

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0060-2025/GOB.REG-
HVCA/DIRESA-HPT-DE**

Pampas, 23 de enero del 2025

VISTO:

Memorándum N° 0026-2025/GOB.REG-HVCA/HPT-D, de fecha 15 de enero del 2025, Informe N° 0011-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-AGC-RCQV, de fecha 13 de enero del 2025 y;

CONSIDERANDO:



Que, los Gobiernos Regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia conforme el artículo 191º de la Constitución Política del Estado, modificada por la Ley N° 27680 – Ley de Reforma Constitucional, en concordancia con el artículo 2º de la Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, constituyendo para su administración económica y financiera un pliego presupuestal;



Que, el principio de legalidad previsto en el artículo IV numeral 1.1) del Título Preliminar del T.U.O de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General señala: "Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la Ley y al derecho dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas";

Que, en mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el mismo que tiene como objetivo establecer principios, normas, metodologías 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, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, el Ministerio de Salud resuelve aprobar 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 Unidad Productora de Servicios de Salud seleccionada al azar en una determinada Institución Prestadora de Servicios de Salud, 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, teniendo como objetivo establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativas del

Ministerio de Salud detecto objetivo establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación, y evaluación de los Documentos Normativos, así como establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos, también para brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;



Sobre el particular, un plan de trabajo es un instrumento que debe presentarse de forma esquemática que permita la visualización sobre la ejecución de las actividades de acuerdo a un cronograma y un determinado periodo sin excederse los doce meses, así mismo sirve de base para una adecuada definición de los objetivos y metas que se pretenden alcanzar de manera que se utilicen con eficiencia, eficaz y economicidad;



Que, mediante Resolución Directoral N° 0060-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-DE, de fecha 15 de enero del 2024, se resolvió **Confirmación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente – 2025 del Hospital de Pampas de Tayacaja**, a fin de programar y coordinar las diferentes actividades de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN y demás Normas vigentes;

Que, a fin de estandarizar la implementación de las Rondas de Seguridad fomentando una cultura de buenas prácticas de atención en salud que esté orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos, la encargada de la Unidad de Gestión de la Calidad remite a la dirección Ejecutiva del Hospital de Pampas, el “Plan de Trabajo Anual – 2025 de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja”;

Que, el “Plan de Trabajo Anual – 2025 de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja”, tiene como objetivo establecer una cultura de buenas prácticas de atención, a través de la implementación de las rondas de seguridad del paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja;

Que, mediante Informe N° 0011-2025/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-AGC-RCQV, de fecha 13 de enero del 2025, la responsable de Gestión de la Calidad solicita aprobación mediante acto resolutivo de “Plan de Trabajo Anual – 2025 de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja”;

Que, mediante Memorándum N° 0026-2025/GOB.REG-HVCA/HPT-D, de fecha 15 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva dispone proyectar acto resolutivo aprobando “Plan de Trabajo Anual – 2025 de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja”;

Que, dentro de esa línea de ideas, por convenir a los intereses administrativos e institucionales, los mismos que permitan el cumplimiento de fines y objetivos del Hospital de Pampas, esta Dirección Ejecutiva concuerda en que resulta necesario formalizar su aprobación mediante la emisión del acto administrativo pertinente;

Que, en consecuencia, estando acorde a las facultades delegadas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 077-2024/GOB.REG-HVCA/GGR, de fecha 02 de

febrero de 2024, modificada mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0147-2024/GOB.REG-HVCA/GGR, de fecha 28 de febrero de 2024, y en uso de las atribuciones establecidas en el Reglamento de Organización de Funciones (ROF) del Hospital de Pampas de Tayacaja, y con V° B° de la Unidad de Asesoría Jurídica y la Dirección Ejecutiva del Hospital de Pampas de Tayacaja;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR; el "Plan de Trabajo Anual – 2025 de las Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja", el mismo que tiene como objetivo establecer una cultura de buenas prácticas de atención, a través de la implementación de las rondas de seguridad del paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja, que, en anexo adjunto de 34 folios forman parte de la presente resolución y de conformidad a los argumentos expuestos en la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR; al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente el cumplimiento, implementación y ejecución del Plan de Trabajo a que hace referencia la presente resolución bajo responsabilidad administrativa.

