe/publica/manual1068.pdf</a> <a href="http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/04246.pdf">http://bvs.minsa.gob.pe/publica/MINSA/04246.pdf</a> R.M. N° 669-2006-MINSA que aprueba los Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. N° 483-2007-MINSA aprueba el documento Monitor: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH y SIDA. / R.M. N° 1136-2010-MINSA NTS N°109-MINSA/DIGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, SIDA y Hepatitis B".		
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (manos, guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectoras). En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2. 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	Observar el uso de Ejepe de Protección Personal en Centro Obstétrico. Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en estudio de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2. Verificar la existencia del Informe. (último informe remitido)			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO AFUJA
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre)				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Tercero 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 período correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el período 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 período 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 imitación difícil operativa.	Verificar la existencia de coche de imitación difícil y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia Operativa	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprobada NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Calífera Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Calífera 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° 039-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 232-2011/MINSA aprobada NTS N° 008-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° 724-2016/MINSA aprobada NTS N° 139-MINSA/0018/DGAM Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su actualización con RM N° 265-2016/MINSA.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
				SI	NO	NO APLICA	
<b>IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE</b>	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. <a href="https://www.who.int/patientsafety/whosafe/patient-solutions-SPMASH.pdf">https://www.who.int/patientsafety/whosafe/patient-solutions-SPMASH.pdf</a>				
	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.				
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	<a href="https://www.afirmadomedi.com/ges/CI%20a%20de%20respo%20de%20pac%20de%20soluciones-de-respo-en-ambiguo-de-figar">https://www.afirmadomedi.com/ges/CI%20a%20de%20respo%20de%20pac%20de%20soluciones-de-respo-en-ambiguo-de-figar</a>				
	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: estimación de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	<a href="https://www.minsalud.gov.co/boletines/Las%20Soluciones%20del%20RIDEDEC">https://www.minsalud.gov.co/boletines/Las%20Soluciones%20del%20RIDEDEC</a>	ALFIEBAY, 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: estimación 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° 29614, 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
	Paciente cuenta con toga de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con toga hospitalaria identificable.				
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todas las 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 entradas y salidas en la UPSS.				
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	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 Hitos Clínicos traslados al salir.	<a href="https://www.ateneoakron.com/pe/la-crisis-de-la-salud-en-america-latina-y-el-rol-de-la-organizacion-de-salud-publica">https://www.ateneoakron.com/pe/la-crisis-de-la-salud-en-america-latina-y-el-rol-de-la-organizacion-de-salud-publica</a>			
	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 Hitos Clínicos traslados al salir si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión apropiadas.	<a href="https://www.minsalud.gob.pe/boletines/la-efectividad-de-la-implicacion-del-paciente-en-el-proceso-de-cuidado">https://www.minsalud.gob.pe/boletines/la-efectividad-de-la-implicacion-del-paciente-en-el-proceso-de-cuidado</a>			
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga comunicación inmediata al responsable de la UPSS, el Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicarse inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	<a href="https://www.minsalud.gob.pe/boletines/la-efectividad-de-la-implicacion-del-paciente-en-el-proceso-de-cuidado">https://www.minsalud.gob.pe/boletines/la-efectividad-de-la-implicacion-del-paciente-en-el-proceso-de-cuidado</a>			

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
				SI	NO	NO APLICA	
<b>SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN</b>	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren.	Indagar a 03 pacientes (o brindar respaldos) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y la hora de administración, contrastando con la historia clínica.	RM N° 458-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA-OGGP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  RM N° 352-2007/MINSA aprueba NTS N° 067-MINSA-OGGP-V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Casas Urubano para los Establecimientos del sector Salud.  Normas Internas en la IPRESS.				
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.	Indagar a 03 pacientes (o brindar respaldos) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.					
	Coche de paro cuenta con los insertos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según la directiva en el Anexo N° 01					
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ellas.	Verificar que sólo 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 conspónfer.					
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y rotulados que corresponda en forma individualizada según lo dispuesto por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Casas Urubano (SDMCU), con la identificación del paciente y número de cama de conspónfer. Controlar el almacenamiento (COMCU) 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 Casas Urubano. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Controlar 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. Controlar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.					
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 controlados para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos paciente controlado (identificado por su nombre y número), medicamento controlado (identificación, frecuencia del medicamento y hora de administración), dosis correcta (cantidad, velocidad de infusión), vía de administración correcta (controlar con HCl) y hora de administración correcta (controlar con HCl y Kardex de Enfermería).					

