



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tambobamba, 30 de enero del 2025

OFICIO N° 062-2025-MINSA/DIRESA/API/U.E.RSC-DG-JRAR.

Señor:

M.C. CARLOS HERNAN MONTEAGUDO GONZALES
Director Regional de Salud Apurímac

C/ATENCION : Lic.Enf.MARIA POVEZ ARROYO
Directora de calidad en salud- Diresa

Abancay. -

ASUNTO : Cumplimiento de criterio 1 de ficha N° 45

REFERENCIA : INFORME N°005-2025-CALIDAD/RED- SALUD-COTABAMBAS-BTM

Es grato dirigirme a usted, para expresar mis saludos cordiales a nombre de la Unidad Ejecutora Red de Salud Cotabambas-Apurímac, al mismo tiempo remito el cumplimiento de criterio 1 de ficha N°45 fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas del paciente, para mayor detalle se adjunta el documento de referencia.

Nota (oficio con 02 folios)

Agradezco la atención que merece el presente.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS
Mag. Jimmy R. Alviras Rivas
CEP: 54045
DIRECTOR

Cc: Archivo-RSC-DG.
Sec.RNP.

Dirección: Av. Amauta – Calle Sagrario S/N Tambobamba – Cotabambas – Apurímac
<http://www.reddesaludcotabambas.org.pe/> - Email: rssaludcota@hotmail.com



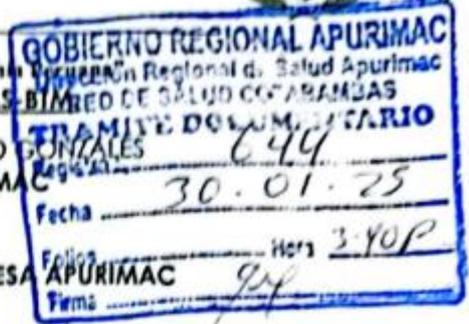


GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS

CARBO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía"
INFORME N° 005-2025-CAIDAD/RED-SALUD-COTABAMBAS



A : M. C. CARLOS HERNAN MONTEAGUDO GONZALES
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD- APURIMAC

C/Atención : Lic. Enf. MARIA POVEZ ARROYO
DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD- DIRESA

DE : Lic. Nut. Brighite Tamariz Mena
Coordinadora de Calidad

ASUNTO : CUMPLIMIENTO DE CRITERIO 1 DE FICHA N°45: FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE RIESGOS EN LA ATENCION DE SALUD Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD MEDIANTE LA APLICACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

REFERENCIA: INFORME N°004-2025- CALIDAD/BTM-RED-DE-SALUD-COTABAMBAS-AP.

FECHA : Tambobamba, 30 de enero del 2025

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle las disposiciones de la DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD y Decreto Supremo-N 022-2024-MINSA, que define los Indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 - Compromiso de Mejora N° 45: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente, y poner de su conocimiento el cumplimiento del Criterio N° 1 del Compromiso de Mejora en mención por parte del Hospital Tambobamba, según el siguiente detalle:

- 1.1. Resolución Directoral N° 031-2025-D-UE-RSC/AP, en el cual el Hospital de Tambobamba que aprueba la conformación de Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y la Resolución Directoral N° 032-2025-D-UE-RSC/AP, que aprueba el Plan y Cronograma de Rondas de Seguridad del paciente en el periodo 2025, que puede ser ubicado en el siguiente link:
https://reddesaludcotabambas.gob.pe/?fbclid=IwZXh0bqNhZW0CMTEAAR0vb67baIVe865kXv20KB9N6K2uHC2YvGQI21M_PbiNy8iriC80BCI-bY8_aem_SQd8YasDpUmOEaK0X3jV0A

Por lo dicho, solicito que el presente documento sea considerado por la Dirección de Gestión de la Calidad para su comunicación al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.

Agradeciendo la atención que brinde al presente, reitero a Ud. las muestras de mi especial estima.