ARTÍCULO 3°.- NOTIFICAR; la presente resolución al Líder de Equipo Rondas de Seguridad del Paciente y Unidad de Gestión de la calidad, y demás órganos competentes del Hospital de Pampas de Tayacaja, para los fines de pertinentes.

REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA
HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA

Mg. Jhonny Soto Orellana
DIRECTOR EJECUTIVO

Reg. Documento: 03562226

Reg. Expediente: 02560637

PLAN DE TRABAJO ANUAL 2025 DE LAS RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA




ELABORADO POR: OBST. RUTH CRISTEL QUISPEMAYTA VELO
JEFA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

PAMPAS - PERU

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

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

PLAN DE TRABAJO ANUAL 2025 DE LAS RONDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA

I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en el Hospital de Pampas de Tayacaja.

II. OBJETIVO

Establecer una cultura de buenas prácticas de atención, a través de la implementación de las Rondas de Seguridad del paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mejorar los procesos de atención identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital de Pampas de Tayacaja.
- ✓ Educar in situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente en el Hospital de Pampas de Tayacaja.
- ✓ Tomar contacto con los pacientes/familiares que acuden a los servicios asistenciales para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
- ✓ Crear compromisos con el personal del servicio responsable de la atención del paciente para mejorar la seguridad del paciente.

III. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud.
- Resolución Ministerial N°1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020- MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Decreto Supremo N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- RM N°502-2016/MINSA, que aprueba la N.T. N° 029-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.



- RM N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139 –MINSA/2018 DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN de Rondas de Seguridad para la Gestión del riesgo en la atención de salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas para la Seguridad del Paciente del Hospital de Pampas de Tayacaja, es de aplicación en todas las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) de la Institución:

- Emergencia
- Consulta Externa
- Hospitalización
- Apoyo al Diagnóstico

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas:

- **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando e el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- **Gestión del riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.





- **Higiene de manos:** Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud – IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el EESS.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Ronda de Seguridad del Paciente:** 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, 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 inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del EESS constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios en relación directa con su nivel de complejidad.
- **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

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

- El titular del Hospital de Pampas de Tayacaja designará formalmente a los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente y actualizará anualmente.
- El Equipo de Rondas de Seguridad del paciente estará conformado por:



- a. Titular del Hospital de Pampas de Tayacaja/representante, quien es el Líder del Equipo.
 - b. El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien será el Secretario Técnico.
 - c. El responsable de Epidemiología.
 - d. El responsable de la UPSS de Hospitalización y Consulta externa.
 - e. El responsable del Gremio de Enfermería
 - f. El responsable de la UPSS de Farmacia.
- Se incorporarán al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, el Jefe de la UPSS o del servicio, la Jefa de enfermeras del servicio visitado Jefatura de Obstetricia, en caso urgentes, enviar algún representante.

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

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

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

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

6.3.1 Organización de las Rondas de Seguridad del paciente

- a. El líder del Equipo de RSP convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad, según el Cronograma aprobado (Anexo 1).
- b. La UPSS a ser visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros de Equipo de Rondas de Seguridad del paciente.
- c. El Líder del Equipo de RSP convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.



- d. El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicarán a la UPSS a visitar.

