

Punchana, 28 de Enero del 2026

OFICIO N° 295 - 2026 - GRL - DRS - L /30.50.06

Señor:

M.C. PERCY SOLANO VARGAS DÁVILA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE LORETO
Presente. -



ASUNTO : REMITO PLAN ANUAL Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HRL 2026.

ATENCIÓN : COORDINADORA DE CONVENIOS DE GESTIÓN - GERESA OFICINA DE CALIDAD EN SALUD GERESA.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted. Para saludarle y al mismo tiempo informarle que en el marco del proceso de cumplimiento de compromisos de mejora adjunto al presente el Plan y cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Loreto, correspondiente al año 2026.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi estima personal.

PD. Publicada en, <http://www.hrloreto.gob.pe> del Hospital Regional de Loreto.

Atentamente;



Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"
[Signature]
Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL



Cc
Sub Dirección
U. Garantía de la Calidad
Archivo
JRMLL/RCHH/HAC/jprs

Punchana, 13 de Enero del 2026

OFICIO N° 006 - 2026 - GRL - DRS - L /30.50.06

Señor:

M.C. JEHOSHUA RAFAEL LÓPEZ LÓPEZ

Director General - Hospital Regional de Loreto

Presente. -



ASUNTO : SOLICITO APROBACIÓN DEL PLAN ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025 Y CRONOGRAMA ANUAL HRL

REFERENCIA : Informe Técnico N° 003 - 2026-GRL- DRS-L/ 30.50.06.03

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y comunicarle que mediante el **Informe Técnico N° 003-2026-GRL-DRS-L/ 30.50.06.03**, emitido por la unidad Garantía de la calidad, en donde sustenta técnicamente la aprobación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2026 y cronograma anual HRL, para lo cual solicito la aprobación mediante Resolución Directoral.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar a usted las muestras de mi estima personal.

Atentamente;
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C E P 17203

Cc
Sub Dirección
U. Garantía de la Calidad
Archivo
HAC/jprs

Punchana, 19 de Enero del 2026

Visto el Memorando N° 052 - 2026-GRL-DRS-L/30.50, emitido por el Director General, conteniendo el Oficio N°006 -2026-GRL-DRS-L/30.50.06, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N° 003-2026-GRL-DRS-L/30.50.06, presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2026 y Cronograma Anual, Hospital Regional de Loreto.

CONSIDERANDO:

Que, los Numerales I y II Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" señalan 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 promoverla.

Que, el Artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", que define la Ronda de Seguridad, como 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, la cual consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas seguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", que tiene por finalidad contribuir con la mejora de calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS, públicas, privadas y mixtas del Sector de Salud.

Que, el Literal a) del numeral 6.1.2 del acápite 6 de la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud" y II Título preliminar de la Ley N°26842 "Ley General de Salud", señala que el Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual debe ser aprobado y firmado por: el Titular/Responsable de la IPRESS, el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 19 de Enero del 2026

Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería. Se debe incluir la fecha, hora y día que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente sin especificar la UPSS a visitar.

Que, el Numeral 4.2 del Artículo 4°, del Decreto Supremo N°035-2020, decreto supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022. Se ha aprobado entre otras la Ficha Técnica N°22: Fortalecimiento de la Gestión de Riesgos en la Atención y Mejora Continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, el mismo que es un compromiso de mejora de los servicios de salud.

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

Que, la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodológicas y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueban las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, prescribe en su numeral 5.2, que considera Documentos Normativo de Salud, a todo aquel documento oficial, que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objeto de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según corresponda.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado mediante Ordenanza Regional N°008-2016-GR-CR, en el Artículo 27° define a



N° 012

-2026-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 19 de Enero del 2026

la Oficina de Gestión de la Calidad, como la Unidad Orgánica encargada de Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, en el Hospital Regional de Loreto, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignada las siguientes funciones: c) implementar las estrategias, metodológicas e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios f) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención, procedimientos de atención al paciente.

