

# Resolución Directoral

Nº 314 -2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

## VISTO:

El Registro N°2498, que contiene el OFICIO N° 014-2026-UGC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, emitido por la Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien solicita la aprobación del PLAN ANUAL: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026; y,

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI, Título preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de la Salud, 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;

Que, el inciso b) del artículo 98° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece como estándar e indicador a evaluar es la Seguridad del Paciente frente al riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos;

Que, de acuerdo a su artículo 5° del reglamento precitado, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimiento, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos la Seguridad del Paciente;

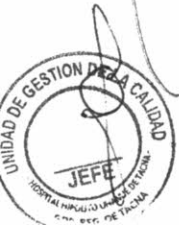
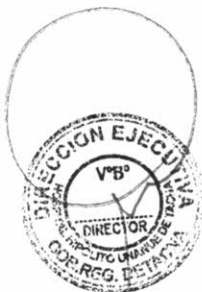
Que, con Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA de fecha 14 de abril del 2016, se aprobó la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud" con el propósito de contribuir a la mejora en la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en los establecimientos de salud a nivel nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2019-SA, se aprobó la "Política Nacional de Calidad en Salud", que establece las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú fijando su Octava Política, la implementación de mecanismos de gestión de riesgos derivados de la atención de salud y como estrategia de dicha política la implementación de Planes de Seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención;

Que, con Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA de fecha 02 de abril del 2020, 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";

Que, el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, aprobado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2004-PR.TACNA, y su modificatoria Ordenanza Regional N° 006-2019-CR/GOB.REG.TACNA, determina los Objetivos Funcionales Generales asignados al Hospital, entre ellos: c) Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, mediante con Resolución Directoral N° 033-2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG. TACNA, se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2026;



# Resolución Directoral

Nº 314 -2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Contando con el visto favorable de la Dirección Ejecutiva y visación de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna;

De conformidad a las consideraciones expuestas y con las facultades establecidas en el Manual de Organización y Funciones, aprobados mediante la Resolución directoral N°089-2015-ORG-OPE-DIRECC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 19 de febrero de 2015, norma que estipula como *FUNCIONES ESPECIFICAS*, en el literal r) *Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia*, en concordancia con el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, T.U.O.de la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General; Ley N°27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley N°27867; Ley Orgánica de Gobierno Regionales y sus modificatorias según Leyes N°27902, 28013 y 29053 y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el PLAN ANUAL: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026, de treinta y siete (17) folios, el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución y contiene el cronograma anual correspondiente.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER**, que la Unidad de Gestión de la Calidad, proceda a monitorear el cumplimiento de las Actividades programadas, evaluar el cumplimiento de los objetivos, e informar semestralmente a la Dirección Ejecutiva los avances ejecutados.

**ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR** a la Oficina de Administración para que, a través de la Unidad de Recursos Humanos, proceda a registrar la presente resolución y se cumpla con notificar a las instancias pertinentes.

**ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR** a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución Directoral en la Página Web de la Institución ([www.hospitaltacna.gob.pe](http://www.hospitaltacna.gob.pe)), en cumplimiento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y acceso a la información pública y modificatoria.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
MED. EDDY R. VICENTE CHOQUE  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT  
CMP N°46126 RNE N°33991



PERÚ

Ministerio  
de Salud



DIRESA  
DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD TACNA

HHUT  
HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA

UGC  
UNIDAD DE GESTIÓN  
DE LA CALIDAD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y  
hombres”

2018 – 2027”

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”



18 de abril 1955



**PLAN ANUAL:  
RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA 2026**

TACNA - PERÚ





## ÍNDICE

	<b>PAG</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>1</b>
<b><u>FINALIDAD</u></b>	<b>2</b>
<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b>2</b>
<b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b>	<b>2</b>
<b><u>OBJETIVO ESTRATEGICOS Y ESPECIFICO</u></b>	<b>2</b>
<b><u>BASE LEGAL</u></b>	<b>2</b>
<b><u>ÁMBITO DE APLICACIÓN</u></b>	<b>3</b>
<b><u>DEFINICIONES GENERALES</u></b>	<b>3</b>
<b><u>DISPOSICIONES ESPECIFICAS</u></b>	<b>5</b>
<b><u>CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA</u></b>	
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>11</b>