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA</b>	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en (0) Historias Clínicas temáticas al azar, si se realiza la valoración.				
	Revelación diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos cognitivos.	Verificar en (0) Historias Clínicas temáticas al azar si se realiza la revelación.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Indagar a (0) 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 entubado.	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 lavabos, cambios posturales periódicos, etc.	Indagar a (0) pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Protocolo que establezca profilaxis objetiva, 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 total de las técnicas de inmovilización utilizadas.				
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que pueda mover la cabeza libremente y elevarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no estén obstruidas 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
	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2008) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). <a href="http://www.npsa.nhs.uk/infobulletin/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf">http://www.npsa.nhs.uk/infobulletin/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf</a>			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			
<b>SEGURIDAD SEXUAL</b>	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	<a href="http://www.msal.gub.uy/images/stories/misgraficas/0000000070ca-2015-Informantes-atencion-mental-suicidio-adolescentes.pdf">http://www.msal.gub.uy/images/stories/misgraficas/0000000070ca-2015-Informantes-atencion-mental-suicidio-adolescentes.pdf</a>			
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 historias Clínicas tomadas al azar por muestra aleatoria simple si se registra la terapéutica específica.	Agencia de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avellaneda. <a href="http://portal.gub.uy/salud/colap/contenidos/2015/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avalad_comp.pdf">http://portal.gub.uy/salud/colap/contenidos/2015/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avalad_comp.pdf</a>			
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunos.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el tipo de información respectivo.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Unidades Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Unidades Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Unidades Clínicas tomadas al azar si se realiza la reevaluación.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Prohibición de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión	Verificar si la UPESS cuenta con un protocolo al respecto.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	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.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar estancias al respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido educados al respecto.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario elaborado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y si está actualizado.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los recursos descritos en la guía.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			
	Fortalecer 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 UPESS cuenta con un protocolo al respecto.	Resolución de RDS de Jarama sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).			

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 conductas violentas o autolesión, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas limitadas al caso si se realiza la valoración.	Secretaría Nacional de Salud (SNS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). <a href="http://www.npsa.nhs.uk/what/WhatPrograma_Nacional_Prevention.pdf">http://www.npsa.nhs.uk/what/WhatPrograma_Nacional_Prevention.pdf</a>			
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe pasar en muchas estrategias específicas de atención (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.	Comprobar 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.	Indagar a 05 pacientes (a lo mejor responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicio de salud mental y seguridad del paciente. <a href="http://www.stud.gub.es/imagenes/observatorio/observatorio2015-2016-observatorio.pdf">http://www.stud.gub.es/imagenes/observatorio/observatorio2015-2016-observatorio.pdf</a>		
	El botiquín /almacen de medicamentos del servicio permanezca en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el acceso de medicamentos se encuentren seguros.		Área de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avela y Donibeste. <a href="http://portal.gub.es/estudy/contenidos/ab01901VQPC_4B1_Combusta_Salida_Aval-4_compl.pdf">http://portal.gub.es/estudy/contenidos/ab01901VQPC_4B1_Combusta_Salida_Aval-4_compl.pdf</a>		
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inabordable posible, sin olvidar nunca sin supervisión o al técnico 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 cocina / alimentación conoce un protocolo al respecto. Entregar 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 consistencia 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
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los registros de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o tener responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o tener responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		"Nueva información para la seguridad del paciente" - OMS / Lun 8 "Mejora la comunicación de Seguridad del Paciente" - OMS 2004		
	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 tener responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		<a href="http://www.who.int/patientsafety/toolkit/en/whotoolkit/whotoolkit/espanol.pdf">http://www.who.int/patientsafety/toolkit/en/whotoolkit/whotoolkit/espanol.pdf</a>		
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos revisados por la UPSS y las respuestas a los mismos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resúmenes de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los procedimientos encargados del cuidado del paciente.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resúmenes de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre enfermeras encargadas del cuidado del paciente. 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.		"Nueva información para la seguridad del paciente" - OMS / Lun 8 "Mejora la comunicación de Seguridad del Paciente" - OMS 2004. <a href="http://www.who.int/patientsafety/toolkit/en/whotoolkit/whotoolkit/espanol.pdf">http://www.who.int/patientsafety/toolkit/en/whotoolkit/whotoolkit/espanol.pdf</a>		
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas breves al azar si se inscriben actualizadas.		<a href="http://www.mincsaud.gov.co/biblioteca/LibroBibliotecaOgpaHISTORIASCLINICASGuiaestrategia-de-comunicacion.pdf">http://www.mincsaud.gov.co/biblioteca/LibroBibliotecaOgpaHISTORIASCLINICASGuiaestrategia-de-comunicacion.pdf</a>		
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfieren junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva la 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
BUENAS PRÁCTICAS	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 promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en áreas estratégicas.	Verificar la existencia de dibujos.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de disposición de residuos sólidos en la UPSS.				
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	RM N° 255-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, Servicios Misión de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Cuidado y manejo de los cables se realiza de acuerdo a normas.	Verificar recintos de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
<b>BIOSEGURIDAD</b>	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IMAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IMAS.	RM N° 162-2019/MINSA Lineamiento 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 focalizada de IMAS en la UPSS.	Existencia documental de actividades de vigilancia.				
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondiente.	RM N° 160-101/MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA/ DGEM V.01. Instructivos y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 153-2004/MINSA aprueba NT N° 020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar trabajo del personal en zonas señalizadas.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO NO APLICA
	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 Activación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
<b>FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS</b>	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Ubicación 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° 013-2008-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