6.3.2 Aplicación de Rondas de Seguridad del paciente

- a. Las RSP, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndose aplicar de forma quincenal, según se defina en el Cronograma anual.
- b. Las RSP se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- c. La duración de la RSP debe ser como máximo de dos horas.
- d. La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
- e. Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados. (Anexo 2).
- f. Al finalizar la RSP, el Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de RSP y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en señal de conformidad.
- g. El Secretario Técnico, elabora y suscribe el Informe de la RSP aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones inseguras identificadas. El Informe es dirigido al Titular del Hospital de Pampas de Tayacaja.
- h. Las responsabilidades de cada miembro del Equipo serán las siguientes:

COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
Nº	Integrantes	Cargo
1	LIC. ENF. JHONY SOTO ORELLANA	LIDER DE EQUIPO
2	OBSTA. RUTH CRISTEL QUISPEMAYTA VELO	SECRETARIA: CORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD
3	CPC. SINTHIA CELINA VILA MATOS	RESPONSABLE DE ADMINISTRACIÓN
4	LIC. ENFERMERIA KAREN STEFANNY ALANIA ROSALES	RESPONSABLE DE GESTION SANITARIA
5	LIC. ENF. JESSICA ARACELY HUACHUA RAMOS	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA
6	LIC. ENFERMERIA. EFRAIN TITO RAMOS LAPA	REPRESENTANTE DE ENFERMEROS
7	OBST. JACKIE MONICA ARGOMEDO ROLDAN	REPRESENTANTE DE OBSTETRAS
8	Q.F. KEVYN VARGAS VILA	JEFE DE FARMACIA
9	PSICOLOGO JUAN LUIS ARELLANO GOMEZ	JEFE DE PSICOLOGIA
10	ENF. ARIANA HUAROC TICA	RESPONSABLE DE SERVICIO DE SALUD
11	BACH. JORGE LUIS SUAREZ ORELLANA	RESPONSABLE DE SERVICIOS DE SALUD
12	A.S. YAQUELINE ELIZABETH ESPINOZA UNCHUPAIC	RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL

SEGÚN CRITERIOS DE EVALUACIÓN DS N°92-MINSA/2020/DGAIN:

BUENA PRACTICA	CARGO	RESPONSABLE
HISTORIA CLINICA	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	OBSTETRA RUTH CRISTEL QUISPEMAYTA VELO
SEGURIDAD EN LA UPSS	Responsable de Gestión Sanitaria	LIC. ENFERMERIA KAREN STEFANNY ALANIA ROSALES
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Responsable de Servicio Social	A.S. YAQUELINE ELIZABETH ESPINOZA UNCHUPAICO
PREVENCIÓN DE FUGA	Responsable del Servicio de Psicología	PSICOLOGO JUAN LUIS ARELLANO GOMEZ
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Jefe de Farmacia ítem 1,2 y 10 y ítem 3 al 9	Q.F. KEVYN VARGAS VILA
PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTE Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Representante del gremio de enfermeros	LIC ENFERMERIA. EFRAIN TITO RAMOS LAPA
SEGURIDAD SEXUAL	Responsable del Servicio de Psicología	PSICOLOGO JUAN LUIS ARELLANO GOMEZ
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Responsable del gremio de Obstetras	OBST. JACKIE MONICA ARGOMEDO ROLDAN
HIGIENE DE MANOS	Jefe de la Oficina de Epidemiología	LIC. ENF. JESSICA ARACELY HUACHUA RAMOS
BIOSEGURIDAD		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Responsable de Servicios de salud	ENF. ARIANA HUAROC TICA
	Jefatura de Servicios Generales	BACH. JORGE LUIS SUAREZ ORELLANA
	Jefatura de Administración	CPC. SINTHIA CELINA VILA MATOS



- 6.3.3 Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del paciente – Gestión del Riesgo
- El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de RSP realizan la valoración de los riesgos identificados en la RSP, completando la Matriz de Riesgos (Anexo 4).
 - El Secretario Técnico, junto a los miembros del Equipo de RSP realizan la Priorización de riesgos identificados en la RSP (Anexo 5).
 - El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de RSP convocan al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (Anexo 6).
 - El Secretario Técnico, informa al titular del Hospital de Pampas de Tayacaja, el Plan de Acción a ser implementado.
 - El Secretario Técnico, es el encargado de monitorear el Plan de Acción y velar por el cumplimiento de los compromisos (Anexo 7).
 - Cada problema identificado deberá servir como insumo en la ejecución de Proyectos de Mejora Continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.