## PLAN ANUAL: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026

### I. INTRODUCCIÓN

A partir de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para trabajar a favor de la salud de los pacientes durante su atención en los establecimientos de salud, el MINSA 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” con Resolución Ministerial N.º 163-2020-MINSA. Es en ese sentido el Hospital Hipólito Unanue de Tacna a través de la Unidad de Gestión de la Calidad con el objetivo de fortalecer la Seguridad del Paciente, realiza la conformación de un equipo multidisciplinario institucional, así también establece un cronograma anual de fechas para la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente, herramienta para mejorar la seguridad de los pacientes.

La Rondas de Seguridad el Paciente es una práctica recomendada para incrementar la calidad en los servicios asistenciales, relacionados al cuidado de los pacientes, estableciendo una relación directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y cuyo objetivo general es fortalecer la cultura por la seguridad del paciente.

El desarrollo de las **Rondas de Seguridad del Paciente** permitirá conocer de manera directa los factores de condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran danos durante el tratamiento y la atención, **con la finalidad de fortalecer la seguridad del paciente, contribuyendo a reducir las posibles presencia de los eventos adversos**

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo.

En este contexto, se ha implementado diversas estrategias y medidas para fortalecer y mejorar la seguridad del paciente en su atención de salud, siendo una de ellas, recomendada por la Organización Panamericana de la Salud, la implementación de las rondas por la seguridad del paciente, práctica con el objetivo de identificar de manera directa los factores que condicionan riesgo para el paciente, tanto en los servicios clínicos y no clínicos, además de involucrar a los directivos de la institución, jefes de departamento, servicios y personal asistencial relacionados directa e indirectamente con la atención del paciente dentro del establecimiento de salud.

El Ministerio de Salud promueve la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud haciendo uso de las mejores prácticas que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. Para lograr esto, promueve las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en las instituciones prestadoras de servicios de salud, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud, mediante la implementación de prácticas seguras.





## II. FINALIDAD

Las Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Hipólito Unanue de Tacna tiene como finalidad Fortalecer la seguridad del paciente a través de prácticas seguras, promoviendo una comunicación abierta y el trabajo en equipo de esta manera reduciendo la ocurrencia de eventos adversos durante las atenciones asistenciales a los pacientes,

## III. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer una Cultura de Seguridad del Paciente, con la participación de los usuarios, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

### 3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ESPECÍFICOS:

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Fortalecer el Sistema Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del error (Rondas de Seguridad; Identificación - Registro - Notificación - Análisis y Mejora de Incidentes y Eventos Adversos).
- Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial).
- Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas evidencia.

## IV. BASE LEGAL

### 4.1. LEY

- Ley N°26842 - Ley General de Salud
- Ley N° 29414 - Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N°30526 - Ley que desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

### 4.2. DECRETO SUPREMO:

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud” y modificatoria Decreto Supremo N° 011-2017-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA - Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 003-2009-SA-Que Modifican el Artículo 15 del Reglamento de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 052-2010-PCM-Crea la Comisión Multisectorial de vigilancia, prevención y control de IIH.

### 4.3. RESOLUCIÓN MINISTERIAL:

- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, Manual de Aislamiento Hospitalario
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad de Salud.



- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE V.01, Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad de Salud.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma técnica de Salud NTS N°110-MINSA/DGIEM-V.01, Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- 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.° 1174-2023-MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2024-2030 del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 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.
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

#### 4.4. RESOLUCIÓN DIRECTORAL 2026:

- Resolución Directoral N° 033-2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/G.R.TACNA, que conforma el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para el período 2026.
- Resolución Directoral N° 043-2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/G.R.TACNA, que aprueba el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en Salud 2026 - Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del período 2026, es de conocimiento, aplicación y cumplimiento a todas las Unidades, Servicios y Áreas del hospital.