Con el visado de la Dirección, Sub Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas en el Resolución Gerencial N° 1256 – 2024 – GRL – GERESA-L/30.01, de Fecha 02 de Setiembre del 2024, designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026 Y CRONOGRAMA ANUAL – HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", con un total de treinta (30) folios que desarrolla nueve (09) ítems.

Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento y monitoreo el "PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026 Y CRONOGRAMA ANUAL – HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", para la implementación y aplicación del Plan y Cronograma autorizado en el artículo 1°, debiendo informar a la Dirección General sobre el respectivo desarrollo.

Artículo 3°.- Los gastos que genere el presente Plan estará sujeto a disponibilidad presupuestal.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad de manera coordinada con la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Loreto.

Regístrese y Comuníquese



Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jehoshua Rafael López López
CUP: 50534
DIRECTOR GENERAL

JRMLL/RCHH/MGV/JFDCH/RCO/HAC/jacqui.

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD



PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CRONOGRAMA- 2026



Punchana – Perú
2026

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes es un aspecto crítico de la salud pública porque se relaciona con la respuesta organizada que la sociedad da a la población a través de la atención sanitaria. Los determinantes y condicionantes de la seguridad de los pacientes están vinculados con procesos inherentes a la asistencia, como la organización de los servicios y su capacidad para proveer una óptima calidad de atención, cuidar y proteger a los usuarios, anticipar daños y promover ambientes saludables, incluyentes y libres de amenazas a la integridad de las personas.

Las fallas, las deficiencias y errores en la atención de salud pueden tener consecuencias a menudo devastadoras para los usuarios y sus familias debido a las lesiones, daños, enfermedades y muerte por estas causas. El tema se ha constituido en una prioridad en la mayoría de los países y en todos los niveles de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Con el propósito de contribuir a la promoción y seguimiento de prácticas seguras y en el marco de la iniciativa de la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente" Promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se promueve la implementación de las Rondas de Seguridad por una mejor calidad y seguridad de la Atención en salud.

Para ello se viene implementando una serie de medidas para fortalecer la Seguridad del Paciente, como son las Buenas Prácticas de Atención. La Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el Hospital Regional de Loreto, permitirá el monitoreo e incremento del nivel de seguridad del paciente en los servicios y conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención. La Rondas de Seguridad, consiste en realizar visitas planificadas en la que se monitoree 13 aspectos relacionados con la seguridad del paciente a fin de verificar la aplicación de las buenas prácticas durante la atención, tomando como referencia la normatividad vigente.

II. FINALIDAD

Promover la implementación de las prácticas seguras, contribuyendo a reducir los Eventos Adversos y mejorar la Seguridad en la Atención de los pacientes atendidos, a través de la realización de las Rondas de Seguridad, en el Hospital Regional de Loreto.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas para la implementación y ejecución de las rondas de seguridad del paciente, como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital Regional de Loreto.



3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital Regional de Loreto.
2. Capacitar al Personal Profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente.
3. Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la seguridad en la atención de salud.
4. Crear compromisos con el personal responsable de la atención del paciente para mejorar su seguridad.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que las personas tienen derecho a exigir que los servicios que se les prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.
- RM N° 308 -2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.
- RM N° 163 -2020/MINSA, que aprueba la Directiva sanitaria N° 92-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en salud.
- Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1. Acción Insegura.** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo de salud. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 5.2. Evento Adverso en Salud.** Una lesión, incidente o un resultado indeseado no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- 5.3. Rondas de Seguridad.** Herramienta que permite evaluar la ejecución de la buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una Unidad Productora de servicio de salud (UPSS) del Hospital Regional seleccionada al azar y liderada por el Director General, para identificar prácticas inseguras durante la atención en salud y establecer contacto directo con el paciente familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

- 5.4. Seguridad del paciente.** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- 5.5. Unidad productora de servicio (UPS).** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos entre otros) organizadas para desarrollar funciones homogéneas producir determinados servicios en relación directa con el nivel de complejidad.
- 5.6. Unidad productora de servicio de salud (UPSS).** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud en relación directa con su nivel de complejidad.