Atentamente,
Lic. Brighite Tamariz Mena
 CNP: 8893
 COORD. ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN
 Y NUTRICIÓN SALUDABLE

Dirección: Av. Amauta - Calle Sagrario S/N Tambobamba - Cotabambas - Apurímac
<http://www.reddesaludcotabambas.org.pe/> - Email: rssludcota@hotmail.com





GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 031-2025-D-UE-RSC/AP

Tambobamba, 23 de enero de 2025



VISTO:

- El Informe N° 002-2025-CALIDAD/-RED-SALUD-COTABAMBAS-BTM, emitido por la Lic. Nut. Brighite Tamariz Mena, Coordinadora de Calidad de la Red de Salud Cotabambas de la Red de Salud de Cotabambas, y;



CONSIDERANDO:

Que, en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política del estado, Capítulo XIV y el Título IV de la Ley N° 27680-Ley de Reforma Constitucional sobre Descentralización y el artículo 2° de la Ley N° 27867-Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y sus modificatorias, los Gobiernos Regionales corresponden a un nivel de gobierno por la naturaleza descentralizada del Estado Peruano, por lo mismo son personas jurídicas de derecho público con prerrogativas de autonomía política, económica y administrativa, dentro del marco de las facultades conferidas; por lo que para la administración económica y financiera está constituido un pliego presupuestal;



Que, la Unidad Ejecutora N° 407 de la Red de Salud de Cotabambas, es un órgano de ejecución adscrito al Gobierno Regional de Apurímac, presupuestariamente constituye una Unidad Ejecutora, cuenta con autonomía Técnica, Económica y Administrativa para programar, ejecutar, administrar y evaluar todos los procesos en todos los establecimientos de salud que pertenecen a dicha Red;



Mediante Resolución ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de calidad de Salud" con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para implementación del sistema de Gestión de la calidad de salud, orientado a obtener resultados para la mejora de calidad de atención para los servicios de salud siendo uno de los procesos la seguridad del paciente.

Que, el literal a) del artículo N°45 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, señala que es competencia exclusiva del Gobierno Nacional definir, dirigir, normas y gestionar políticas nacionales y sectoriales, las cuales se formulan considerando los intereses generales del estado y la adversidad de las realidades regionales, concordando el carácter unitario y descentralizado del Gobierno de la Republica;

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promover, las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS, se aprobó la directiva sanitaria N° 003-IGSS/V.01 rondas de seguridad y gestión de riesgos para la seguridad del paciente teniendo como objetivo implementar las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en las instituciones prestadoras del servicio de salud del instituto del gestión del servicio de salud a fin de contribuir con las disminuciones de los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de las practicas seguras.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Que el numeral 4.1 Disposición general de la precitada directiva, señala que la conformación y funciones del equipo de Rondas de seguridad del paciente con el objeto de identificar practicas inseguras y riesgos asociados a la atención en salud.

Que, en las disposiciones específicas de la referida directiva sanitaria, establece la conformación del equipo de rondas de seguridad del paciente, precisando que deberá ser reconocido oficialmente mediante documento resolutivo por el titular como responsable de los IPRESS y deberá ser actualizado anualmente, asimismo determinar las funciones que deben cumplir los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente.

Que, a través del Informe N° 002-2025-CALIDAD/-RED-SALUD-COTABAMBAS-BTM, emitido por la Lic. Nut. Brighite Tamariz Mena, Coordinadora de Calidad de la Red de Salud Cotabambas, solicita la emisión de la presente para la conformación del equipo de rondas de seguridad del paciente del Hospital de Tambobamba.

Estando a los fundamentos expuestos en la parte considerativa y en uso de las facultades conferidas por el manual de organización y funciones de la red de salud de Cotabambas.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1. - APROBAR la conformación del equipo de rondas de seguridad del paciente del Hospital de Tambobamba para el periodo 2025 el cual estará integrado según se detalla:

N°	UNIDAD ORGANICA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESION	CARGO DEL EQUIPO
1	DIRECTOR GENERAL	ROLANDO MEDINA MEDINA	MEDICO CIRUJANO	LIDER DE EQUIPO
2	OFICINA GESTION CALIDAD	EDGARD F. VILLANUEVA TITO	MEDICO CIRUJANO	SECRETARIA GENERAL
3	OFICINA DE ADMINISTRACION	FACIF MADY PEREZ MORALES	CIRUJANA DENTISTA	MIEMBRO INTEGRANTE
4	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	ALEX M. CHAFLOQUE MILLONES	BIOLOGO	MIEMBRO INTEGRANTE
5	DEPARTAMENTO ENFERMERIA	NILDA RUIZ HURTADO	ENFERMERIA	MIEMBRO INTEGRANTE
6	DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACION	RUTH MAMANI MAMANI	MEDICO CIRUJANA	MIEMBRO INTEGRANTE
7	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	RINA SANTIAGO CONILLA	QUIMICO FARMACEUTICO	MIEMBRO INTEGRANTE

ARTÍCULO 2. - DISPONER que la oficina de Estadísticas e informática a través de la responsable efectúe la publicación de la presente, en la página de la Institución y las áreas correspondientes de la entidad.

ARTICURLO 3°.- NOTIFICAR, la presente resolución a las instancias administrativas para su seguimiento y cumplimiento.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Distribución:

- Oficina de Administración- RSC.
- comité
- coordinadora
- Archivo.

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC
 RED DE SALUD COTABAMBAS

Jimmy R. Aivites Rivas

Mag. Jimmy R. Aivites Rivas
 CEF: 54045
 DIRECTOR



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 032-2025-D-UE-RSC/AP

Tambobamba, 30 de enero de 2025



VISTO:

- El Informe N° 002-2025-CALIDAD/BTM-RED-SALUD-COTABAMBAS-AP, emitido por la Lic. Nut. Brighite Tamariz Mena, Coordinadora de Calidad de la Red de Salud Cotabambas, y;



CONSIDERANDO:

Que, en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política del estado, Capítulo XIV y el Título IV de la Ley N° 27680-Ley de Reforma Constitucional sobre Descentralización y el artículo 2° de la Ley N° 27867-Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y sus modificatorias, los Gobiernos Regionales corresponden a un nivel de gobierno por la naturaleza descentralizada del Estado Peruano, por lo mismo son personas jurídicas de derecho público con prerrogativas de autonomía política, económica y administrativa, dentro del marco de las facultades conferidas; por lo que para la administración económica y financiera está constituido un pliego presupuestal;



Que, la Unidad Ejecutora N° 407 de la Red de Salud de Cotabambas, es un órgano de ejecución adscrito al Gobierno Regional de Apurímac, presupuestariamente constituye una Unidad Ejecutora, cuenta con autonomía Técnica, Económica y Administrativa para programar, ejecutar, administrar y evaluar todos los procesos en todos los establecimientos de salud que pertenecen a dicha Red;



Que, el literal a) del artículo N°45 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, señala que es competencia exclusiva del Gobierno Nacional definir, dirigir, normas y gestionar políticas nacionales y sectoriales, las cuales se formulan considerando los intereses generales del estado y la adversidad de las realidades regionales, concordando el carácter unitario y descentralizado del Gobierno de la Republica;

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promover, las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio

Que, el art. 4 de la precitada ley, establece que el sector salud, está conformado por el ministerio de salud, como organismo rector las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha ley y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual y colectivo.

Que, los literales a) y b) del art. 99 del Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la dirección General de Aseguramiento e intercambio prestacional, tiene las funciones de proponer y supervisar políticas sectoriales, normas lineamientos y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud; así como proponer políticas, procedimientos, criterios estándares, normas lineamientos y documentos normativos en materia de su competencia, con enfoque de calidad; así como evaluar su implementación.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD COTABAMBAS



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Que, a través del Informe N° 002-2025-CALIDAD/BTM-RED-SALUD-COTABAMBAS-AP, emitido por la Lic. Nut. Brighite Tamariz Mena, Coordinadora de Calidad de la Red de Salud Cotabambas, solicita emitir acto resolutivo del plan anual y cronograma de Rondas de seguridad del paciente para la gestión de Riesgos en la atención en salud en el hospital de Tambobamba periodo 2025.



Que, este plan tiene como finalidad contribuir a disminuir los riesgos durante la atención de la salud a través de la implementación de prácticas seguras, reduciendo los incidentes y eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en nuestra institución.



Estando a los fundamentos expuestos en la parte considerativa y en uso de las facultades conferidas por el manual de organización y funciones de la red de salud de Cotabambas.