## VI. DISPOSICIONES GENERALES

### 6.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Acción Insegura.**- Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción y omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

- **Acciones de Mejora.** - Son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- **Apreciación del riesgo.** - Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- **Barrera.** - Es el control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.
- **Cultura de Seguridad.** - Es el patrón integrado de comportamientos 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.
- **Eventos Adversos.** - Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad.
- **Evento Adverso Leve.** - El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional 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, es este tipo de daño pueden solicitarle exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
- **Evento Adverso 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.
- **Evento Adverso 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.
- **Evento Centinela.** - Es evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo o de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
- **Evento Prevenible.** - Describe un evento se debe a un error o fallo del sistema, al que podría anticiparse y estar preparado para su aparición.
- **Fuga del Paciente.** - Cualquier situación en la que un paciente ingresado (es decir, pacientes hospitalizados) sale del centro de salud sin el conocimiento del personal.
- **Gestión del Riesgo.** - Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Higiene de Manos.** - Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
- **Incidente.** - Evento que no ha causado daño, pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Riesgo.** - Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Protocolo de Londres.** - Es una revisión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos". Constituye una guía práctica para administradoras de riesgo y otros profesionales interesados en el lema. 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 la culpa.
- **Reacción Adversa de Medicamentos.** - Respuesta indeseable asociado al uso de un medicamento que compromete la eficacia terapéutica, Incrementa la toxicidad o ambos.
- **Rondas de Seguridad del Paciente.** - Es una herramienta de calidad 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 del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (instituciones prestadores de servicios de salud), para identificar prácticas



inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

- **Seguridad del Paciente.** - Es la prevención y mitigación de los daños causados, por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.

## VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

### 7.1. ACTIVIDADES PARA LA FORMALIZACIÓN, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026 (ESTRATEGIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS)

#### Elaborar, revisar, presentar, aprobar y socializar el Plan. -

- Elaboración y envío a Dirección del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026, para su revisión y aprobación mediante Resolución Directoral.
- Oficializar con Resolución Directoral el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026.
- Socializar el Plan al: Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Coordinadora de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a las Jefaturas de las Unidades y a las Jefaturas de los Servicios.
- Remitir el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026, aprobado y elevado a la Dirección Regional de Salud Tacna - DIRESA.

**META A<sub>1</sub>:** 01 Elaboración del Plan mediante Informe a Dirección.

**META A<sub>2</sub>:** 01 Aprobación del Plan mediante Resolución Directoral.

**META A<sub>3</sub>:** 01 Socialización del Plan mediante Circular al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía, Coordinadora de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Jefaturas de Servicios y Unidades.

**META A<sub>4</sub>:** 01 Socialización del Plan mediante Circular a la DIRESA Tacna.



7.1. **ACTIVIDADES PARA PROMOVER LA INTERVENCIÓN DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026**

Se analiza la magnitud del resultado de la Toma de Encuesta, Lista de Chequeo, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía que mide la satisfacción del usuario externo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026, Análisis de los Resultados con los Servicios, Unidades y Áreas, a fin de que se evalúen las estrategias a desarrollar para la intervención, Programación de fechas de capacitación al Personal sobre temas de calidad de atención al usuario interno.

**META A<sub>1</sub>:** 01 Coordinación para Capacitación y/o sensibilización al servicio o área que presenta mayor nivel de insatisfacción de parte del usuario externo.

**META A<sub>2</sub>:** 01 Socialización del Acta mediante Circular a la DIRESA Tacna.

7.2. **INFORME SEMESTRAL E INFORME ANUAL DEL MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026**

**INFORME SEMESTRAL**

- Circular de solicitud para monitoreo de los Servicios, respecto a las actividades implementadas a fin de incrementar el nivel de satisfacción del usuario externo.
- Reunión con los Jefes de Departamento para analizar las acciones viables a realizar para identificar y plasmar en el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026. Coordinar fechas y gestionar estrategias para evaluar el monitoreo de las actividades implementadas.
- Presentar y Socializar el Informe Semestral del Plan de Rondas Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026 a la Dirección Regional de Salud Tacna-DIRESA.
- Presentar y Socializar el Informe Semestral del Plan de Rondas Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026, Equipo de Plan de Rondas Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud 2026, Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Jefaturas de Servicios y Unidades.