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas de Seguridad, es de aplicación en todas las unidades productoras de servicios del Hospital Regional de Loreto.

VII. ACTIVIDADES.

7.1. Formación del Equipo de las Rondas de Seguridad. Dicho equipo estará conformado de la siguiente manera:

- 7.1.1. Director General
- 7.1.2. Director Administrativo
- 7.1.3. Jefe Oficina de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces
- 7.1.4. Jefe Oficina de Epidemiología
- 7.1.5. Jefe del Departamento de Medicina
- 7.1.6. Jefe del Departamento de Cirugía
- 7.1.7. Jefe del Departamento Ginecología y Obstetricia
- 7.1.8. Jefe del Departamento de Pediatría.
- 7.1.9. Jefe del Departamento de enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- 7.1.10. Jefe del Departamento de Oncología
- 7.1.11. Jefe del Departamento de Odontostomatología
- 7.1.12. Jefe del Departamento de Psicología
- 7.1.13. Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos
- 7.1.14. Jefe de Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- 7.1.15. Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía patológica.
- 7.1.16. Jefe del Departamento de Diagnóstico por imágenes
- 7.1.17. Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- 7.1.18. Jefe del Departamento de Enfermería.
- 7.1.19. Jefe del Departamento de Farmacia



Cuando se realice la ronda de seguridad deberán incorporarse:

- Médico Jefe del servicio visitado
- Enfermera Coordinadora del servicio visitado
- Responsable del área visitada.

7.2. Organización

- 7.2.1. Convocatoria por parte del director a reuniones a los integrantes del equipo para la elaboración e implementación del Plan de las Rondas de Seguridad.
- 7.2.2. Elaboración y aprobación del cronograma anual.
- 7.2.3. Inicialmente con una periodicidad mensual y posteriormente de acuerdo a las observaciones podrá irse a una periodicidad quincenal.
- 7.2.4. La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- 7.2.5. Elaboración de un informe mensual de los resultados de las Rondas de Seguridad a las aéreas involucradas.

7.3. Ejecución/Aplicación de las Rondas de Seguridad.

- 7.3.1. Horario: Las Rondas de Seguridad se realizarán en horario diferente de la visita médica.
- 7.3.2. Duración: Las Rondas de Seguridad tendrá una duración máxima de 2 horas.
- 7.3.3. Metodología: Observación directa, revisión documentaria y entrevistas a los trabajadores de salud y usuarios externos.
- 7.3.4. Las Observaciones de la Rondas de Seguridad están centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente. (Anexo 02)
- 7.3.5. Al finalizar la Ronda de seguridad, el secretario técnico deberá ingresar los datos e información recogida en la herramienta informática RONDAS DE SEGURIDAD y presenta la hoja de resultados de evaluación a todos los miembros del equipo para su firma en señal de conformidad. (Anexo 3)
- 7.3.6. El secretario técnico, elaborará y suscribirá el informe y adjuntará la hoja de resultados de evaluación, en la que se encuentran las acciones inseguras identificadas. El informe será remitido a la Dirección General.

7.4. Acciones Post Ejecución de las Rondas de Seguridad- Gestión del Riesgo.

- 7.4.1. Valoración de los riesgos, identificados en la ronda de seguridad del paciente. (Anexo 04)
- 7.4.2. Priorización de los riesgos identificados en la ronda de seguridad, (anexo 05)
- 7.4.3. Convocatoria al jefe de departamento /servicio visitado, a fin de elaborar de manera conjunta el plan de acción a ser implementado.
- 7.4.4. Informe al Director del plan de acción.



