

## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 21 de abril de 2023.

**VISTOS:** El Informe N° 480-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 20 de abril de 2023 por la Jefatura de Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 098-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido el 20 de abril de 2023 por la Responsable del Área de Planeamiento, el Informe N° 159-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 20 de marzo de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 008-2023-DIRESA-HRM/UGC/ABON emitido el 22 de febrero de 2023 por la Profesional de Salud de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 263-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 02 de marzo de 2023 por la Jefatura de Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 052-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido el 02 de marzo de 2023 por la Responsable del Área de Planeamiento, el Informe N° 119-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 24 de febrero de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; asimismo, el artículo 105° de la referida Ley, establece que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivadas de elementos, factores y agentes ambientales;

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, también establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante el Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprobó 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", se establece que la 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, asimismo, señala en el punto 8.2 de sus disposiciones finales que, las acciones de mejora del Plan de Acción post Ronda de Seguridad del Paciente deben ser incluidas en los respectivos Planes Operativos de las IPRESS, así como, en la programación de actividades de las UPSS relacionados;

Que, con Informe N° 119-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 24 de febrero de 2023 e Informe N° 159-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 20 de marzo de 2023 la Unidad de Gestión de Calidad, remite y otorga el visto bueno al "**Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Moquegua – 2023**";

Que, mediante Informe N° 098-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN de fecha 20 de abril de 2023, la responsable del Área de Planeamiento, evalúa la propuesta y señala que la misma fue elaborada con los contenidos mínimos que establece la Resolución Ejecutiva Directoral N° 174-2016-DRSM-UEHRM/DE, que aprueba el esquema para elaborar planes de las Unidades Orgánicas, asimismo indica que el "**Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Moquegua – 2023**" deberá ser monitoreado y evaluado por la Jefatura de la Unidad Estructural que propone el Plan;

Que, a través de Informe N° 480-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha 20 de abril de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico otorga el visto bueno al referido Plan;

Contando con el proveído favorable de la Dirección ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y con los vistos buenos de la Oficina de Planeamiento Estratégico y la Unidad de Gestión de la Calidad.





## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 21 de abril de 2023.

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el “PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA – 2023”, el cual consta de treinta y ocho (38) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión, monitoreo y evaluación del plan aprobado con la presente resolución.

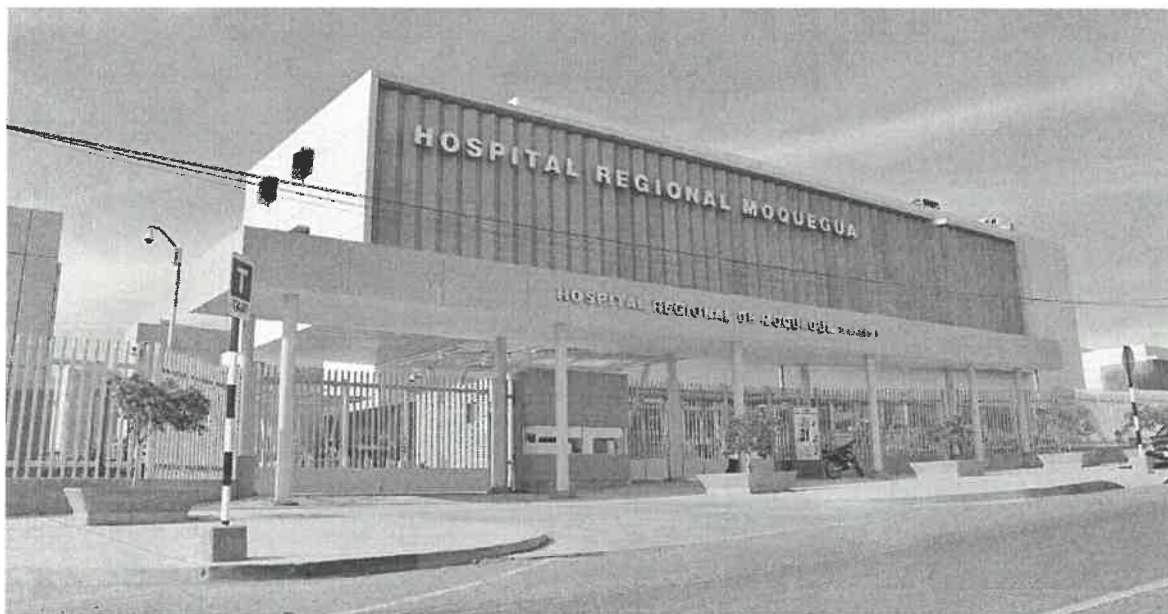
**Artículo 3°.- REMÍTASE** copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua ([www.hospitalmoquegua.gob.pe](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

IEIMP/DIRECCIÓN  
JLRV/AL  
(01) O. ADMINISTRACION  
(01) O. PLANEAMIENTO  
(01) U. CALIDAD  
(01) ESTADÍSTICA  
(01) ARCHIVO

# **PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

## **HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA**



**M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO**  
**DIRECTOR EJECUTIVO**  
**HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA**

**M.C. GRACE DIANA REYNOSO HUERTAS**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**ELABORADO POR:**  
**ORDOÑO NINA, ANA BIANCA**

**2023**

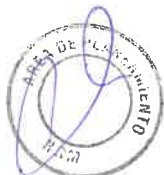


**Ana Blanca Ordoño Nina**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**COP. 40319**



## INDICE

|       |                                |    |
|-------|--------------------------------|----|
| I.    | INTRODUCCIÓN                   | 03 |
| II.   | BASE LEGAL                     | 04 |
| III.  | FINALIDAD                      | 05 |
| IV.   | OBJETIVO                       | 05 |
| V.    | AMBITO DE APLICACIÓN           | 05 |
| VI.   | RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN | 05 |
| VII.  | DEFINICIONES OPERATIVAS        | 06 |
| VIII. | CARACTERIZACIÓN DEL PLAN       | 08 |
| IX.   | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES      | 15 |
| X.    | COSTO DEL PLAN                 | 25 |
| XI.   | BIBLIOGRAFÍA                   | 26 |
| XII.  | ANEXOS                         | 27 |



.....  
Ana Biquica Ordoño Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319



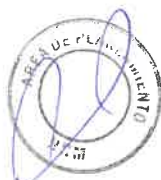


## I. INTRODUCCIÓN

Con el Informe del American Institute of Medicine (1999) "To err is human", se pone en escena el tema de Seguridad del paciente revolucionando el ejercicio de la medicina y toda intervención que involucre una atención en salud, es por ello que se establecen un conjunto de estrategias de Gestión de la calidad que permitan garantizar una atención más segura. Estas estrategias consisten en la identificación de riesgos y fallas en la atención y en la implantación de medidas de prevención, control de incidentes y mitigación de daños (eventos adversos).

Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, son clave para promover una cultura de seguridad en la atención que fomente las buenas prácticas.

Los eventos adversos relacionados a la atención sanitaria representan una causa elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios, debido a la creciente complejidad y tecnificación en el tratamiento de los pacientes y a la interacción de factores administrativos y organizativos con factores propios de la formación de los profesionales y factores propios del paciente. Los daños que se pueden ocasionar en el ámbito sanitario y el costo que éstos suponen a los sistemas de salud han concitado el interés de múltiples organizaciones internacionales y en todos los países, las instituciones sanitarias vigilan la seguridad en la atención de la salud.



Según la Organización Mundial de la Salud, en los países donde la atención en salud es altamente tecnificada, uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud sufre algún daño como consecuencia de la misma. Por ejemplo, se estima que, entre el 7 y 10% de pacientes hospitalizados contrae infecciones relacionadas con la atención de la salud, sin embargo, más del 50% de estas infecciones son prevenibles mediante la adopción de medidas sencillas y de bajo costo, como el lavado de manos.



Los costos por estancia prolongada en los hospitales, la discapacidad generada en los pacientes, los litigios, multas e indemnizaciones generados, la pérdida de la productividad y el impacto en las propias organizaciones de salud, hace imperativo abordar la seguridad del paciente como un tema prioritario.

Por ello, además de la implementación de estrategias de prevención y control se requiere promover investigaciones para mejorar la seguridad y prevenir la aparición de los daños relacionados con la atención de la salud.



La Dirección General del Hospital Regional Moquegua y la Oficina de Gestión de la Calidad, como órganos responsables de esta iniciativa, presentan el Plan Anual de Seguridad del Paciente, que aporta estrategias sencillas y herramientas prácticas que han demostrado ser eficaces en reducir y controlar riesgos y daños, las cuales deberán ser implementadas en los servicios asistenciales, para garantizar la seguridad de los procesos de atención y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la misma.

## II. BASE LEGAL

- Ley 26642 — Ley General de Salud.
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N°143-2006/MINSA — Se conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en salud"
- Resolución Ministerial N°676-2006 "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N°050MINSA/DGSP V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°308-2010 MINSA que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°1021-2010 MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 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".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA. que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139.MINSA/2018. DGAIN. "Norma técnica para la Gestión de la Historia Clínica".
- 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".



### III. FINALIDAD

Garantizar una atención segura para los pacientes del Hospital Regional Moquegua (HRM), mediante la adherencia a buenas prácticas de atención en salud, que contribuyan a mitigar los riesgos de presentación de incidentes y eventos adversos.

### IV. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, mediante la implementación de buenas prácticas para la atención en salud, disminuyendo el riesgo y previniendo la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Promover una cultura de seguridad del paciente orientado hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.
2. Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y en la gestión del riesgo.
3. Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos Adversos y Análisis de los Eventos Centinela.
4. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error a través de las Rondas de Seguridad, identificación de verificadores Inseguros.
5. Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital Regional Moquegua.

### V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Seguridad del Paciente es aplicable en todas las Unidades de Prestación de Servicios en Salud (UPSS) del Hospital Regional Moquegua.

### VI. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES    | CARGO                   | CORREO ELECTRÓNICO     |
|----|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 01 | Ordoño Nina Ana Bianca | Profesional de la Salud | bianca_044@hotmail.com |

Revisado por: Reynoso Huertas Grace Diana (Medico Auditor)

## VII. DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Acción Insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
2. **Acción segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
3. **Acción de Mejora:** Son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos de seguridad del paciente.
4. **Barreras de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.
5. **Complicación:** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o el curso natural de su enfermedad.
6. **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.
7. **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).
8. **Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. Clasificación:
  - **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional momentánea o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo, en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
  - **Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.
  - **Grave:** El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o pérdida



funcional importante y permanente o de larga duración.

9. **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
10. **Falla Activa:** Es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el operador.
11. **Falla Latente:** Es aquella falla que se produce en el sistema y que no involucra al operador.
12. **Gestión de Riesgos:** Actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados.
13. **Higiene de Manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
14. **Incidente:** 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 (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
15. **Infección Asociada a la Atención de Salud:** Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.
16. **Lesión por Presión:** Necrosis isquémica y ulceración de tejidos que cubren una prominencia ósea que ha sido sometida a presión prolongada a consecuencia de una estancia en cama prolongada por la patología que motivo el ingreso (siempre y cuando no estuviera presente en el momento del ingreso).
17. **Práctica Segura:** intervención sanitaria o administrativa en el proceso de atención de salud con resultados clínicos exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
18. **Prevención del Riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.



.....  
Ana Blanca Ordoño Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319



3/  
14

19. **Protocolo de Londres:** Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quien tuvo culpa.
20. **Reacción Adversa a Medicamentos:** Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
21. **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
22. **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 de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
23. **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
24. **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.

## VIII. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

**ANTECEDENTES:** Es importante reconocer las necesidades que el Hospital Regional Moquegua presenta para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente en el presente año, para lo cual primero se deben identificar las acciones realizadas hasta el momento y así poder determinar la brecha faltante para alcanzar los objetivos planteados, es así durante el año 2022 se han realizado las siguientes actividades:

- a. Actualización de la conformación del equipo conductor con Resolución Ejecutiva Directoral 161-2020- GERESA-HRMN/DE.
- b. Se conformó el Comité de Seguridad del Paciente de la Calidad en Salud con RD N°013-2023-DIRESA-HRM/DE.
- c. Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad con RD N°015-2023-DIRESA-

HRM/DE.

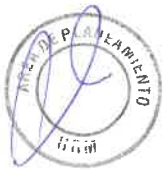
- d. El Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Moquegua; que fue aprobado según RD N°014-2023-DIRESA- HRM/DE.
- e. Se realizó capacitación sobre Seguridad del Paciente: Notificación de Eventos Adversos con mención sobre los Análisis de Eventos Centinela utilizando el Protocolo de Londres, así como las Rondas de Seguridad, realizado en 4 fechas en el mes de abril del 2022 con una participación de aproximadamente 15 personas, siendo dirigido principalmente para los gestores de riesgo, miembros de los comités de auditoría, y personal de reciente incorporación a la labor asistencial en el hospital.
- f. Se realizó Rondas de Seguridad en los servicios de hospitalización pediátrica, unidad de cuidados críticos, hospitalización medicina, medicina física y rehabilitación, farmacia, anatomía patológica hospitalización cirugía, servicio de central de esterilización, hospitalización de ginecología y obstetricia, servicio de emergencia, servicio de nutrición y dietética y servicio de patología clínica permitiendo identificar oportunidades de mejora en la atención de salud de los pacientes, a partir de estas se propusieron acciones de mejora en coordinación con las jefaturas involucradas, informando a la dirección de las observaciones, así como del Implemento del Plan de Acción de Mejoras Post rondas.