**META A<sub>1</sub>:** 01 Elaboración y Socialización de los Informes Trimestrales.

**META A<sub>2</sub>:** 01 Socialización de los Informes Trimestrales a los Servicios.

**INFORME ANUAL:**

- Elaboración y elevación a la Dirección del Informe Anual del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026.



- Elaboración y envío del Informe Anual del Plan de Rondas Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026.
- Socializar el Informe Anual del Plan de Rondas Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026 a la DIRESA Tacna.
- Socializar el Informe Anual al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Jefaturas de Servicios y Unidades.

**META A<sub>1</sub>:** 01 Elaboración, Presentación y Socialización del Informe Anual a la Dirección para elevarlo a la DIRESA Tacna.

**META A<sub>2</sub>:** 01 Socialización del Informe Anual al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud y jefaturas de Servicios.

### 7.3. PREPARACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026

- Reunión con los Jefes de Servicios para analizar las acciones viables a realizar para identificar y plasmarlo en el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026.
- Socializar el Informe para la ejecución y el seguimiento de las acciones viables a implementar a la DIRESA Tacna.
- Socializar mediante Circular del Informe para la ejecución y el seguimiento de las acciones viables a implementar al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Jefaturas de Servicios y Unidades.

**META A<sub>1</sub>:** 01 Reuniones con los servicios para coordinar las recomendaciones brindadas en los Informes Trimestrales por la Unidad de Gestión de la Calidad.

**META A<sub>2</sub>:** 01 Elaboración y Socialización del Acta de la Reunión con la DIRESA Tacna.

**META A<sub>3</sub>:** 01 Elaboración y Socialización del Acta de la Reunión con los Servicios para el Plan de Mejora.

**META A<sub>4</sub>:** 01 Monitoreo y Seguimiento de los Resultados para el Fortalecimiento del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026 enviado mediante Informe a dirección para elevarlo a la DIRESA Tacna.



**META A<sub>5</sub>:** Monitoreo y Seguimiento de los Resultados para el Fortalecimiento del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026 enviado mediante Circular al Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Jefaturas de Servicios y Unidades.

Mediante la Gestión Administrativa, se realiza la Elaboración del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026 y su respectivo seguimiento:

Objetivo Estratégico Específico	Resultado Institucional	Actividad
Desarrollar una Gestión de Calidad por Resultados mediante la mejora Continua de los procesos.	Gestión de la Calidad y Mejora Continua aplicándose en las áreas asistenciales de la Dependencia.	Gestión Administrativa

META FÍSICA		
Subproducto Institucional	U.M.	META
Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna	Plan	1
Seguimiento del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2026	Informes	6
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar el N° Total de capacitaciones referente a Gestión del Riesgo ejecutadas durante los cuatro trimestres.</li> <li>- Indicar N° total de capacitados en Gestión del Riesgo.</li> <li>- Indicar promedio de Notas de Pre y Post Test de los Asistentes al curso de Capacitación en Gestión de Riesgo.</li> <li>- Registrar el N° Total de capacitaciones en Gestión del Riesgo.</li> <li>- Indicar N° de Cirugías programadas</li> <li>- Indicar N° de Cirugías programadas que aplicaron la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía</li> <li>- El porcentaje de adherencia a la lista de verificación de la seguridad de la Cirugía</li> </ul>	Informes	



<ul style="list-style-type: none"><li>- El porcentaje de Rondas de seguridad para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud</li><li>- El porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.</li><li>- El porcentaje de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.</li></ul>		
--	--	--





7.4. EQUIPOS DE TRABAJO:

7.4.1. EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026

DIRECTOR ADJUNTO	PRESIDENTE
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SECRETARIA TECNICA
JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	MIEMBRO
JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN	<b>MIEMBRO</b>
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL	<b>MIEMBRO</b>
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	<b>MIEMBRO</b>
JEFE DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE	<b>MIEMBRO</b>
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	MIEMBRO
JEFE DE LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	MIEMBRO





I. ANEXOS

ANEXO I

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN EN SALUD 2026  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

IPRESS : 00002864

DIRECTOR EJECUTIVO : MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE

DIRECTOR ADJUNTO : MÉD. FLORMIRA CLAUDIA QUISPE CALDERÓN

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
1ª Ronda	22/01/2026	11:00 a.m.