- 7.4.5. Designación a un miembro del equipo, quien será el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora), registrados en el plan de acción, encargándose de hacer el monitoreo respectivo (Anexo 06).
- 7.4.6. Solicitar a DIRESA el acompañamiento técnico en forma trimestral.

VIII. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Loreto se detalla a continuación:

LINEAS DE ACCIÓN	MATERIAL E INSUMOS	COSTO
Planificación y organización	Material de Escritorio • Lápiz • Borrador • Tarjador • Fotocopia • Tablero	S/20.00 S/20.00 S/20.00 S/20.00 S/360.00 S/180.00
Refrigerio	• Refresco x 20 unid • Sandwich x 20unid	S/100.00
TOTAL		S/. 620.00

IX. ANEXOS

1. Cronograma Anual de Rondas de seguridad
2. Criterios de evaluación
3. Hoja de resultados de evaluación
4. Valoración de riesgos identificados
5. Priorización de intervenciones
6. Plan de Acción
7. Ficha de Monitoreo

ANEXOS**Anexo 01: CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HRL-2026****Titular: M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ**

MES: Enero	Fecha	Hora
Ronda 1	30/01/2026	11:00 AM
MES: Febrero	Fecha	Hora
Ronda 2	27/02/2026	11:00 AM
MES: Marzo	Fecha	Hora
Ronda 3	20/03/2026	11:00 AM
MES: Abril	Fecha	Hora
Ronda 4	24/04/2026	11:00 AM
MES: Mayo	Fecha	Hora
Ronda 5	22/05/2026	11:00 AM
MES: Junio	Fecha	Hora
Ronda 6	19/06/2026	11:00 AM
MES: Julio	Fecha	Hora
Ronda 7	17/07/2026	11:00 AM
MES: Agosto	Fecha	Hora
Ronda 8	21/08/2026	11:00 AM
MES: Septiembre	Fecha	Hora
Ronda 9	18/09/2026	11:00 AM
MES: Octubre	Fecha	Hora
Ronda 10	23/10/2026	11:00 AM
MES: Noviembre	Fecha	Hora
Ronda 11	13/11/2026	11:00 AM
MES: Diciembre	Fecha	Hora
Ronda 12	04/12/2026	11:00 AM



Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

Director

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

Jefe Oficina Gestión
Calidad

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enl. SARA DEL PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

Jefe Oficina
Epidemiología

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enl. MARITZA ROSARIO SILVA VASQUEZ
Jefe del Departamento de Enfermería
C.E.P. 17205 - REN. 14748

