



**GERENCIA REGIONAL DE SALUD
LORETO – GERESA LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE
YURIMAGUAS**

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



INFORME TÉCNICO

“RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026”

I SEMESTRE 2026

ELABORADO POR:

- **LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES**
JEFA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
COORDINADORA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

YURIMAGUAS, LORETO-PERÚ / JULIO 2026

"Año de la Esperanza y el fortalecimiento de la Democracia"

"INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – I SEMESTRE AÑO 2026"

A : M.C. Andrés Adolfo ÁLVAREZ ANTONIO
Director Ejecutivo del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas

DE : Lic. Enf. Fabricia REÁTEGUI DÁVILA
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad – HSGY.

I. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Seguridad del Paciente, como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención en salud. Las **Rondas de Seguridad del Paciente** nacen en respuesta a la crisis global evidenciada por el informe "Error es humano" (1999) del Instituto de Medicina de EE. UU. y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS (2004).

La OMS estima, que uno de cada diez pacientes en países en desarrollo, sufre algún tipo de daño en su salud durante la atención sanitaria, lo que puede ser consecuencia de errores o efectos adversos que ocurren por malas prácticas sanitarias, las mismas que pueden ser evitables.

El Ministerio de Salud, ha situado la Seguridad del Paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad de la atención en salud, reflejada en la octava Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que menciona como estrategia la "Implementación de Mecanismos de Información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos". Asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, 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**", el mismo que establece la implementación de acciones en función de la prevención y/o disminución de estos eventos adversos; para lo cual implementa las "**Rondas de Seguridad del Paciente**", el cual constituye una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de buenas Prácticas de la Atención en Salud, y a su vez fortalece la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud. La RSP, es una actividad educativa de enseñanza aprendizaje, que permite identificar los errores y corregirlos en el proceso, el mismo no tiene carácter punitivo.

El Hospital Santa Gema de Yurimaguas, a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, en este primer semestre del presente año 2026, ha cumplido con la realización de las **Rondas de Seguridad del Paciente** teniendo en cuenta el Cronograma actual aprobado con R.D. N° 015-2026-GRL-GRSL/30.37.03.01, realizó las seis (06) Rondas de Seguridad, teniendo como prioridad visitar los servicios críticos: Emergencia, UCI (adulto y neonatal), Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y la UPSS de Gineco Obstetricia.

Datos Generales

- El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, está ubicado en la ciudad de Yurimaguas capital de la Provincia de Alto Amazonas de la Región Loreto; cuya dirección actual es calle Ucayali Mza. G – Lote 07.
- Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Nivel II-2; Unidad Ejecutora 405 – 1407, de la Región Loreto. Orgánicamente depende de la Dirección Regional de Salud Loreto.
- Constituye un Órgano desconcentrado de la Red de Salud de Alto Amazonas de la DIRESA Loreto.
- Funciona como Hospital desde el año 1943, es decir hace 82 años.
- Su nueva infraestructura empezó a funcionar desde el mes de mayo del año 2021. Durante la Pandemia (2020-2021) funcionó como hospital COVID.

Equipo de Rondas de Seguridad del paciente 2026

- ✓ El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2026, del Hospital 2 Santa Gema de Yurimaguas, fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 013-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01.

N° 013-2026-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Yurimaguas, 09 de enero de 2026

Visto el Expediente N° 00241-2026, que contiene el Oficio N° 0002-2026-GRL-GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de conformación del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE", 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

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



Que, el Artículo 2° de la Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "El Sistema de Gestión de la Calidad," el cual establece como uno de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos la Seguridad del Paciente;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Aprueba el Documento Técnico de "Política de calidad en salud" con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de directrices emanadas de las Autoridades Sanitarias Nacionales, cuyo objetivo es establecer las pautas que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de Atención de salud en el sistema de salud de nuestro país;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS de fecha 03 de junio del 2016, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente con la finalidad de "Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramientas de Gestión del riesgo en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud del Instituto de gestión de Servicios de Salud, a través de la implementación de prácticas seguras";



Ministerio de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



Hospital Santa Gema de Yurimaguas



Que, el punto 4.3.13. de la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente, define a las Rondas de Seguridad del Paciente como "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 en una determinada (PRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva";

Que, con el Documento de Visto el Director Ejecutivo autoriza la proyección de la resolución mediante Memorando N° 0016-2026-GRL-GRSL/30.37 de conformación del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Oficina de Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital I-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.