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	PROBABILIDAD	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

### MATRIZ DE RIESGOS

	TRIMESTRE:	SELECCIONAR	AÑO:	SELECCIONAR
IPRES: HOSPITAL IGUITOS CESAR GARIBAY SANCHEZ	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS: CONSULTA EXTERNA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	RESP. DE LA IPRES:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP. OFICINA CALIDAD:			
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:			

#### PROBABILIDAD

ALTA	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECIENTE	2
BAJA	1

#### GRAVEDAD / IMPACTO

SEVERO	7
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
MINIMO	1

#### VALORACIÓN DEL RIESGO

ALTO	25 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
BASTANTE BAJO	1 - 3

DESCRIPTIVAS	%	VENIDOR	COMPLETADO	FECHA DE RIESGO	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	
				SELECCIONAR	SELECCIONAR	





## 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 6  
MODELO DE PLAN DE ACCIÓN**

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	SELECCIONAR	AÑO:	SELECCIONAR (DDMMAAAA)
IPRESS:	HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYTA GARCIA		
UPSE:	CONSULTA EXTERNA		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:			
FECHA APLICACION:			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE LA UPEL:			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
OTROS RESPONSABLES:			

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/semanas)

## ANEXO 7 MODELO DE FICHA DE MONITOREO

### FICHA DE MONITOREO

<b>PRESE:</b>	HOSPITAL JOSETO DE SAN GABRIEL GARCIA	<b>TRIMESTRE:</b>	<b>SELECCION:</b>	<b>AÑO:</b>	<b>SELECCION:</b>
<b>UPSS:</b>	CONSULTA EXTERNA	<b>FECHA APLICACIÓN:</b>			
<b>TITULAR RESPONSABLE PRESE:</b>		<b>RESP. EPIDEMIOLOGIA:</b>			
<b>RESP. DE ADMINISTRACIÓN:</b>		<b>RESP. DE LA UPIS:</b>			
<b>RESP. DE SERVICIO ENFERMERÍA:</b>		<b>RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:</b>			
		<b>OTROS RESPONSABLES:</b>			

#### PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROCEDIMIENTO	BIENES MATERIALES	VERIFICACION INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MES/AÑO)	MONITOREO (MES/AÑO)	IMPLEMENTACIÓN
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION

**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:  $\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas} / \text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente programadas} \times 100$
- 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:  $\text{N}^\circ \text{ de Verificadores conformes} / \text{N}^\circ \text{ de Verificadores evaluados} \times 100$
- 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.



**DIRECTIVA SANITARIA N° 092-MINSA/2020/DGAIN**  
**DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

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

- a. Fórmula de cálculo:  $N^{\circ}$  de acciones de mejora implementadas/  $N^{\circ}$  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.