Jefe Departamento
Enfermería



ANEXO 02 : CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia clínica y/o Registro Médicos.	Revisión de Historia Clínica y/o registro médicos de pacientes atendidos en el servicio. Correspondiente a la última atención. Muestra 03 HCI tomadas al azar.	RM N° 214-208-MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombre y Apellidos del paciente, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro de la enfermedad actual	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro de los antecedentes de los pacientes	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI 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 HCI tomadas al azar.				
	Registro completo de examen físico clínico general y regional de corresponder	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI 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. Correspondiente a la última atención médica. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica. Procedimientos Médicos, Quirúrgicos e interconsulta	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamentos, dosis, vía, periodicidad)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				
	Registro de la Hoja de Balance hidro-electrolítico actualizado	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCI tomadas al azar.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
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 Historia Clínica tomadas al azar.	RM N° 502-2016/MINSA aprueba NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.		
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica tomadas al azar.			
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica 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 Historia Clínica tomadas al azar.	RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA.		
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revisión del sistema de registro de eventos adversos	Informe del Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica - MSPS. España / D.S. N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.		
	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica tomadas al azar.	RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA.		
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica 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 Historia Clínica 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 Historia Clínica tomadas al azar.			
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica tomadas al azar.			
	La letra de la Historia Clínica es Legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica tomadas al azar.			
	Historia Clínica ordenada y limpia	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historia Clínica tomadas al azar.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	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 registro físico o electrónicos del trámite a las interconsultas.	* RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. * RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. * Normas Internas de las IPRESS			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos de trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.				
	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.				
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCL tomadas al azar.	* RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categoría 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 Establecimiento.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los paciente	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	* D.S N° 013-2008-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 paciente	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencia o retenes.	* RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad, o similares en el turno.	Ley N° 30453 Ley del Sistema Nacional Residentado Médico, Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del Sistema de registro y notificación de Incidente y evento adverso	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple .	* D.S N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. * R.M. N° 727-2009/MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCL.	* RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos 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 notificaciones 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	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y servicios médicos de apoyo. / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.		
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil llamado para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del paciente - OMS http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf		
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.			
	En Consultorio Obstétrico/Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma			
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma	R.M. N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica Guía de Práctica Clínica para la Atención de la Emergencia Obstétrica según nivel de capacidad resolutoria 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.	R.M. N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimiento del Sector Salud"		
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo Operativo	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	* RM N° 1472-2002 - Manual de desinfección y esterilización hospitalaria * RM 523-2007/MINSA Guía Técnica para la Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1669.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/4240.pdf		
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en Trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA, para HIV-1 Y HIV-2.	* RM N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud sexual y Reproductiva * RM N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis. * RM N° 1138-2010-MINSA NTS N° 108-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH-Sífilis y Hepatitis B"		
	En Centro Quirúrgico se evidencia el último remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la lista de verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente.	Verificar la existencia del informe (último informe semestral).	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía		



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
BUENAS PRÁCTICAS 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)	Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categoría de Establecimientos del Sector Salud. * RM N° 486-2005-MINSA NT N°030-MINSA-DGSP-V01 Norma Técnica de los Servidores de Anestesiología * RM N° 022-2011/MINSA aprueba NTS N° 089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica" RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA		
	En 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 C. QX 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 uso			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativa	Verificar la existencia de Unidad/ Máquina de Anestesia y su uso.			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con columna de gases clínico /Monitor Multiparametro (de 6 a8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínico/Monitor Multiparametro 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 cialitica portátil con batería operativa	verificar la existencia de Cialitica 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			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestesia en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante post anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	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/solution/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf			
	Cartel visible que tenga registro el nombre completo del paciente	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: Nombres, apellidos y número de cama	Soluciones para la Seguridad del paciente - OMS https://www.alansaludmental.com/gest/C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fugas/			
	Datos proporcionados por el paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI, y N° de historia clínica.				
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.				
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACIÓN_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Verificación de la identificación correcta de los pacientes 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 otros alertas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico contrastándolo con la Historia Clínica.				
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familia responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento Informado.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	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 cuenta 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 servicio de salud mental y seguridad del paciente. https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fugas/ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital//RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACIÓN_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Vigilancia controla las pertenencia 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 Clínica 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 del 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	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a qué 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" RMN° 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 de la IPRESS			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que recibe	Pregunta a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.				
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01				
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente 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 nombre o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos				
	Medicamentos se encuentra adecuadamente rotulado 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 Medicamento 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 correspondiente 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 registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (difusión, velocidad de infusión). Vía de administración correcta (constatar con HCl) y hora de administración correcta (contrastar con HCl y Kardex de enfermería).				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAÍDA 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- Caidas - Organización de la Salud			
	Revaloración diaria de paciente: 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 valoración				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio	Preguntar a 03 pacientes (o familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto				
	En caso de sedación y delirio cognitivo severo se utilizan barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACIÓN_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf			
	Comunicar al paciente temas relacionados el uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavatorios, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares) 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				
	Sistema 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	https://www.minsal.cl/portal/url/item/cede9e8208889580e040010165012d42.pf			
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente	Verificar el uso 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 decubito por no asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada	Verificar que no está afectadas las vías aéreas	https://minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nSalud/ObservatorioPREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf			
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión	Verificar en la HCI, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la movilización y verificación en sitio de la presencia de úlceras por presión en cualquier grado.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	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 la existencia información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto.	https://www.minsal.cl/sites/default/files/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 familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto.	2° Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente con la Seguridad en la Mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente			
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia	Verificar si se realiza algún control al respecto.	http://msal.gob.ar/Images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf			
	Al detectar conducta desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirá las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestra aleatoria simple si se registra la terapéutica específica.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabedian			
	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 respectivo.	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	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 Río de Janeiro sobre la prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011)			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf			
	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	http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/mtemel/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf			
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto	http://sid.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf			
	Educación al paciente y su familia para la prevención y control de úlceras por presión	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar si han sido informados al respecto				
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su cuidador y la familia	Verificar informes al respecto, preguntar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Notificación de úlcera por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado	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			
	Aplicación de guía de curación de úlcera por presión según estudios	Verificar la existencia de la Guía de Curación, verificar la existencia de los insumos descritos en la guía				
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto	Normas Internas de la IPRESS			