Ministerio de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



Hospital Santa Gema de Yurimaguas

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

N° 013- 2026-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 09 de enero de 2026

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dejar sin efecto la Resolución N°007-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, de fecha 07 de enero de 2025.

Artículo 2°.- Confirmar, el "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por los siguientes profesionales:



N°	INTEGRANTES	CARGO
1	DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL	LÍDER DEL EQUIPO
2	JEFE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SECRETARIO TÉCNICO
3	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	MIEMBRO
4	JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL	MIEMBRO
5	JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	MIEMBRO
6	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA	MIEMBRO
7	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	MIEMBRO
8	JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y UCI NEONATAL	MIEMBRO
9	JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO	MIEMBRO
10	JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO	MIEMBRO
11	JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	MIEMBRO



Artículo 3°.- Transcribire la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.

Artículo 4°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.



Regístrese y Comuníquese;



RECEIVED
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
SERVICIO ADMINISTRATIVO DE FARMACIA
HC ANDRÉS BOLTÓ RIVERA DE ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
2026-01-09

✓ Está conformado por los siguientes integrantes:

1	Director del Hospital	M.C. Andrés Adolfo Álvarez Antonio	Líder del Equipo
2	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Fabrida Reátegui Dávila	Miembro
3	Director Administrativo	Lic. Adm Darwi Pinedo Torres	Secretaría Técnica
4	Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Lic. Enf. Gretty Floresta Torres Tello	Miembro
5	Jefe del Servicio de Enfermería	Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo	Miembro
6	Jefe del Servicio de Farmacia	Q.F. Yoly Pinedo Pinedo	Miembro
7	Jefe del Servicio de Emergencia y C.C.	M.C. Jhoao Pavel Echegaray escalante	Miembro
8	Jefe del Servicio de Neonatología/UCI Neonatal	M.C. Andrés Gabino Ruiz García	Miembro
9	Jefe del Servicio de Centro Quirúrgico	M.C. Guillermo Omar Roldán Aguilar	Miembro
10	Jefe del Servicio de Centro Obstétrico	M.C. Rosa Amelia Huarsaya Hanco	Miembro
11	Jefe de la Unidad de Recursos Humanos	C.P.C. Doris C. Sánchez Mori	Miembro

Cronograma de Rondas de Seguridad del paciente 2026

✓ El Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2026, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 015-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01.

N° 015 - 2026-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Yurimaguas, 12 de enero de 2026

Visto, el Expediente N° 00242-2026, que contiene el Oficio N° 0003-2026-GRL/GRSL/30.37.05, de fecha 08 de enero del 2026, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de aprobación del "CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el Documento Técnico "El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, Aprueba el Documento Técnico de "Política de calidad en salud" con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de directrices emanadas de las Autoridades Sanitarias Nacionales, cuyo objetivo es establecer las pautas que orientan al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de Atención de salud en el sistema de salud de nuestro país;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, de fecha 02 de abril del 2020, se aprobó la "Directiva Sanitaria de Rondas del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud", teniendo como objetivo establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de Gestión del Riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud, a fin de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de Salud;

Que, el numeral 6.1.2 de las Funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente de la Directiva, establece que el responsable de la Oficina de la Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, en coordinación con todos los integrantes del equipo, elaborarán el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual deberá ser aprobado por el Titular responsable de la IPRESS e incluirá la fecha, hora y día en que se ejecutará la ronda, sin especificar el servicio o UPSS a visar,





Que, mediante Decreto Supremo N° 035-2020-SA, se estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el Artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, con el documento de Visto el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 0015-2026-GRL-GRSL/30.37, Autoriza la proyección del Acto Resolutivo de aprobación del "CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

Que, en ese contexto, mediante documento de visto la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, en el ámbito de sus funciones, remite el "CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, para su aprobación mediante acto resolutivo;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Oficina de Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

N° 015 - 2026-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Yurimaguas, 12 de enero de 2026

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N°008-2025-GRL-GRSL/30.37.03.0, de fecha 07 de enero del 2025.