- 6.3.4 Difusión e Implementación de las RSP en el Hospital de Pampas de Tayacaja:
- El titular del Hospital de Pampas de Tayacaja difundirá en medio físico y/o digital el presente Plan a todas las UPSS y áreas administrativas del Hospital de Pampas de Tayacaja.
 - Realizada la difusión, a la que se hace referencia en el numeral anterior, el Hospital de Pampas de Tayacaja debe elaborar las estrategias que favorezcan la implementación del Plan considerando jornadas de sensibilización permanentes.
 - El Secretario Técnico, debe desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando, como mínimo, temas de seguridad del paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz y gestión del riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información, entre otros.
 - Los profesionales responsables de los Departamentos/Servicios o UPSS deben programar y gestionar los requerimientos de los equipos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas en las RSP.
- 6.3.5 Supervisión y Evaluación del cumplimiento de RSP en el Hospital de Pampas de Tayacaja
- El proceso de supervisión se realiza mediante la herramienta preestablecida a cargo del Secretario Técnico, Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.
 - Se elaborará un Informe Trimestral de la ejecución de la Rondas de seguridad en cual se analizarán los resultados y los logros obtenidos en base a los indicadores formulados y remitirlos a la DIRESA Huancavelica.
 - La evaluación de la aplicación de las RSP, está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad a través de los siguientes indicadores:

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% Rondas de seguridad del paciente aplicadas en el HPT	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RSP aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de RSP programadas}} \times 100$	Cronograma de Rondas Hojas de Resultados de Evaluación de RSP aplicadas	Trimestral
% de cumplimiento de Buenas prácticas en el HPT	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores evaluados}} \times 100$	Listado de Criterios de Evaluación Hojas de resultados de Evaluación de RSP aplicadas	Trimestral
% de acciones de mejora implementadas en el HPT	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	Plan de Acción Informe de Implementación de acciones de mejora Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral

VII. RESPONSABILIDADES

El titular del Hospital de Pampas de Tayacaja, los Jefes/ responsables de las UPSS y responsables de la administración aplican el Plan de Rondas, considerando el ámbito de sus competencias.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1: CRONOGRAMA DE RONDAS
- Anexo 2: CRITERIOS DE EVALUACIÓN
- Anexo 3: HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN
- Anexo 4: MATRIZ DE RIESGOS
- Anexo 5: PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN
- Anexo 6: PLAN DE ACCION
- Anexo 7: FICHA DE MONITOREO





“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”



ANEXO 1

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA
 TITULAR / RESPONSABLE: LIC. ENF. JHONY SOTO ORELLANA

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/01/2025	11:30

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 2	19/02/2025	11:30

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 3	19/03/2025	11:30

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4	16/04/2025	11:30

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	14/05/2025	11:30

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 6	18/06/2025	11:30

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 7	16/07/2025	11:30

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 8	20/08/2025	11:30

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	17/09/2025	11:30

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 10	15/10/2025	11:30

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 11	19/11/2025	11:30

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 12	10/12/2025	11:30

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
 HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA

Mg. Jhony Soto Orellana
 DIRECTOR EJECUTIVO

TITULAR DE LA IPRESS

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
 GESTIÓN DE CALIDAD

[Signature]
 Prithi Cristel Quispe Mayta Velo
 OBSTETRA
 COF. 2566

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

UNIDAD REGIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
 HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA

[Signature]
 Jessica A. Huancayo Ramos
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.S. 161

JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
 HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA

[Signature]
 Hortencia Estrella Estrada
 LIC. ENFERMERIA
 C.E.S. 161

JEFE DEL GREMIO DE ENFERMERÍA



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"
ANEXO 2



CRITERIOS DE EVALUACIÓN EN RONDAS DE SEGURIDAD

ACTA RSP N°

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD:

UPSS:

FECHA:

HORA DE INICIO: 10:00

a.m.

HORA DE a.m.

TERMINO:

JEFE DE

SERVICIO: DR.