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
2ª Ronda	17/02/2026	11:00 a.m.

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
3ª Ronda	06/03/2026	11:00 a.m.

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
4ª Ronda	03/04/2026	11:00 a.m.

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
5ª Ronda	01/05/2026	11:00 a.m.

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
6ª Ronda	01/06/2026	11:00 a.m.

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
7ª Ronda	01/07/2026	11:00 a.m.

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
8ª Ronda	03/08/2026	11:00 a.m.

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
9ª Ronda	01/09/2026	11:00 a.m.

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
10ª Ronda	01/10/2026	11:00 a.m.

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
11ª Ronda	02/11/2026	11:00 a.m.

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
12ª Ronda	01/12/2026	11:00 a.m.

Responsable IPRESS

Presidente - Rondas de Seguridad del Paciente

Unidad de Gestión de la Calidad

Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

Departamento de Enfermería



**ANEXO 2: MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Fortalecer competencias en buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	INDICADOR: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Rondas de Seguridad del Paciente.	Actividades de capacitación de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe de capacitación en Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del incidente y Evento Adverso.	INDICADOR: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en notificación de eventos adversos.	Actividades de capacitación dirigida a las jefaturas de Departamento y servicio referente a Notificación de Eventos Adversos.	Informe de capacitación en Notificación de Eventos Adversos, Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales del HHUT.
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del incidente y Evento Adverso.	INDICADOR: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en análisis de eventos centinelas.	Actividades de capacitación dirigida a las Jefaturas de Departamento y servicio referente a análisis de eventos centinelas.	Informe de capacitación en Análisis de eventos centinelas, Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales del HHUT.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Promover Buenas prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos internacionales en Seguridad del Paciente).	INDICADOR: Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe de la evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (observación directa de la aplicación del LVCS).
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del incidente y evento Adverso.	INDICADOR: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC.	Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Encuesta Aplicada para implementación de la LVSC.
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	INDICADOR: Rondas de Seguridad Ejecutadas.	Rondas de Seguridad del paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.	Informe Semestral de Rondas de Seguridad del paciente Ejecutadas.
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	INDICADOR: Cumplimiento de Buenas Prácticas en el HHUT.	Buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud.	Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente Ejecutadas.
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	INDICADOR: Acciones de Mejora Post Ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.)	Elaboración del Plan de acción para las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente.	Informe Semestral de Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda, Reporte de acciones orientadas a gestionar, mitigar los riesgos durante la atención de salud identificadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.	INDICADOR: UPSS / Servicios / Microredes de Salud que Reportan Eventos Adversos.	Se refiere a la aplicación de la Directiva de Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, UPSS o Servicios / Microredes de Salud del primer Nivel de Atención que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS.	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidente, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.	INDICADOR: Eventos Centinela Analizados.	Se refiere a la aplicación del Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Centinela que incluye los procesos de Análisis, Comunicación Interna y emisión de alertas de seguridad. Definición del Plan de Acción	Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.
Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas evidencia.	INDICADOR: Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud."



**ANEXO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	META DE CUMPLIMIENTO	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DEL REPORTE	RESPONSABLE
Fortalecer competencias en buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	01 informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.	ANUAL	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	01 informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Notificación de Eventos Adversos.	ANUAL	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>META DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>META DE IMPACTO</b>	<b>PERIODICIDAD DEL REPORTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	01 informe de capacitación	≥ 80% de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Análisis de Eventos Centinelas.	ANUAL	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Promover Buenas prácticas de Atención por la Seguridad del paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).	04 informes de Evaluación de la correcta aplicación de la LVSC	≥ 70% de Adherencia en la aplicación correcta de la LVSC (Por Observación Directa de la Técnica).	TRIMESTRAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico / UGC
Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	02 Encuestas para evaluar la implementación de la LVSC	Elabora un Plan de Mejora que permita la implementación de la LVSC	SEMESTRAL	Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico / UGC