Respecto al área designada para la atención diferenciada para pacientes con diagnóstico de la COVID 19, se sigue manteniendo el Triage diferenciado, y su hospitalización se viene realizando en las zonas asignadas por cada Departamento.

El Hospital Regional de Moquegua cuenta con personal de contingencia para la atención de dichos pacientes, realizándose mínimamente dos (02) rondas de seguridad respectivamente, verificando que la atención sea segura tanto para los pacientes como para el personal que labora en estas áreas.

**Tabla N.º 01 Relación de los Departamentos y Servicios del HRM en los que se realizó Rondas de Seguridad durante el año 2022**

| N.º | DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO             | RESULTADO | FECHA DE REALIZACIÓN |
|-----|---------------------------------------|-----------|----------------------|
| 1   | Servicio de Central de Esterilización | 66%       | I Semestre           |
| 2   | Departamento de Ginecobstetricia      | 83%       | I Semestre           |
| 3   | Servicio de Emergencia                | 72%       | I Semestre           |
| 4   | Servicio de Nutrición y Dietética     | 82%       | I Semestre           |
| 5   | Servicio de Patología Clínica         | 98%       | I Semestre           |



Ana Blanca Ordóñez Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COR. 40319



|    |                                              |     |             |
|----|----------------------------------------------|-----|-------------|
| 6  | Departamento de Pediatría                    | 67% | I Semestre  |
| 7  | Servicio de Farmacia                         | 90% | II Semestre |
| 8  | Servicio de Medicina Física y Rehabilitación | 78% | II Semestre |
| 9  | Departamento de Cirugía                      | 79% | II Semestre |
| 10 | Servicio de Anatomía Patológica              | 98% | II Semestre |
| 11 | Departamento de Medicina                     | 79% | II Semestre |

Fuente Oficina de Gestión de la Calidad

- g. Se ha monitoreado la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, de esta forma se consolidó la información de la aplicación de esta lista por parte del personal asistencial, con resultados mensuales de aplicación en más del 93% de las cirugías realizadas en el hospital.

Cabe mencionar que durante el cuarto trimestre se evidencio el ingreso de nuevo personal, quedando aún pendiente la capacitación para mejorar los indicadores y conseguir un 100% de su cumplimiento.

- h. Durante el 2022 un 75% de los servicios asistenciales realizaron un reporte activo de incidentes y eventos adversos, tomando acciones de mejoras.

- i. Se proyecta la elaboración y revisión de directivas, para la implementación de oportunidades de mejora a raíz de la realización de las Rondas de Seguridad durante el 2022, siendo las principales:

- La Directivas de Identificación y Prevención del Riesgo de Suicidio en Usuarios del Hospital Regional Moquegua,
- La Directiva de Prevención de Caídas del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Identificación del Paciente de Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Prevención de Fuga de Pacientes del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Prevención de Caída de pacientes y Contención mecánica del Hospital regional Moquegua
- Protocolo de Recepción del Paciente en el Hospital Regional Moquegua
- La Directiva que aprueba el Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes, del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva para la Adherencia de Higiene de Manos en el personal Asistencial del Hospital Regional Moquegua

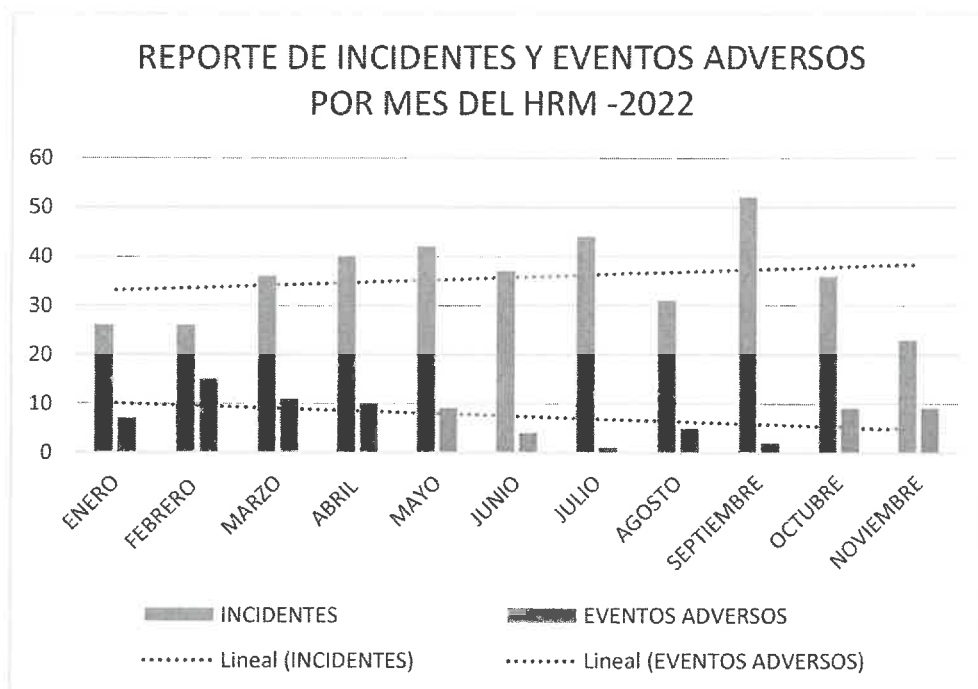


Ana Blandina Urdinola Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319





**Gráfico N° 1: Reporte de incidentes y eventos Adversos - enero a diciembre 2022**



Fuente Oficina de Gestión de la Calidad

## PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

Se han identificado las siguientes necesidades:

- Establecer una cultura de Seguridad del paciente con el fin de que se establezca un sistema formador, no punitivo que permita el reporte de incidentes y eventos adversos, así como la toma de acciones preventivas para consolidar una atención segura.
- Implementación y seguimiento de buenas prácticas de atención y gestión de riesgo que permita afianzar la seguridad del paciente en el Hospital Regional Moquegua.
- Dinamizar el sistema de Reporte de incidentes y eventos adversos, realizando el análisis y tomando acciones de mejora, con un involucramiento total del personal de salud, desde lo asistencial hasta lo administrativo.
- Cumplimiento del cronograma de rondas de Seguridad y seguimiento de las acciones de mejora como estrategia institucional y prioridad de la alta dirección.
- Estandarización de procesos asistenciales que favorezcan la seguridad del paciente en la atención dentro del hospital regional Moquegua.

## DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se describen las actividades y tareas, con relación a los objetivos específicos propuestos:

**A. OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.

- 1) Elaboración y aprobación con Resolución Ejecutiva directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2023.
- 2) Reconocimiento de los comités adscritos del Seguridad del Paciente de los diferentes servicios del Hospital Regional Moquegua a través de acto resolutivo para complementar el Comité de Seguridad del Paciente reconocido con RD N°013-2023-DIRESA-HRM/DE.
- 3) Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de la las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.
  - a) *Rondas de Seguridad del Paciente.*
  - b) *Notificación de Eventos Adversos y análisis de Evento Centinela.*
  - c) *Cirugía Segura.*
  - d) *Higiene de Manos*
  - e) *Infecciones Asociadas a la atención en Salud.*
- 4) Aplicación de Encuesta sobre Cultura de Seguridad de Paciente a usuarios internos.
- 5) Análisis y retroalimentación de los resultados obtenidos de la encuesta sobre cultura de Seguridad.
- 6) Implementar indicadores para la monitorización de la Seguridad del paciente.

**B. OBJETIVO ESPECIFICO 2:** Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y en la gestión del riesgo.

1. Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.
  - a) Aplicación de encuesta para evaluar la Implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía.
  - b) Evaluación de la aplicación correcta de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
  - c) Monitoreo de Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.
2. Verificación del cumplimiento de la Directiva sobre Higiene de manos.
  - a) Informe de Monitoreo de Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos en coordinación con la unidad de Epidemiología.

3. Aplicación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS)

- a) Evaluar los procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de las IAAS/IIH vigentes.

**C. OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos y Análisis de los Eventos Centinela.

1. Fortalecer el procedimiento de identificación, registro, reporte y análisis de eventos adversos de los servicios asistenciales del Hospital Regional Moquegua.
2. Elaborar y mantener actualizado el registro de incidentes y eventos adversos analizados, incluidas las acciones de mejora, definidas mediante la metodología del Protocolo de Londres.
3. Implementar un sistema de información, difusión e intercambio de experiencias, para mejorar la seguridad del paciente.
4. Implementar mecanismos para la reducción de incidentes y eventos adversos.
5. Entrenar a Jefaturas de Departamentos y servicios con equipos en análisis de eventos centinelas.
6. Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos.
  - a) Consolidado de la información remitida por parte de los Servicios, con respecto a la Notificación de Eventos Adversos.
  - b) Divulgación trimestral de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de Eventos Adversos.
  - c) Consolidado de los informes de Análisis de Evento Centinela, mediante el Protocolo de Londres.

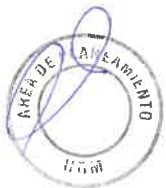
**D. OBJETIVO ESPECÍFICO 4:** Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error a través de las Rondas de Seguridad, identificación de verificadores Inseguros.

1. Actualización de la Resolución de conformación del "Equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Regional Moquegua", según Resolución ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Rondas de seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud"
2. Gestionar la aprobación mediante acto resolutivo del Cronograma de rondas de Seguridad del Pacientes y su cumplimiento por el Equipo de rondas de seguridad del paciente del Hospital Regional Moquegua.
3. Consolidado semestral de las rondas de Seguridad de las pacientes ejecutadas.
4. Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post rondas de seguridad del paciente ejecutadas.

5. Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del paciente ejecutadas y cumplimiento de las acciones de mejora.

**E. OBJETIVO ESPECÍFICO 5:** Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital Regional Moquegua.

1. Fomentar la implementación de protocolos de atención a favor de la seguridad del Paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.
2. Promover la implementación de Directivas de resguardo de la seguridad del paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación. Priorizando:
  - La Directivas de Identificación y Prevención del Riesgo de Suicidio en Usuarios del Hospital Regional Moquegua,
  - La Directiva de Prevención de Caídas del Hospital Regional Moquegua
  - La Directiva de Identificación del Paciente de Hospital Regional Moquegua
  - La Directiva de Prevención de Fuga de Pacientes del Hospital Regional Moquegua
  - La Directiva de Prevención de Caída de pacientes y Contención mecánica del Hospital regional Moquegua
  - Protocolo de Recepción del Paciente en el Hospital Regional Moquegua
  - La Directiva que aprueba el Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes, del Hospital Regional Moquegua
  - La Directiva para la Adherencia de Higiene de Manos en el personal Asistencial del Hospital Regional Moquegua
3. Impulsar la implementación de Guías de práctica Clínica de las diez principales morbilidades en cada servicio asistencial del Hospital regional Moquegua desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.



.....  
Ana Blanca Ordoñez Ntina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319





## IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA)                                                                                                                                                                             |                                                |                               |               |                          |                                |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   |                                                                                                    |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------------|---|---|----------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                    | TAREA/<br>ESPECIFICA/<br>TEMA                  | UNIDAD DE<br>MEDIDA           | META<br>ANUAL | INDICADOR                | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2022 |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   |                                                                                                    | RESPONSABLE |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                               |               |                          | PRIMER<br>TRIMESTRE            |   |   | SEGUNDO<br>TRIMESTRE |   |   | TERCER<br>TRIMESTRE |   |   | CUARTO<br>TRIMESTRE |   |                                                                                                    |             |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                               |               |                          | E                              | F | M | A                    | M | J | J                   | A | S | O                   | N | D                                                                                                  |             |
| OBJETIVO GENERAL: Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, mediante la implementación de buenas prácticas para la atención en salud, disminuyendo el riesgo y previniendo la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. |                                                |                               |               |                          |                                |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   |                                                                                                    |             |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.                                                                               |                                                |                               |               |                          |                                |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   |                                                                                                    |             |
| Act.1. Elaboración y aprobación con Resolución Ejecutiva directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2023.                                                                                                                    | Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente | Plan elaborado                | 1             | Resolución<br>directoral | X                              |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   | Unidad de<br>Gestión de la<br>Calidad                                                              |             |
|                                                                                                                                                                                                                                | Aprobación de Plan de seguridad del Paciente   | Plan aprobado                 | 1             |                          |                                |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   | Asesoría Legal                                                                                     |             |
| Act.2. Reconocimiento de los comités adscritos del Seguridad del Paciente de los diferentes servicios del Hospital Regional Moquegua a través de acto resolutorio para complementar el Comité de                               | Reconocimiento de comités adscritos            | Comités Adscritos conformados | 14            | Resolución<br>directoral |                                |   |   |                      |   |   |                     |   |   |                     |   | Jefatura de los<br>Servicios del<br>HRM<br>Unidad de<br>Gestión de la<br>Calidad<br>Asesoría Legal |             |

[illegible]

[illegible]

**OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y en la gestión del riesgo.**

[illegible]