SE RESUELVE:



ARTÍCULO 1. - APROBAR el "Plan anual y cronograma de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión de Riesgos en la atención en salud en el hospital de Tambobamba periodo 2025" el cual forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°. -DESIGNAR a la responsable del plan aprobado a la Coordinadora de Calidad de la Red de Salud Cotabambas, para su ejecución y cumplimiento del cronograma del plan aprobado.

ARTÍCULO 3°. - DISPONER que la oficina de Estadísticas e informática a través de la responsable efectuó la publicación de la presente, en la página de la Institución y las áreas correspondientes de la entidad.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Distribución:

- Oficina de Salud Individual.
- Oficina de administración
- coordinadora

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS

Mag. Jimmy R. Alvites Rivas
CEP: 64045
DIRECTOR



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS
HOSPITAL TAMBOBAMBA



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

PLAN ANUAL Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION EN SALUD- 2025



Gobierno Regional de Apurímac
Dirección Regional de Salud Apurímac
Red de Salud Cotabambas



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS.....	4
3.1.	Objetivo General.....	4
3.2.	Objetivos Específicos:	4
IV.	BASE LEGAL	5
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI.	DISPOSICIONES GENERALES	5
VII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	6
VIII.	DISPOSICIONES FINALES.....	8
IX.	ANEXOS.....	9



**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS**

HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"



**PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL
RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD**

I. INTRODUCCION:

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

La seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud, está siendo considerada como una disciplina de la atención de la salud, que surgió con el desarrollo de tecnología sanitaria más compleja, e invasiva; constituyéndose estos procesos sanitarios como una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los procedimientos innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables. En ese sentido, la seguridad del paciente, se constituye como una acción fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros centrados en la persona. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben presentarse de manera oportuna, integrada, equitativa y eficiente.

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

Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta permite detectar sucesos adversos y prácticas poco seguras, que permitieron mejorar las actitudes del equipo multidisciplinario que brinda la atención al usuario externo.

Las Rondas de Seguridad, consiste en realizar una visita a un determinado servicio, área o unidad seleccionado al azar en una determinada IPRESS, que debe estar liderado por la máxima Autoridad, quien como gestor principal de la organización podrá conocer, en forma directa, la situación actual de su gestión, identificando practicas inseguras durante su atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Dando cumplimiento a lo considerado en el Decreto Supremo N° 022-2024-SA, donde se establece "Los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios 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, que para este año considera el Compromiso de Mejora N° 45: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente;



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

El equipo de Rondas de Seguridad elabora el PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD, para su ejecución en el presente año fiscal.

II. FINALIDAD

Contribuir a disminuir los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de prácticas seguras, reduciendo los incidentes y eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en nuestra institución.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General:

Aplicar los instrumentos de Rondas de Seguridad del Paciente, para identificar, prevenir y reducir los riesgos durante la atención de salud a los pacientes, a través de visitas programadas a los diferentes servicios, áreas y unidades asistenciales del Hospital Tambobamba – 2025.

3.2 Objetivos Específicos:

- 3.2.1. Verificar el cumplimiento de los estándares con respecto a la atención hospitalaria.
- 3.2.2. Identificar y analizar las limitantes existentes en los diferentes servicios, áreas y unidades que afectan la prestación de los servicios dentro de un componente de garantía de la calidad.
- 3.2.3. Promover una cultura de calidad a nivel institucional, proponiendo estrategias de solución con participación del personal de la salud.

IV. BASE LEGAL:

- 4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 4.2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 4.3. Decreto Supremo N° 022-2024-MINSA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual - CG 2025.
- 4.4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.5. Decreto Supremo N° 031 -2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.
- 4.6. R.M. N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.
- 4.7. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS



HOSPITAL TAMBObAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas para la Seguridad del Paciente del Hospital Tambobamba, es de aplicación en todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud de la institución.