Hospital General de Pinar del Rio

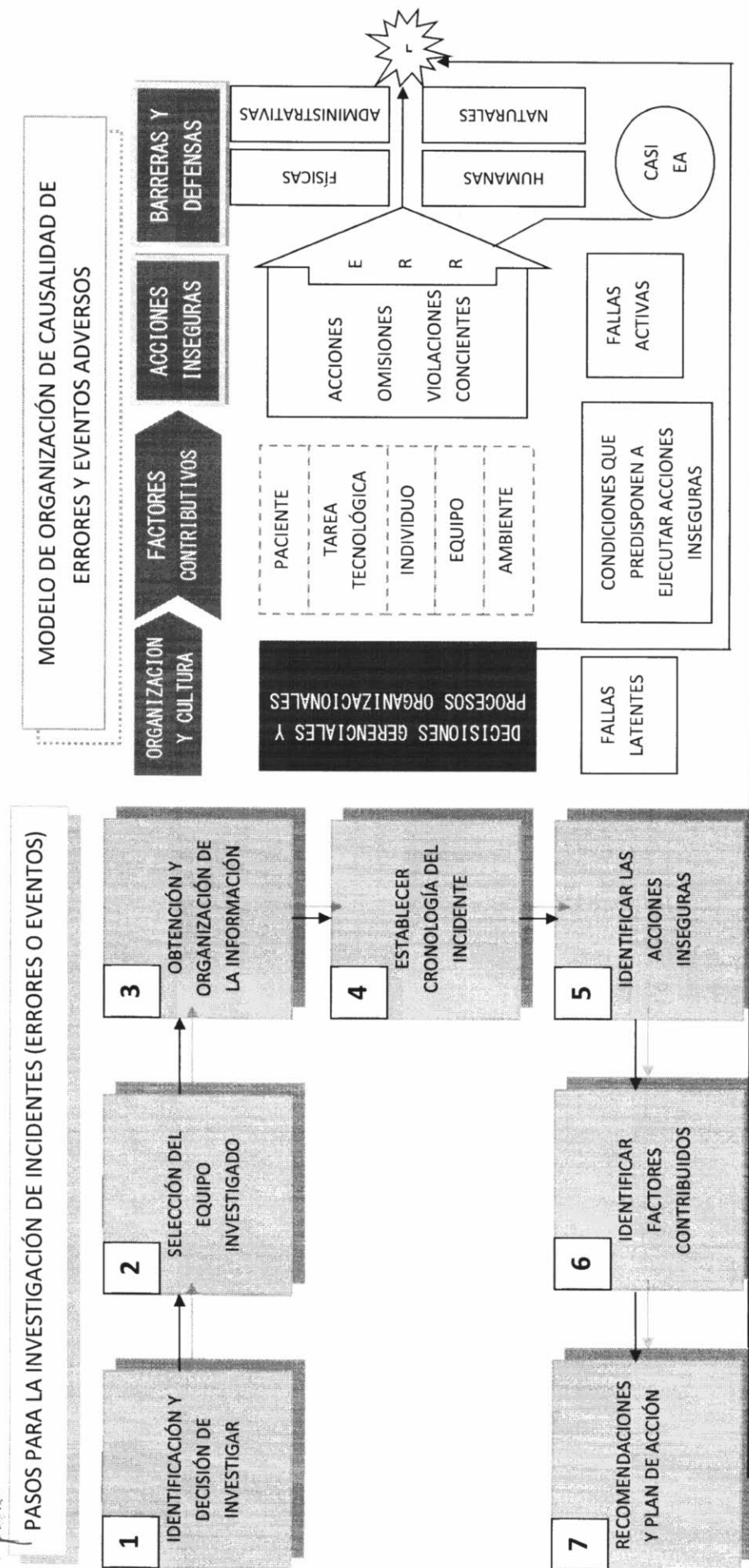
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	de	04 Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad	≥ 90% de Rondas de Seguridad ejecutadas en el HHUT	TRIMESTRAL	Dirección Ejecutiva / UGC
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	de	04 Reportes de los Resultados de las Rondas de Seguridad Ejecutadas	≥ 90% de Cumplimiento de Buenas Prácticas por Rondas de Seguridad.	TRIMESTRAL	Unidad de Gestión de la Calidad
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>		<b>META DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>META DE IMPACTO</b>	<b>PERIODICIDAD DEL REPORTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Implementar el proceso de Aprendizaje del Error	de	04 Informes de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (Post Ronda)	≥ 90% de las Acciones de Mejora Post Ronda se encuentran implementadas en los plazos establecidos.	TRIMESTRAL	Unidad de Gestión de la Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas
Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela		04 Informes de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (Post Ronda)	≥ 90% de las Acciones de Mejora Post Ronda se encuentran implementadas en los plazos establecidos.	TRIMESTRAL	Unidad de Gestión de la Calidad / Jefaturas de Departamento - Oficinas Administrativas
Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela		12 Reportes de Eventos Centinelas Analizados	Porcentaje de Eventos Centinelas Analizados: I y II Nivel de Atención ≥ 60% III Nivel de Atención ≥ 85%	MENSUAL	Comité de Análisis de Eventos Centinela/ Unidad de Gestión de la Calidad
Fortalecer la implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.		02 Informes de monitoreo, evaluación y supervisión	≥ 80% de cumplimiento de los criterios de la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"	SEMESTRAL	Comité de Infecciones Intrahospitalarias / Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental





**ANEXO 4: ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELAS: PASOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)**

**ANÁLISIS CAUSA RAÍZ - INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES CLÍNICOS**



ANEXO 6: FORMATO DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS  
ADVERSOS



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN



CODIGO RENIPRESS DEL ESTABLECIMIENTO



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



MICRORED DE SALUD



RED DE SALUD



DIRESA/GERESA/DIRIS



**A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

N° DE HISTORIA CLINICA



TIPO DE SEGURO



SEXO DEL PACIENTE



EDAD



DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE10)



DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE 10)



**B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE**

UPSS/SERVICIO



**C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)**

INCIDENTE\*

EVENTO ADVERSO\*\*

EVENTO CENTINELA\*\*\*

\* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

\*\* Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente

\*\*\* Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función

**D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO**

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO



HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO



CATEGORIA



TIPO

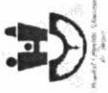


BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESP. UGC

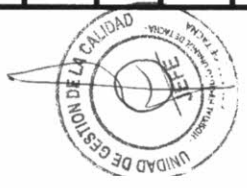




ANEXO 8: MODELO DE PLAN DE ACCIÓN LUEGO DE UNA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION EN SALUD

PLAN DE ACCIÓN			
	TRIMESTRE	AÑO	
IPRESS :	FECHA DE APLICACIÓN :		
UPSS :	RESP. EPIDEMIOLOGIA:		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS :	RESP. DE LA UPPS:		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN :	RESP. DE UNIDAD DE CALIDAD:		
RESP. DE DPTO. SERVICION ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:		
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS INSEGURO	VERIFICADOR INSEGURO	PLAZO (dd/mm/aa)
		ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)

(\*) Fecha máxima de implementación de la acción de mejora





ANEXO 9: MODELO DE FICHA DE MONITOREO DE UNA DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION EN SALUD

FICHA DE MONITOREO							
			TRIMESTRE	AÑO			
IPRESS :							
UPSS :							
TITULAR RESPONSABLE IPRESS :							
RESP. DE ADMINISTRACIÓN :							
RESP. DE DPTO. SERVICION ENFERMERÍA:							
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aa)	MONITOREO (dd/mm/aa)	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN

(\*) Fecha máxima de implementación de la acción de mejora





ANEXO 10

FORMATO: REPORTE DE LA ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

VERIFICADORES			HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA		BASE LEGAL
			SI	NO	
<b>REPORTE DE LA ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC</b>					
1	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA				
2	SE REALIZA SENSIBILIZACIÓN /PREPARACIÓN PREVIA AL PROFESIONAL ASISTENCIAL DEL EE.SS.				
3	SE DETECTAN PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE CIRUGÍA				
4	SE ELABORAN INDICADORES CON RELACIONADOS A LA LVSC				
5	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SUSPENDIDA POR EL USO DE LA LVSC				
6	CUENTA CON FARMACIA EN CENTRO QUIRÚRGICO				
<b>VERIFICADORES</b>					
7	PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE LA LVSC		%		
8	N° DE QUIRÓFANOS PRESUPUESTADOS				
9	N° DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS				
10	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE SE DEFINE LA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CONSULTORIO EXTERNO HASTA QUE ES HOSPITALIZADO PARA PROGRAMAR LA CIRUGÍA				
11	PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN EL AÑO 2024				
12	PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2024				