[illegible]

| adversos de los servicios asistenciales del Hospital Regional Moquegua.                                                                                                                           | eventos adversos                                                      | Reportes               | 12 | asistencial capacitado        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|----|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------|
| Act.11.<br>Elaborar y mantener actualizado el registro de incidentes y eventos adversos analizados, incluidas las acciones de mejora, definidas mediante la metodología del Protocolo de Londres. | Actualización constante del registro de incidentes y eventos adversos | Reportes               | 12 | 90% de servicios reportan     | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | Unidad de Gestión de la Calidad Responsable de servicio.             |
| Act.12.<br>Implementar un sistema de información, difusión e intercambio de experiencias, para mejorar la seguridad del paciente.                                                                 | Implementar sistema                                                   | Informe                | 1  | Sistema implementado          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Unidad de Gestión de la Calidad Unidad de estadística e informática. |
| Act.13.<br>Implementar mecanismos para la reducción de incidentes y eventos adversos.                                                                                                             | Implementación de mecanismos                                          | Informe de seguimiento | 2  | 90% de acciones implementadas |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Unidad de Gestión de la Calidad- responsables de servicios.          |
| Act.14.<br>Entrenar a Jefaturas de Departamentos y servicios con equipos en análisis                                                                                                              | Entrenamiento de eventos centinelas                                   | informe                | 1  | 80% de jefaturas entrenadas   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Unidad de Gestión de la Calidad                                      |



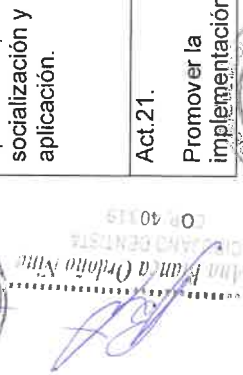
[illegible]

| conformación del<br>"Equipo de rondas<br>de Seguridad del<br>paciente del Hospital<br>Regional<br>Moquegua", según<br>Resolución<br>ministerial N°163-<br>2020/MINSA, que<br>aprueba la directiva<br>sanitaria N° 092-<br>MINSA/2020/DGAIN:<br>"Rondas de<br>seguridad del<br>Paciente para la<br>Gestión del Riesgo<br>en la atención de<br>Salud" | Seguridad del<br>paciente.               |                                                 |   |                                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Asesoría Legal                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|
| Act. 17.<br>Gestionar la<br>aprobación mediante<br>acto resolutivo del<br>Cronograma de<br>rondas de Seguridad<br>del Pacientes y su<br>cumplimiento por el<br>Equipo de rondas de<br>seguridad del<br>paciente del hospital<br>Regional Moquegua.                                                                                                  | Aprobación con<br>Actor resolutivo       | Resolución/Plan<br>de seguridad<br>del Paciente | 1 | Resolución<br>publicada          | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Unidad de<br>Gestión de la<br>Calidad<br>Asesoría Legal |
| Act. 18.<br>Consolidado<br>semestral de las<br>rondas de Seguridad<br>de las pacientes<br>ejecutadas.                                                                                                                                                                                                                                               | Consolidado de<br>rondas de<br>seguridad | Informe                                         | 2 | 100% de<br>rondas<br>programadas |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Unidad de<br>Gestión de la<br>Calidad                   |

|                |                                                                                                                                      |                                          |                |          |                                                                 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                        |          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|----------|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------------------------------------|----------|
| <b>Act.19.</b> | <b>Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post rondas de seguridad del paciente ejecutadas.</b>                     | <b>Seguimiento de acciones de mejora</b> | <b>Informe</b> | <b>4</b> | <b>90% de acciones implementadas</b>                            |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | <b>Unidad de Gestión de la Calidad</b> | <b>X</b> |
| <b>Act.19.</b> | <b>Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del paciente ejecutadas y cumplimiento de las acciones de mejora</b> | <b>Reporte de rondas de Seguridad</b>    | <b>Reporte</b> | <b>2</b> | <b>100% de rondas programadas 90% de acciones implementadas</b> |  |  |  |  |   |  |  |  |  | X |  |  |  |  | <b>Unidad de Gestión de la Calidad</b> | <b>X</b> |

**OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital Regional Moquegua.**

|         |                                                                                                                                                                    |                              |            |   |                                               |  |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|---|-----------------------------------------------|--|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Act.20. | Fomentar la implementación de protocolos de atención a favor de la seguridad del Paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación. | Implementación de protocolos | Protocolos | 5 | Resolución ejecutiva directoral de aprobación |  |  |   |  | X | X | X | X | X | X | X | X | Unidad de Gestión de la Calidad- Comité de Seguridad del Paciente- Jefaturas de Departamento |
| Act.21. | Promover la implementación de                                                                                                                                      | Implementación de directivas | Directivas | 8 | Resolución ejecutiva                          |  |  | X |  |   |   |   |   |   |   |   |   | Unidad de Gestión de la Calidad- Comité                                                      |



[illegible]

## X. COSTO DEL PLAN

El presente plan será autofinanciado con Recursos de Funcionamiento del Hospital Regional Moquegua Detallado a continuación

Tipo de personal: Personal CAS de la UGC

- |                               |    |
|-------------------------------|----|
| • Médico auditor              | 01 |
| • Médico prestacional         | 02 |
| • Personal de Salud No medico | 05 |

Tipo de Bien

- |                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| • Papel Bond A4 80 gr.             | 20 millares |
| • Tóner 410 A negro.               | 08          |
| • Clips metálicos 33mm caja x 100. | 05 caja     |
| • Corrector tipo lapicero          | 09 und.     |
| • Lápiz B2                         | 02 caja     |
| • Carpeta para escritura A-4       | 09 und.     |
| • Perforador                       | 09 und.     |
| • Engrampado metálico              | 09und.      |
| • Archivadores                     | 10 und.     |

Tipo de Servicio

- Internet
- Fotocopias

Tipo de Equipo

- |                        |    |
|------------------------|----|
| • Laptop               | 01 |
| • Proyector            | 01 |
| • Computadora personal | 01 |





## XI. BIBLIOGRAFIA

- 1 Datos sobre Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud (OMS).  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/).
- 2 Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS)- Reino Unido- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS. Ministerio de sanidad y Consumo de España.
- 3 Astolfo Franco. La seguridad clínica de los pacientes: Entendiendo el problema. Colombia Médica, vol. 36, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 130-133, Universidad del Valle. Colombia.
- 4 Aranaz, Aibar. Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE.



Estudio de IBEAS prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. También puede ingresar directamente a: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.p](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.p)



- 6 Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo España) También puede ingresar directamente <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>



## XII. ANEXOS

### ANEXO 01: FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.CL:

EDAD:

TURNO: T ( ) M ( ) N ( )

SEXO:

FECHA:

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:

( ) **INCIDENTE:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

( ) **EVENTO ADVERSO:** Daños en el paciente relacionado con la atención de salud recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el evento adverso si afecta la salud del paciente.

**MARCAR TIPO DE EVENTO:**

( ) **LEVE:** Cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tramite menor.

( ) **MODERADO:** Ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero o es permanente.

( ) **GRAVE:** Evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica. El reporte de incidentes y/o evento adverso que usted va a realizar es una oportunidad para aprender y mejoras más, y no será utilizado para sancionar a los involucrados.