VI. DISPOSICIONES GENERALES:

6.1. Definiciones operativas:

- **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Apreciación del riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- **Cultura de Seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención en salud.
- **Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de la vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.¹³
- **Gestión del riesgo:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud - IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En el caso de los neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS:** son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privadas o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de Carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

El equipo está conformado oficialmente mediante Acta N° 150, con fecha: Tambobamba, 22 enero del 2025:

- Director general del Hospital Tambobamba: M.C. Rolando Medina Medina.
- Jefe de Recursos Humanos: C.D. Mady Liz Perez Morales.
- Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad: M.C. Edgar Villanueva Tito.
- Responsable de la Oficina de Epidemiología: Blgo. Alex Manuel Chafloque Millones.
- Jefe del Departamento de Hospitalización: M.C. Ruth Mamani Mamani.
- Jefe del Departamento de Enfermería: Lic. Enf. Esmilda Ruiz Hurtado.
- Jefe del Departamento de Farmacia: Q.F. Rina Ubelina Santiago Conislla.

7.1. 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:

7.2.1. El responsable de la unidad de gestión de la calidad y/o secretario técnico, en coordinación con todos los integrantes del equipo:

- Asume la responsabilidad de secretario técnico del equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente.
- En coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual debe ser aprobado por el director general de la institución, 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; en el cronograma se incluirá la fecha, hora y día en que se ejecutará la Ronda, sin especificar el servicio, área o unidad a visitar.
- 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.
- Comunica a los responsables de las UPSS involucradas, las acciones inseguras



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBA



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

- 7.2.2. El Director General del hospital, es el responsable del equipo, o sea el que dirige y deberá convocar a los integrantes del Equipo de Rondas una vez al mes, según cronograma (Anexo 1).
- 7.2.3. Todos los integrantes del equipo son responsables de firmar el reporte de los resultados obtenidos en las Rondas de Seguridad del Paciente.

7.2. Organización de las rondas de seguridad del paciente y acciones post aplicación:

7.3.1. Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente:

- El líder del equipo de rondas, emitirá la disposición de convocatoria al equipo según cronograma (Anexo 1).
- El servicio visitado se identificará mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los integrantes del equipo de rondas.
- El líder del equipo de rondas convocará al responsable del servicio seleccionado para ser incorporado al equipo de rondas.
- El líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.

El secretario técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.

Ejecución de las Rondas de Seguridad el Paciente:

- Las rondas de seguridad del paciente, deben realizarse mensualmente, según lo defina el líder del equipo de Rondas.
- Las rondas de seguridad del paciente se realizarán en un horario diferente a la visita médica.
- La duración de las rondas de seguridad del paciente deberá ser como máximo de dos horas.
- La metodología será la observación directa, revisión documentaria y entrevista a los trabajadores de salud y los usuarios externos.
- Las observaciones deberán estar centradas a identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (anexo 2). Para ello, el responsable de la unidad de gestión de la calidad es el encargado de determinar el listado final de los criterios que aplicaran para el servicio o UPSS a visitar.
- Al finalizar la Ronda de Seguridad, el responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Equipo de Rondas, identificando las acciones inseguras encontradas (Anexo 3).

Acciones Post Rondas de Seguridad del Paciente - Gestión del Riesgo:

- El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, junto con el equipo realizaran la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 4).



**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS**



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

- El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, junto con el equipo de trabajo realizarán la priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (Anexo 5.).
- El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, con el equipo de trabajo convocan al responsable del departamento / servicio / área/unidad, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo 6).
- El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa al director General de la institución, sobre la presentación del Plan de Acción a ser implementado.
- El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad tiene el encargo de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose de realizar el monitoreo respectivo (Anexo 7.).
- La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, y se hace mediante los indicadores establecidos en la presente Directiva Sanitaria (Anexo 8):

7.4. Acciones de supervisión y evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente:

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

VIII. DISPOSICIONES FINALES:

El responsable de la unidad de gestión de la calidad en coordinación con la unidad de capacitación deberá desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando temas de seguridad de paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz, gestión de riesgo. Así mismo considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información.

Aprobado el plan de implementación, las Rondas de Seguridad del Paciente, deben ser incluidos en el Plan Operativo Institucional.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS



HOSPITAL TAMBOBAMBA

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

7.1. Para el cumplimiento de las actividades y tareas, descritas en el presente plan, se necesita financiamiento, la que debe ser facilitada por la Unidad Ejecutora de la Red de Salud Cotabambas.