R.M. N° 1021-2010/MINSA







ANEXO 11: PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVSC

PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC		HOSPITAL HIPÓLITO UNZUETA DE TACNA
<b>RELACIONADOS A:</b>		
1	FALTA DE PERSONAL	Marcar con "X"
2	FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	
3	FALTA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	
4	FALTA DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
<b>PROCESOS ADMINISTRATIVOS COMO:</b>		
5	DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL/TAREAS	Marcar con "X"
6	INFRAESTRUCTURA	
7	EQUIPAMIENTO	
8	INSUMOS	
9	APOYO DE LA GESTIÓN	
10	OTROS PROBLEMAS	

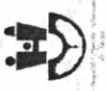
Fuente: R.M. N°1021-2010/MINSA (Adaptación de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía)



ANEXO 12: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

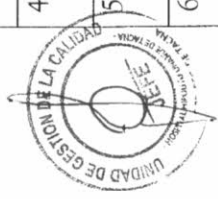
Antes de la administración de la anestesia	PAUSA	Antes de que el (la) paciente salga del Quirofano
ENTRADA	PAUSA	SALIDA
<p>Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo</p> <p>¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input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

Fuente: R.M. N°1021-2010/MINSA (Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía)



ANEXO 13: FORMATO PARA REPORTAR LOS EVENTOS ADVERSOS A LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2026

EVENTOS ADVERSOS		EVIDENCIA
1	¿Tiene implementado un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?	
2	N° Total de EA reportados según I Semestre 2026	
3	Nombre del evento adversos más frecuente identificado según I Trimestre 2026	
4	Nombre del servicio identificado, donde son más frecuentes los Eventos Adversos	
5	¿La IPRESS realiza el análisis de la causa raíz de los Eventos Adversos reportados?	
6	Nombre del Evento Centinela atendido y comunicado de acuerdo a protocolo de Londres	
7	Registrar el N° Total de capacitados en Gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
8	Indicar promedio de Notas del pre y Post de los Asistentes al curso de capacitación en Gestión del Riesgo	





## ANEXO 14: 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?





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



ANEXO 15: MATRIZ DE AJUSTE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026		
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Promover una Cultura de Seguridad del Paciente, con la participación de los usuarios, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de eventos adversos, para el cumplimiento del "EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE" del Área de Calidad.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.</li><li>2. Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y mejora del Incidente y Evento Adverso.</li><li>3. Promover una Cultura basada en el Aprendizaje del Error - Cultura de Seguridad.</li><li>4. Implementar el Proceso de Aprendizaje del error (Rondas de Seguridad; Identificación - Registro - Notificación - Análisis y Mejora del incidentes y Eventos Adversos).</li><li>5. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lograr que el Hospital Hipólito Unanue de Tacna sea un establecimiento de salud seguro para las atenciones de salud.</li><li>2. Disminuir el riesgo sanitario en las atenciones.</li><li>3. Reducir la ocurrencia de eventos adversos en nuestro nosocomio.</li></ol>





ANEXO 16: CUADRO DEL PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2026 (CUADRO DESAGREGADO DE LAS ACTIVIDADES/PRODUCTOS)

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	SUB FINALIDAD	AÑO 2026												RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FUENTE DE INFORMACIÓN	
				I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE					
				EN	FEB	MA	AB	MA	JU	JUL	AG	SET	OC	NO	DIC			
Fortalecer permanentemente las competencias del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en función de sus finalidades institucionales.	Desarrollar una Gestión de Calidad por Resultados mediante la Mejora Continua de los procesos.	GESTIÓN	2						1					1			UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORME
						1										1		UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
		ADMINISTRACIÓN	4						1					1				