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedente 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 Historia Clínica tomadas al azar si se realiza la valoración	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA)		
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto	https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevention.pdf		
	Ubicar al paciente en el Servicio/Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado			
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducción en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto	2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.		
	El bolicín/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 encuentren seguros	http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000087cnt-2018_lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf		
	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	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avedis Donabedian		
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajillas 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.	https://portal.guialsalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf		
	El protocolo de prevención de conducta 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	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS, Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informado al respecto.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS/ Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf			
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto.				
	La comunicación y la educación del paciente y la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiares) elegidos al azar si han sido informados al respecto.				
	Se evidencia comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documento el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS/ Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf			
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documento el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales encargados del cuidado del paciente.				
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas				
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.				
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se trasfiere junto al paciente a otro servicio o unidad del establecimiento	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf			
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferencia de otro servicio.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N° 255-2016/MINSA Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimiento de Salud.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Disponibilidad de papel toalla 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 grupo 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 grupo ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03				
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante sus 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 grupo 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	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS	RM N° 1295-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a las normas	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento	Verificar equipos de protección personal				
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundie" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS				
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia	* RM N° 660-1014/MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA/DGEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención * RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N° 020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de salud	Observar señalización de corresponder.				
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Observar transito del personal en zonas señaladas.				



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/ REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar existencia de equipos biomédicos	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" * RM N° 456-2007/MINSA/DGSP V.02 aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar operatividad de equipos biomédicos				
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la Salud elegidos al azar.				
	Verificación de la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todo sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	D.S N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar sus Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos). Mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.				

Anexo 03:**HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN****RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS: NO ENCONTRADO	FECHA EJECUCIÓN:			(dd/mm/aaaa)
UPSS: 0	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PROMEDIO	



Anexo 04:

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 la 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 es casi inevitable. Muy alta probabilidad de ocurrencia. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente.
- b. **PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos 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 razonablemente esperable que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e. **RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a 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 cliente (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 cliente, la degradación de las prestaciones esperadas y los coste de recuperación / penalización / indemnización.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- a. **CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias. Origina la total insatisfacción del cliente, 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. Requiere de constantes reintervenciones, poniendo en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de normas reglamentarias. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de incapacidad permanente.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el cliente. El cliente observará el deterioro en el rendimiento del sistema. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.



- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un ligero inconveniente al cliente. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad.
- e. **INSIGNIFICANTE (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento del sistema. Probablemente, el cliente 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	PROBABLE	5	10	20	35	50
4		4	8	16	28	40
3		3	6	12	21	30
2		2	4	8	14	20
1		1	2	4	7	10

VALORACIÓN DEL RIESGO

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



MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE
IPRESS	HOSPITAL QUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS	CONSULTA EXTERNA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:			

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

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



Anexo 05:

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.



2

[illegible]

(*) fecha máxima de implementación de la acción de mejora

[illegible]