**CATEGORÍA DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO:**

**DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:**

**PERSONAL QUE NOTIFICA:**

MÉDICO

NO MÉDICO (Especificar) \_\_\_\_\_

PERSONAL EN FORMACIÓN (Especificar) \_\_\_\_\_

**ANEXO 02: FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

**FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTE Y EVENTOS ADVERSOS**

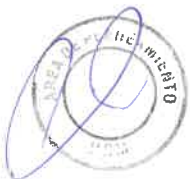
| CATEGORIA                                                       | PROBLEMA                                                               | INCIDENTE | EVENTO ADVERSO |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN CLÍNICA                      | No se realiza cuando está indicado                                     |           |                |
|                                                                 | Incompleto o inadecuado                                                |           |                |
|                                                                 | No disponible                                                          |           |                |
|                                                                 | Paciente erróneo                                                       |           |                |
|                                                                 | Proceso o servicio erróneo                                             |           |                |
| <b>SUB TOTAL</b>                                                |                                                                        |           |                |
| RELACIONADOS CON LOS PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES    | No se hizo cuando estaba indicado                                      |           |                |
|                                                                 | Incompleto o inadecuado                                                |           |                |
|                                                                 | No disponible                                                          |           |                |
|                                                                 | Paciente erróneo                                                       |           |                |
|                                                                 | Proceso/tratamiento/ procedimiento erróneo                             |           |                |
|                                                                 | Parte/ lado / lugar del cuerpo erróneo                                 |           |                |
| <b>SUB TOTAL</b>                                                |                                                                        |           |                |
| RELACIONADOS CON ERRORES EN LA DOCUMENTACIÓN                    | Documentos ausentes o no disponibles                                   |           |                |
|                                                                 | Demora en el acceso a los documento                                    |           |                |
|                                                                 | Documentos para un pacientes erróneo o documento erróneo               |           |                |
|                                                                 | Información en el documento poco clara / ambigua/ ilegible/ incompleta |           |                |
| <b>SUB TOTAL</b>                                                |                                                                        |           |                |
| RELACIONADOS CON UNA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA | Torrente sanguíneo                                                     |           |                |
|                                                                 | sitio quirúrgico                                                       |           |                |
|                                                                 | absceso                                                                |           |                |
|                                                                 | Neumonía                                                               |           |                |
|                                                                 | Cánulas Intravasculares                                                |           |                |
|                                                                 | Sonda/ drenaje urinario                                                |           |                |
|                                                                 | Tejidos blandos                                                        |           |                |
| <b>SUB TOTAL</b>                                                |                                                                        |           |                |
| RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN DE SU ADMINISTRACIÓN             | Paciente erróneo                                                       |           |                |
|                                                                 | Medicamento erróneo                                                    |           |                |
|                                                                 | Dosis o frecuencia incorrecta                                          |           |                |
|                                                                 | Prescripción o presentación errónea                                    |           |                |
|                                                                 | Vía errónea                                                            |           |                |
|                                                                 | Cantidad errónea                                                       |           |                |
|                                                                 | Información/ instrucciones de dispensación erróneas                    |           |                |
|                                                                 | Contraindicaciones                                                     |           |                |
|                                                                 | Omisión de medicamentos o de dosis                                     |           |                |
|                                                                 | Medicamento caducado                                                   |           |                |
|                                                                 | Reacción adversa al medicamento                                        |           |                |

| SUB TOTAL                                                                     |                                                    |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--|--|
| RELACIONADOS<br>CON LA SANGRE O<br>SUS DERIVADOS                              | Paciente erróneo                                   |  |  |
|                                                                               | Sangre/Producto sanguíneo erróneo                  |  |  |
|                                                                               | Dosis o frecuencia errónea                         |  |  |
|                                                                               | Cantidad incorrecta                                |  |  |
|                                                                               | información /instrucciones de dispensación errónea |  |  |
|                                                                               | Contraindicación                                   |  |  |
|                                                                               | Condiciones de conservación inadecuada             |  |  |
|                                                                               | Omisión de medicamentos o de dosis                 |  |  |
|                                                                               | Sangre/ derivado sanguíneo caducado Efecto adverso |  |  |
| SUB TOTAL                                                                     |                                                    |  |  |
| RELACIONADOS<br>CON LA NUTRICIÓN                                              | Paciente erróneo                                   |  |  |
|                                                                               | Dieta errónea                                      |  |  |
|                                                                               | Cantidad errónea                                   |  |  |
|                                                                               | Frecuencia errónea                                 |  |  |
|                                                                               | Consistencia errónea                               |  |  |
|                                                                               | Condiciones de conservación inadecuadas            |  |  |
| SUB TOTAL                                                                     |                                                    |  |  |
| RELACIONADOS<br>CON LA<br>ADMINISTRACIÓN DE<br>OXÍGENO O GASES<br>MEDICINALES | Paciente erróneo                                   |  |  |
|                                                                               | Gas/vapor erróneo                                  |  |  |
|                                                                               | Velocidad/concentración/caudal erróneo             |  |  |
|                                                                               | Modo de administración erróneo                     |  |  |
|                                                                               | Contraindicación                                   |  |  |
|                                                                               | Condiciones de conservación inadecuadas            |  |  |
|                                                                               | Ausencia de administración                         |  |  |
|                                                                               | Contaminación                                      |  |  |
| SUB TOTAL                                                                     |                                                    |  |  |
| RELACIONADOS<br>CON LOS<br>DISPOSITIVOS Y<br>EQUIPOS MÉDICOS                  | Presentación/envasado deficiente                   |  |  |
|                                                                               | Falta de disponibilidad                            |  |  |
|                                                                               | Inadecuación a la tarea                            |  |  |
|                                                                               | Sucio/no estéril                                   |  |  |
|                                                                               | Avería/mal funcionamiento                          |  |  |
|                                                                               | Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada        |  |  |
|                                                                               | Error del usuario                                  |  |  |
| SUB TOTAL                                                                     |                                                    |  |  |
| RELACIONADOS<br>CON EL<br>COMPORTAMIENTO O<br>DEL PERSONAL                    | Incumplidor/no colaborador/obstructivo             |  |  |
|                                                                               | Desconsiderado/grosero/hostil/ inapropiado         |  |  |
|                                                                               | Arriesgado/imprudente/peligroso                    |  |  |
|                                                                               | Problema de uso/abuso de sustancias                |  |  |
|                                                                               | Acoso                                              |  |  |
|                                                                               | Discriminación/prejuicio                           |  |  |
|                                                                               | Vagabundeo/fugas                                   |  |  |
|                                                                               | Autolesión deliberada/suicidio                     |  |  |
|                                                                               | Agresión verbal                                    |  |  |