JEFA DE

ENFERMERIA:

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	
		SI	NO		
HISTORIA CLINICA MUESTRA: 3 HCI tomadas al azar	1 Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos				
	2 Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, 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				
	3 Registro de la enfermedad actual				
	4 Registro de los antecedentes del paciente				
	5 Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo				
	6 Registro completo de examen físico general y regional de corresponder.				
	7 Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)				
	8 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				
	9 Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.				
	10 Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad)				
	11 Registro y gráfico actualizado de las Funciones Vitales.				
	12 Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes				



	auxiliares y procedimientos del paciente.			
13	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.			
14	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.			
15	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.			
16	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.			
17	Registro completo del Consentimiento Informado (procedimientos, intervenciones quirúrgicas e investigación de ser el caso) de acuerdo a la normatividad vigente.			
18	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.			
19	La letra de la Historia Clínica es legible.			
20	Historia Clínica ordenada y limpia.			
Si: 2 / Observación: 1 / No: 0 PUNTOS: 40		TOTAL DE	0	% ALCANZA DO
			0	0



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	1	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes			
	2	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.			
	3	Personal conoce del sistema de registro y notificación de Incidentes y Eventos adversos. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional			
	4	Registro físico y/o virtual de los Incidentes y EA en la UPSS			
	5	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos			
	6	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial			
	7	Utilización del formato de Consentimiento Informado para actividades de docencia			
Si : 2 / Observación: 1 / No: 0		TOTAL DE PUNTOS: 14	0	% ALCANZADO	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	
			SI	NO		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	1	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos: Nombres y apellidos, N° de HCI.				
	2	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.				
	3	Datos proporcionados por el paciente son similares a los registrados en la Historia clínica.				
	4	Verificación de la Identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento. OBSERVACIÓN A 3 PACIENTES DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN ANTES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO.				
	5	Identificación del riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.				
	6	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. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.				
	7	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma en el Consentimiento respectivo. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.				
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0			TOTAL DE PUNTOS: 14	0	% ALCANZADO	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	1	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.			
	2	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.			
	3	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.			
	4	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. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas en riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	6	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.			
Si : 2 / Observación: 1 / No: 0			TOTAL DE PUNTOS: 12		0
					% ALCANZADO
					0



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACION	1	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
	2	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.		
	3	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad vigente.		
	4	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ellas.		
	5	Almacenamiento ordenados de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o presentación.		
	6	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.		
	7	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitarias. MUESTRA: 3 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR CON LA TERAPEUTICA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA.		
	8	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo electivo de control de vencimiento/caducidad. MUESTRA: 05 MEDICAMENTOS ELEGIDOS AL AZAR.		
	9	Existencia de un registro de medicamentos controlados. MUESTRA: 05 MEDICAMENTOS ELEGIDOS AL AZAR.		
	10	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos. MUESTRA: 2 PACIENTES		
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0		TOTAL DE PUNTOS: 20		0
				% ALCANZADO
				0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	1	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza. MUESTRA: 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	2	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos. MUESTRA: 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.			
	3	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	4	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.			
	5	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.			
	6	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.			
	7	Sistemas de registros específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.			
	8	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puede ser retiradas fácilmente.			
	9	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.			
	10	Si el paciente se encuentra el decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.			
	11	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.			
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0 22		TOTAL DE PUNTOS:	0	% ALCANZADO 0	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN	1	Evaluación inicial del riesgo de lesiones por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.			
	2	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.			
	3	Re evaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.			
	4	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.			
	5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidados de las úlceras por presión.			
	6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, cuidador y familia.			
	7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.			
	8	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.			
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0		TOTAL DE PUNTOS: 16	0	% ALCANZADO	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES		
		SI	NO			
SEGURIDAD SEXUAL	1	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.				
	2	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.				
	3	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.				
	4	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.				
	5	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.				
	6	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.				
Si : 2 / Observación: 1 / No: 0		TOTAL DE PUNTOS: 12		0	% ALCANZADO	0