IX. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad.

Anexo 2: Criterios de Evaluación.

Anexo 3: Hoja de Resultados de Evaluación:

Anexo 4: Matriz de Riesgos

Anexo 5: Prioridad de Intervención

Anexo 6: Plan de Acción.

Anexo 7: Ficha de Monitoreo.

Anexo 8: Indicadores de Evaluación



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
RED DE SALUD COTABAMBAS
HOSPITAL TAMBOBAMBA



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Anexo 1: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad:

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE -2025

IPRESS: HOSPITAL TAMBOBAMBA

RESPONSABLE: LIDER DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD

ENERO	FECHA	HORA
RONDA 1	29/01/2025	15:00
RONDA 2		

FEBRERO	FECHA	HORA
RONDA 1	14/02/2025	15:00
RONDA 2		

MARZO	FECHA	HORA
RONDA 1	17/03/2025	15:00
RONDA 2		

ABRIL	FECHA	HORA
RONDA 1	16/04/2025	15:00
RONDA 2		

MAYO	FECHA	HORA
RONDA 1	11/05/2025	15:00
RONDA 2		

JUNIO	FECHA	HORA
RONDA 1	10/06/2025	15:00
RONDA 2		

JULIO	FECHA	HORA
RONDA 1	13/07/2025	15:00
RONDA 2		

AGOSTO	FECHA	HORA
RONDA 1	12/08/2025	15:00
RONDA 2		

SETIEMBRE	FECHA	HORA
RONDA 1	08/09/2025	15:00
RONDA 2		

OCTUBRE	FECHA	HORA
RONDA 1	07/10/2025	15:00
RONDA 2		

NOVIEMBRE	FECHA	HORA
RONDA 1	23/11/2025	15:00
RONDA 2		

DICIEMBRE	FECHA	HORA
RONDA 1	7/12/2025	15:00
RONDA 2		

Mady Liz...
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 35943
 UNIDAD DE RR.HH.
 MICRO MED TAMBOBAMBA

Responsable de Administración

RED DE SALUD COTABAMBAS
 HOSPITAL TAMBOBAMBA
 Dr. Rolando Medina Medina
 MEDICO CIRUJANO
 CMP. 32943
 DIRECTOR
 JEFATURA

Responsable de la Ipress

Edgard F. Villanueva
 Dr. Edgard F. Villanueva Trujillo
 MEDICO - CIRUJANO

Responsable de la Oficina de Gestión de Calidad

RED DE SALUD COTABAMBAS
 HOSPITAL TAMBOBAMBA
 Alex M. Choloque Millones
 MICROBIOLOGO
 C.O.P. 1499

Responsable de Epidemiología

RED DE SALUD COTABAMBAS
 HOSPITAL TAMBOBAMBA
 Responsable de Enfermería

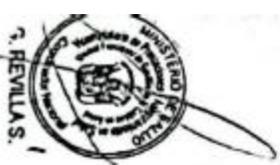


ANEXO 2
CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCl tomadas al azar.	RM N°214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DC/UN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N°255-2018/MINSA			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 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 las Funciones Vitales.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar					



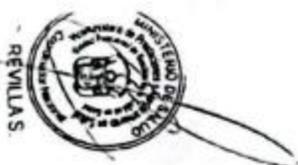
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	RM N° 353-2018/MINSA - anexos N° 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º. 02 Norma Técnica de Salud de Política 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.				
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	RM N° 1714-2018/MINSA - anexos N° 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica - en modificación con RM N° 1714-2018/MINSA.			
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos.	Oficina del Título ISSG - Prevención de otros eventos en hospitales de Laboratorio - HSP/Quinta / C.C. N° 103-2018-04 Reglamento de Establecimientos de Salud - Servicios Médicos del Apoyo.			
	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	RM N° 1714-2018/MINSA - anexos N° 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica - en modificación con RM N° 353-2018/MINSA.			
	Registro de la Contrareferencia del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
La letra de la Historia Clínica es legible.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.					
Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.					