|                                                                    |                                            |                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|
|                                                                    | Agresión física                            |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión sexual                            |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión a objeto inanimado                |                                                       |  |
|                                                                    | Amenaza de muerte                          |                                                       |  |
|                                                                    | <b>SUB TOTAL</b>                           |                                                       |  |
| <b>RELACIONADOS<br/>CON EL<br/>COMPORTAMIENTO<br/>DEL PACIENTE</b> | Incumplidor/no colaborador/obstrutivo      |                                                       |  |
|                                                                    | Desconsiderado/grosero/hostil/ inapropiado |                                                       |  |
|                                                                    | Arriesgado/imprudente/peligroso            |                                                       |  |
|                                                                    | Problema de uso/abuso de sustancias        |                                                       |  |
|                                                                    | Discriminación/prejuicio                   |                                                       |  |
|                                                                    | Vagabundeo/fugas                           |                                                       |  |
|                                                                    | Autolesión deliberada/suicidio             |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión verbal                            |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión física                            |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión sexual                            |                                                       |  |
|                                                                    | Agresión a objeto inanimado                |                                                       |  |
|                                                                    | Amenaza de muerte                          |                                                       |  |
|                                                                    | <b>SUB TOTAL</b>                           |                                                       |  |
| <b>RELACIONADOS<br/>CON ACCIDENTES<br/>DEL PACIENTE</b>            | Fuerza no penetrante                       | Contacto con objeto o animal                          |  |
|                                                                    |                                            | Contacto con persona                                  |  |
|                                                                    |                                            | Aplastamiento                                         |  |
|                                                                    |                                            | Abrasión/roce                                         |  |
|                                                                    | Fuerza punzante/<br>penetrante             | Rasguño/corte/desgarro/sección                        |  |
|                                                                    |                                            | Pinchazo/herida punzante                              |  |
|                                                                    |                                            | Mordedura/picadura/inoculación<br>de veneno de animal |  |
|                                                                    |                                            | Otra fuerza<br>punzante/penetrante<br>especificada    |  |
|                                                                    |                                            | Afectado por una explosión                            |  |
|                                                                    |                                            | Contacto con maquinaria                               |  |
|                                                                    |                                            | Calor excesivo/fuego                                  |  |
|                                                                    |                                            | Frío excesivo/congelación                             |  |
|                                                                    |                                            | Amenaza mecánica para la<br>respiración               |  |
|                                                                    |                                            | Ahogamiento/cuasi<br>ahogamiento                      |  |
|                                                                    |                                            | Reclusión en lugar con falta de<br>oxígeno            |  |
|                                                                    |                                            | Intoxicación por producto<br>químico u otra sustancia |  |
|                                                                    |                                            | Corrosión por producto químico<br>u otra sustancia    |  |
|                                                                    |                                            | Exposición a<br>electricidad/radiación                |  |
|                                                                    |                                            | Exposición a sonido/vibración                         |  |



|                                                                       |                                                                                                          |                              |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|--|
|                                                                       |                                                                                                          | Exposición a presión de aire |                  |  |
|                                                                       |                                                                                                          | Exposición a gravedad baja   |                  |  |
|                                                                       | Exposición al efecto de fenómenos meteorológicos, catástrofes naturales u otras fuerzas de la naturaleza |                              |                  |  |
|                                                                       | Caídas                                                                                                   | Tropezón                     |                  |  |
|                                                                       |                                                                                                          | Resbalón                     |                  |  |
|                                                                       |                                                                                                          | Desmayo                      |                  |  |
| Pérdida de equilibrio                                                 |                                                                                                          |                              |                  |  |
| SUB TOTAL                                                             |                                                                                                          |                              |                  |  |
| RELACIONADOS<br>CON LA<br>INFRAESTRUCTURA                             | Inexistente/inadecuado                                                                                   |                              |                  |  |
|                                                                       | Dañado/ defectuoso/ desgastado                                                                           |                              |                  |  |
| SUB TOTAL                                                             |                                                                                                          |                              |                  |  |
| RELACIONADOS<br>CON LOS<br>RECURSOS/GESTION<br>DEL<br>ESTABLECIMIENTO | Excesiva carga de trabajo                                                                                |                              |                  |  |
|                                                                       | Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios                                                              |                              |                  |  |
|                                                                       | Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal                                                    |                              |                  |  |
|                                                                       | Organización de equipos/personas                                                                         |                              |                  |  |
|                                                                       | Disponibilidad/idoneidad de protocolos/políticas/procedimientos/ directrices                             |                              |                  |  |
| SUB TOTAL                                                             |                                                                                                          |                              |                  |  |
| TOTAL                                                                 | INCIDENTES                                                                                               |                              | EVENTOS ADVERSOS |  |
|                                                                       |                                                                                                          |                              |                  |  |





**ANEXO N°04: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA  
CIRUGIA SEGURA.**

| Antes de la administración de la anestesia                                                                                                                                                                                                                                                           | Antes de la incisión cutánea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ENTRADA</b><br>Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo                                                                                                                                                                                                                           | <b>PAUSA</b><br>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>SALIDA</b><br>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Ha confirmado el(ia) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función                                                                                                                                                                                                                                         | El(ia) enfermero(a) confirma verbalmente:<br><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento<br><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas<br><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)<br><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos |
| ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                              | ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede                                                                                                                                                                                                                         | El(ia) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:<br><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Tiene el(ia) paciente...<br>...Alergias conocidas?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                       | <b>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</b><br>Cirujano revisa:<br><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?<br><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?<br><input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?<br>Anestesia verifica:<br><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                   | Equipo de Enfermería verifica:<br><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)<br><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / Kg. en niños)<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Historia Clínica \_\_\_\_\_ Nombres y Apellidos del / de la paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del / de la coordinador(a) \_\_\_\_\_ Firma del / de la cirujano(a) \_\_\_\_\_ Firma del / de la anestesiólogo(a) \_\_\_\_\_ Firma del / de la enfermero(a) \_\_\_\_\_



Ana Blanca Ordóñez Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319



**ANEXO N°05: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA  
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

Segundo Reto Global: La Cirugía Segura Salva Vidas

**ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE  
VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA**

Fecha: .....

Nombre del Establecimiento: .....

Responsable de la información:

Dirección del Estab. de Salud ( )

Oficina de Epidemiología ( )

Unidad de Calidad ( )

Dpto. Enfermería ( )

Centro Quirúrgico ( )

Depto./ Servicio de Cirugía ( )

Otro (especificar) .....

Nombre y cargo del profesional que informa: .....

Semestre que informa: .....

1. En su establecimiento de salud, ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

En caso que respondiera SI ( ) Pasa a la preg.2. **NO ( )** ¿Por qué?

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento?