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	
			SI	NO		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	1	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.				
	2	Los pacientes y las familias reciben la información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR RESPONSABLE.				
	3	La comunicación y a la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común. MUESTRA: 3 PACIENTES/FAMILIAR				
	4	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.				
	5	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre 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. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.				
	6	Se evidencian comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre personal encargado del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno(guardia) y la evolución de los pacientes. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.				
	7	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.				
	8	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente. MUESTRA 03 HISTORIAS CLINICAS TOMADAS AL AZAR.				
	9	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su situación se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.				
	10	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 el momento de la transferencia.				
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0 PUNTOS: 20			TOTAL DE	0	% ALCANZADO	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
HIGIENE DE MANOS	1	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.			
	2	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.			
	3	Disponibilidad del papel toalla para todos los lavamanos.			
	4	Cumplimiento de los 8 pasos para la desinfección de manos (pasos y tiempo). MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
	5	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo). MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
	6	Porcentaje de cumplimiento >80%, del requisito de realizar la higiene de manos durante su actividad asistencial de acuerdo a los cinco momentos de la higiene de manos. MUESTRA: 3 trabajadores de diferente grupo ocupacional.			
	7	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0 PUNTOS: 14		TOTAL DE	0	% ALCANZADO	0



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
BIOSEGURIDAD	1	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a la normas.			
	2	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.			
	3	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.			
	4	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.			
	5	El servicio ha implementado el uso de " Care Bundle" o paquetes de medidas para la prevención de las IAAS basada en evidencia médica.			
	6	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.			
	7	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.			
	8	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la unidad productora de servicios de salud.			
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0		TOTAL DE	0	% ALCANZADO	0
PUNTOS: 16					



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	1	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.			
	2	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.			
	3	Verificación del conocimiento del personal sobre los funcionamientos de los equipos biomédicos, según responsabilidad. MUESTRA: 2 PROFESIONALES			
	4	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos(inclusive los nuevos).			
	5	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos(inclusive los nuevos), mediante visualización de las respectivas tarjetas.			
Si : 2 / Observación: 1 /No: 0		TOTAL DE PUNTOS: 10	0	% ALCANZADO	0



ANEXO 3

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA	TRIMESTRE:	AÑO: 2025
UPSS:	FECHA DE RSP:	
RESPONSABLE DE LA IPRESS: MG JHONNY SOTO ORELLANA	RESPONSABLE DE LA UPSS:	
RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:	RESPONSABLE ENF. DE LA UPSS:	
JEFE DE LA OGC: OBSTETRA RUTH CRSITEL QUISPEMAYTA VELO	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA: LIC. ENF. JESSICA ARACELY HUACHUA RAMOS	

BUENA PRACTICA EVALUADA	% CUMPLIMIENTO
Historia clínica	
Seguridad en la UPSS	
Identificación correcta del paciente	
Prevención de fugas	
Seguridad en la medicación	
Seguridad sexual	
Prevención de caídas y contención física	
Prevención de UPP	
Comunicación efectiva	
Higiene de manos	
Bioseguridad	
Funcionamiento de equipos	
PROMEDIO	



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 frecuencia.
- 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 costos de recuperación/penalización/indemnización.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **CATASTROFICO (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, origina 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.

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.

- 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.

VALORACIÓN DEL RIESGO

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



MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA	TRIMESTRE: AÑO: 2025
UPSS:	FECHA DE RSP:
RESPONSABLE DE LA IPRESS:	RESPONSABLE DE LA UPSS:
RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:	RESPONSABLE ENF. DE LA UPSS: LIC.
JEFE DE LA OGC:	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA:

PROBABILIDAD

GRAVEDAD/IMPACTO

VALORACIÓN DEL RIES

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

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

BUENAS PRACTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD/IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA			NO			
SEGURIDAD EN LA UPSS			NO			
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE			NO			
PREVENCIÓN DE FUGA			NO			
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN			NO			
SEGURIDAD SEXUAL			NO			
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENSIÓN			NO			
PREVENCIÓN DE UPP			NO			
COMUNICACIÓN EFECTIVA			NO			
HIGIENE DE MANOS			NO			
BIOSEGURIDAD			NO			
FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS			NO			



**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 Valoración del Riesgo 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.



PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIONES

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA		TRIMESTRE:	ANO: 2025
UPSS:	FECHA DE RSP:		
RESPONSABLE DE LA IPRESS:	RESPONSABLE DE LA UPSS:		
RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:	RESPONSABLE ENF. DE LA UPSS: LIC.		
JEFE DE LA OGC:	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA:		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRACTICAS	%	VERIFICADOR	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA					
SEGURIDAD EN LA UPSS					
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE					
PREVENCIÓN DE FUGA					
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN					
SEGURIDAD SEXUAL					
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENSIÓN					
PREVENCIÓN DE UPP					
COMUNICACIÓN EFECTIVA					
HIGIENE DE MANOS					
BIOSEGURIDAD					
FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS					



PLAN DE ACCION

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA	TRIMESTRE:	AÑO: 2025
UPSS:	FECHA RSP:	
RESPONSABLE DE LA IPRESS:	RESPONSABLE DE LA UPSS:	
RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:	RESPONSABLE ENF. DE LA UPSS: LIC.	
JEFE DE LA OGC:	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA:	

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
	HISTORIA CLINICA				
	SEGURIDAD EN LA UPSS				
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE				
	PREVENCIÓN DE FUGA				
	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN				
	SEGURIDAD SEXUAL				
	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENSIÓN				
	PREVENCIÓN DE UPP				
	COMUNICACIÓN EFECTIVA				
	HIGIENE DE MANOS				
	BIOSEGURIDAD				
	FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS				



FICHA DE MONITOREO

IPRESS: HOSPITAL DE PAMPAS		TRIMESTRE	AÑO: 2025
UPSS:		:	
RESPONSABLE DE LA IPRESS:		FECHA RSP:	
RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:		RESPONSABLE DE LA UPSS:	
JEFE DE LA OGC:		RESPONSABLE ENF. DE LA UPSS: LIC.	
		RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA: DR. FERNANDO ATENCIA MATUTE	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN:

%	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADO R INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSAB LE	PLAZO	MONITORE O	IMPLEMENTAC IÓN
	HISTORIA CLINICA						
	SEGURIDAD EN LA UPSS						
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE						
	PREVENCIÓN DE FUGA						
	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN						
	SEGURIDAD SEXUAL						
	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENSIÓN						
	PREVENCIÓN DE UPP						
	COMUNICACIÓN EFECTIVA						
	HIGIENE DE MANOS						
	BIOSEGURIDAD						
	FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS						



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”



ANEXO 7

Cronograma de actividades del plan de trabajo del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

ACTIVIDAD				META	CRONOGRAMA											
TAREAS	RESPONSABLE	RESULTADO	FRECUENCIA		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ACTIVIDAD 07: Fortalecer y monitorizar el desarrollo de las actividades enmarcadas en el Proceso Seguridad del Paciente 2024.																
Conformar el comité de Seguridad del Paciente.	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	Aprobado bajo Resolución Directoral	Único	1	x											
Monitoreo de la aprobación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente - CRONOGRAMA DE RONDAS	COORDINADORES DEL COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD	Plan aprobado bajo Resolución Directoral	Único	1	x											
Monitoreo, Seguimiento y evaluación del desarrollo del PLAN de Rondas de Seguridad del Paciente.	COORDINADORES DEL COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD	Informe	trimestral	4			X		X			X				X
Emitir informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de ronda de seguridad del paciente mensualmente, trimestral y anualmente.	COORDINADORES DEL COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD	Informe	trimestral	4			X		X			X				X
Elaboración de acciones de mejora para la sostenibilidad de las Rondas de seguridad del paciente.	COORDINADORES DEL COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD	Informe adjuntar recomendaciones de mejora y respuesta	trimestral	4			X		X			X				X