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N° 303-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Normas internas de las IPRESS.			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en el HCL brindados al azar.	RM N° 545-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o rebenes.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N°30463 Ley del Sistema Nacional Residencia Médica. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCL.	R.M. N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.				
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. Nº 013-2004-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / Ley Nº 20414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.			
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS			
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGDN/200354.pdf			
	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de postogramas.	Observar la existencia del postograma.	RM Nº 853-2012-MINSA aprueba la Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP - V.02: "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".			
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma.	R.M. Nº 695-2006-MINSA que aprueba la Guía Teórica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.	RM Nº 545-2011-MINSA aprueba NTS Nº 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM Nº 1470-2002 - Manual de descripción y clasificación hospitalaria RM 523-2007-MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/03371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1618.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parurienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	R.M. Nº 658-2004-MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. Nº 463-2007-MINSA aprueba el documento "Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y SIDA." / R.M. Nº 1138-2019-MINSA NTS N°108-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, SIDA y Hepatitis B".			
En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (último informe semestral)	RM Nº 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.				



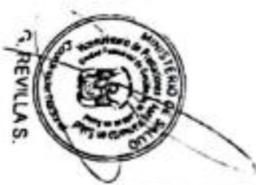
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (último semestre)	RM N° 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DCSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	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 Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Clavija Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Clavija 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° 010-MINSA-DCSP V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 022-2011-MINSA aprueba NTS N° 089-MINSA/DCSP V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestésica"				
En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N° 214-2018-MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DC/AN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 285-2018-MINSA.				



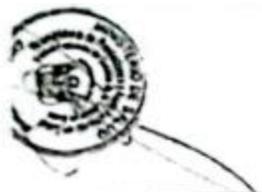
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. https://www.who.int/patientsafety/solutions/solution-buletpatient-solutions-SPANISH.pdf			
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.				
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. http://www.sistemaadmi.com/getfile/274828-de-riesgo-en-sitios-proteidos-para-situaciones-de-riesgo-en-sitios-proteidos-fiscal			
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	http://www.minsalud.gov.co/sistemaadmi/BBKlibroCib/BBKDEDEC/ALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.			
	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.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. https://www.atlasaludmental.com/yes/03%83n-de-resgos-en-sitproctos-para-situaciones-de-riesgo-en-sitproctos-fuga/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/CA/ALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.				
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.				
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.				
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA)			
	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.	http://www.minisal.gov.es/infociviles/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf			
	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 medida. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.			
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	http://www.msal.gob.es/images/stories/seguridad/0000000879ms-2018-incidentes-atacon-interni-saludo-adolescentes.pdf			
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria- Instituto Universitario Acorde Donabedian. https://portal.guaviel.es/step-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avalia_compa.pdf			
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respecto.				



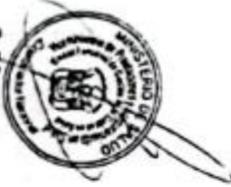
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011). https://www.minsa.gob.pe/revista/Una%20BibliotecaDigital/RIOSJCSC/Alprevenir-ulceras-por-presion.pdf http://www.minsa.gob.pe/estad/Estadisticas/Publicaciones/mimac/20Guia_Prevention_UPP.pdf http://www.sic.edu.pe/areasprofesionales/generales/guia39.pdf RM N° 455-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA-DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Normas internas en la IPRESS			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido educados al respecto.				
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido educados al respecto.				
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los recursos descritos en la guía.				
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector Salud." Normas internas en la IPRESS.			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.				
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01.				
	Soluciones endovenosas se encuentren debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.				
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.				
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.				
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.				
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.					
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y número), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCE) y hora de administración correcta (contrastar con HCE y Kardex de Enfermería).					



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DEC/Atencion-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsalud.gov.co/portal/uri/tema/tema/3e826389590e040010165012042.pdf https://www.minsalud.gov.co/Salud/Documentos/Calidad/Atenc%C3%B3nEnSalud/ObservatorioPREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf			
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.				
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.				
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.				
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no está afectadas las vías aéreas.				
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCl la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.					



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
				SI	NO	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.					
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.					
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.		Sistema Nacional de Salud (SNS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.npsa.nhs.uk/~/media/Programa_Nacional_Prevention.pdf			
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msal.gob.es/images/stories/bestgraficos/00000087/kos_2018_lineasemba_atencion_salud-estudio-adolescentes.pdf			
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.		Alerta de Seguridad en Atención Primaria - Instituto Universitario Avelas Donabedias.			
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.		https://portal.gub.es/ep-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avalat_compl.pdf			
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.					
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.					