3. ¿Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

☐ SI ☐ NO

¿Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO



En caso que respondiera SI, relacionados a:

- Falta de personal ☐
- Falta de conocimiento del personal ☐
- Falta de motivación del personal ☐
- Falta de entrenamiento del personal ☐

Procesos administrativos como:

- Distribución del personal/ tareas ☐
- Infraestructura ☐
- Equipamiento ☐
- Insumos ☐
- Apoyo de la gestión ☐

Otros especificar: \_\_\_\_\_

4. ¿Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

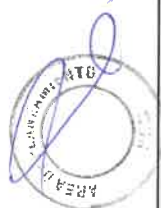
¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?



.....  
Ana Blanka Ordóñez Nina  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319





7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas?, durante:

El año pasado

El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

☐ SI

☐ NO

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico?

☐ SI

☐ NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad post operatoria inmediata?

15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas?

16. ¿Cuál es el número de cirugías electivas realizadas?

El año pasado

El primer semestre de este año

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas?

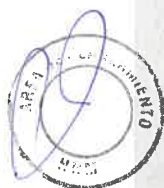
El año pasado

El primer semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia?

**GRACIAS**



**Ana Bianca Ordoño Nina**  
CIRUJANO DENTISTA  
COP. 40319



## ANEXO N°06: APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



|                                                                  |                                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:                                      |                                 |
| IPRESS:                                                          | 7732                            |
| DATOS DE ESTABLECIMIENTO DE SELECCIÓN                            |                                 |
| NOVEDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL REGIONAL NOQUEMOLA |                                 |
| INGRESO DE 31/10                                                 | NO PERTENECE A NINGUNA MAYORDAD |
| FECHAS DE SALUD                                                  | NO PERTENECE A NINGUNA RCD      |
| 10/10/16 16/10/16 21/10/16                                       |                                 |
| 10/10/16 16/10/16 21/10/16                                       |                                 |

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

### FICHA DE EVALUACIÓN

[illegible]

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

TÍTULO DE BONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE

## RESULTADOS DE EVALUACIÓN

|                                                                          |                                                   |                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                          |                                                   | TIME PERIOD: 01/14/10<br>ADD:  |  |
| SPEAKER: HUIJIAO HUANG<br>TOPIC: POLITICAL CORRUPTION                    | FULL NAME: HUANG HUIJIAO<br>MED. EXP. (MM/DD/YY): |                                                                                                                     |  |
| TOTAL RESOURCES: 1<br>RES. NO. 0000011001000<br>RES. NAME: HUANG HUIJIAO | RES. NO. 00011001000<br>RES. NAME: HUANG HUIJIAO  |                                                                                                                     |  |

[illegible]

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**  
**MATRIZ DE RIESGOS**

|                               |                            |                             |              |      |   |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|------|---|
| IPRESS:                       | HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA | TRIMESTRE:                  | 0            | AÑO: | 0 |
| UPSS:                         | PATOLOGÍA CLÍNICA          | FECHA APLICACIÓN:           | (DD/MM/AAAA) |      |   |
| TITULAR/RESPONSABLE IPB:      |                            | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        |              |      |   |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:      |                            | RESP. DE LA UPSS:           |              |      |   |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMÍA: |                            | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: |              |      |   |
|                               |                            | OTROS RESPONSABLES:         |              |      |   |

**PROBABILIDAD**

|             |   |
|-------------|---|
| IMPOSIBLE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |

**GRAVEDAD / IMPACTO**

|            |    |
|------------|----|
| CAUSATIVO  | 10 |
| IMPORTANTE | 7  |
| MODERADO   | 4  |
| TOLEABLE   | 2  |

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

|                    |       |
|--------------------|-------|
| RIESGO INTOLERABLE | 55-90 |
| RIESGO MODERADO    | 40-54 |
| RIESGO BAJO        | 1-39  |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|------------------|---|-------------|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
|                  |   |             |              | SELECCIÓN    | SELECCIÓN          |                       |

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**  
**PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN**

|                               |                            |                             |              |      |   |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|------|---|
| IPRESS:                       | HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA | TRIMESTRE:                  | 0            | AÑO: | 0 |
| UPSS:                         | PATOLOGÍA CLÍNICA          | FECHA APLICACIÓN:           | (DD/MM/AAAA) |      |   |
| TITULAR/RESPONSABLE IPB:      |                            | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        |              |      |   |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:      |                            | RESP. DE LA UPSS:           |              |      |   |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMÍA: |                            | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: |              |      |   |
|                               |                            | OTROS RESPONSABLES:         |              |      |   |

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

|                    |       |
|--------------------|-------|
| RIESGO INTOLERABLE | 55-90 |
| RIESGO IMPORTANTE  | 40-54 |
| RIESGO MODERADO    | 20-39 |
| RIESGO BAJO        | 1-19  |

**FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN  
(ECONÓMICA - CIENTÍFICA)**

|           |   |
|-----------|---|
| REDUCIBLE | 2 |
| CONTINUA  | 1 |

| BUENAS PRÁCTICAS | % | VERIFICADOR | CUMPLIMIENTO | VALORACIÓN DEL RIESGO | FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN | PROMEDIO DE INTERVENCIÓN |
|------------------|---|-------------|--------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|
|                  |   |             |              |                       | SELECCIÓN                    |                          |

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

|                               |                            |                             |              |      |   |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|------|---|
| IPRESS:                       | HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA | TRIMESTRE:                  | 001/1999     | AÑO: | 0 |
| UPSS:                         | PATOLOGÍA CLÍNICA          | FECHA APLICACIÓN:           | (DD/MM/AAAA) |      |   |
| TITULAR/RESPONSABLE IPB:      |                            | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        |              |      |   |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:      |                            | RESP. DE LA UPSS:           |              |      |   |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMÍA: |                            | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: |              |      |   |
|                               |                            | OTROS RESPONSABLES:         |              |      |   |

| PROBLEMA | BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | ACCIONES CORRECTIVAS | RESPONSABLE (CARGO) | FECHA DE MONITOREO |
|----------|------------------|-------------|----------------------|---------------------|--------------------|
|          |                  |             |                      |                     |                    |

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**  
**FICHA DE MONITOREO**

|                               |                            |                             |              |      |   |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|------|---|
| IPRESS:                       | HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA | TRIMESTRE:                  | 001/1999     | AÑO: | 0 |
| UPSS:                         | PATOLOGÍA CLÍNICA          | FECHA APLICACIÓN:           | (DD/MM/AAAA) |      |   |
| TITULAR/RESPONSABLE IPB:      |                            | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        |              |      |   |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:      |                            | RESP. DE LA UPSS:           |              |      |   |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMÍA: |                            | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: |              |      |   |
|                               |                            | OTROS RESPONSABLES:         |              |      |   |

**PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN**

| PROBLEMA | BUENAS PRÁCTICAS | VERIFICADOR | ACCIONES CORRECTIVAS | RESPONSABLE (CARGO) | FECHA DE MONITOREO | IMPLEMENTACIÓN |
|----------|------------------|-------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------|
|          |                  |             |                      |                     |                    |                |