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	PM N°205-2016/MINSA Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.				
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02				
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03				
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04				
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CRITERIOS Y FUENTES REFERENCIALES	CUMPLIMIENTO			
				SI	NO	OTRO	
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas	Verificar registros de disposición de residuos sólidos según normas					
	Eliminación de material punzo-cortante y agudos de acuerdo a las normas	Verificar registros de eliminación de residuos punzo-cortantes y agudos	Manual de Procedimientos Operativos (MPO) de la Unidad Productora de Servicios de Salud y Normas Técnicas para la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de la Secretaría de Salud y Normas de Investigación				
	Cuidado y manejo de los cultivos de acuerdo a normas	Verificar registros de seguridad y protección personal					
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento	Verificar registros de protección personal					
	El servicio ha implementado el uso de "Cares Bundles" o Paquetes de Medidas para la prevención de las IAMG basadas en evidencia médica	Verificar evidencia de medidas de prevención para IAMG		Manual de Procedimientos Operativos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud			
	Existencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, sensible y localizada de IAMG en la UPSS	Existencia documental de actividades de vigilancia		Manual de Procedimientos Operativos de la UPSS y la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) y el Manual de Procedimientos Operativos de la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de la Secretaría de Salud			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Observar señalización de zonas rígidas		Manual de Procedimientos Operativos de la UPSS y la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de la Secretaría de Salud para la Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud			
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Observar respeto de personal en zonas señaladas						



G. REVILLA S

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
	Equipos biomédicos accesibles según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 545-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DOSP V.03 Norma Técnica de Salud Categoría de Equipamiento del Sector Salud. RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DOSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.			
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por el personal de la salud elegidos al usar			
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.			
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas listas	Selección de equipos biomédicos elegidos al usar y contrastar cumplimiento del plan anual de mantenimiento.	DS N° 013-2005-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		

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



G. REVILLA S.

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE	SELECCION	AÑO	SELECCION
IPRES:	HOSPITAL IGUALDOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(DDMMAAAA)
UPIS:	CONSULTA EXTERNA	RESP. EPIDEMIOLOGIA			
TITULAR RESPONSABLE IPRES:		RESP. DE LA UPIS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. OFICINA CALIDAD:			
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:			

PROBABILIDAD

VERISIMIL	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
IMPOSIBLE	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
NO SIGNIFICATIVO	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	25-50
RIESGO IMPORTANTE	15-24
RIESGO MODERADO	4-14
RIESGO TOLERABLE	1-3

BENEFICIALES	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	
				NINGUNA	NINGUNA	



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 7
MODELO DE FICHA DE MONITOREO**

FICHA DE MONITOREO

PROYECTO:	HOSPITAL GUSTAVO CÉSAR GARCÍA GARCÍA	SELECCIÓN:	SELECCIÓN:
UPSE:	CONSULTA EXTERNA	ÁREA:	(XXXXXXXXXX)
TITULAR RESPONSABLE PRES:		FECHA APLICACIÓN:	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	
RESP. OPTOSERVICIO E IMPERUERIA:		RESP. DE LA U.P.S.:	
		RESP. ORGANIZACIÓN CALIDAD:	
		OTROS RESPONSABLES:	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	NORMAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN HECHURMO	ACCIONES DE MEJORA FUNCIONALES		REPORTE DE FALLOS	PLANO (DESCRIBIR)	MONITOREO (DESCRIBIR)	IMPLEMENTACIÓN
			ACCIONES DE MEJORA FUNCIONALES	ACCIONES DE MEJORA FUNCIONALES				
								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.



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

- a. Fórmula de cálculo: N° de acciones de mejora implementadas/ N° de acciones de mejora propuestas x 100
- b. Tipo de Indicador: De Proceso y Resultado
- c. Fuente Auditable: Plan de Acción, Informe de Implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora Implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud \geq 90% por Ronda de Seguridad del Paciente.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.



REVILLAS.