Artículo 2°.- APROBAR, a partir del 12 de enero de 2026, el "CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2026", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, documento que como Anexo forma parte integrante de la Presente Resolución Directoral,

Artículo 3°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.



Regístrese y Comuníquese;



REGISTRO DE RESOLUCIONES
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSBY
CUI-0775 847-01401

CRONÓGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2026

IPRESS : HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
RESPONSABLE IPRESS : M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO



ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	30 / 01 / 2026	10 / 00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20 / 02 / 2026	10 / 00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20 / 03 / 2026	10 / 00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17 / 04 / 2026	10 / 00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16 / 05 / 2026	10 / 00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	19 / 06 / 2026	10 / 00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17 / 07 / 2026	10 / 00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14 / 08 / 2026	10 / 00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	18 / 09 / 2026	10 / 00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	09 / 10 / 2026	10 / 00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	06 / 11 / 2026	10 / 00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	04 / 12 / 2026	10 / 00

AL. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
COP. 10111 - RUC: 21001

LIC. ENP. FERNANDA RONTORRI DEHILA
COORDINADORA DE ENFERMERÍA
COP. 14998 - RUC: 20011

LIC. ENP. SONIA YON BANCOS AGUILO
COORDINADORA DE ENFERMERÍA
COP. 14998 - RUC: 20011

MG. CRISTÓFOL A. TORRES TELLO
JEFE DE ESPECIALIDAD Y SALUD MENTAL
COP. 14998 - RUC: 20011

Planificación y ejecución de la Ronda de Seguridad del paciente 2026

- ✓ La programación de las Rondas de Seguridad del Paciente, se encuentra inserto dentro del Cronograma del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2026, el cual fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 015-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente, es ejecutada por el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- ✓ Las RSP se ejecutan una vez por mes en los servicios críticos del HSGY.
- ✓ Las actividades de las Rondas de Seguridad del paciente, se ejecuta de acuerdo a lo dispuesto en 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".

II. ANÁLISIS Y RESULTADOS:

Durante el Primer Semestre 2026 fueron visitados las siguientes UPSS:

1. UPSS Emergencia (30.01.2026)
2. UPSS Centro Quirúrgico (20.02.2026)
3. UPSS Gineco Obstetricia (20.03.2026)
4. UPSS UCI Neonatal (17.04.2026)
5. UPSS Centro Obstétrico (16.05.2026)
6. UPSS UCI Adulto (19.06.2026)

2.1. RESULTADOS

1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS SEGÚN SERVICIOS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PRIMER SEMESTRE 2026

Fecha	UPSS visitada	Porcentaje de cumplimiento	Valoración de Riesgo
30/01/2026	EMERGENCIA	90%	Riesgo moderado
20/02/2026	CENTRO QUIRÚRGICO	94%	Riesgo moderado
20/03/2026	GINECO OBSTETRICIA	78%	Riesgo importante
17/04/2026	UCI NEONATAL	88%	Riesgo moderado
16/05/2026	CENTRO OBSTETRICO	89%	Riesgo moderado
17/06/2026	UCI ADULTO	97%	Riesgo muy bajo
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO		89.30%	Riesgo moderado

ANÁLISIS:

- Los resultados descritos en el cuadro, muestran un 89.3% del promedio general de cumplimiento de las buenas prácticas, siendo considerado como riesgo moderado.
- Las UPSS evaluadas fueron: Emergencia, Centro Quirúrgico, Gineco Obstetricia, UCI Neonatal, Centro Obstétrico y UCI Adulto.
- La UPSS UCI Adulto muestra un mayor cumplimiento de las buenas prácticas, siendo este el 97%, obteniendo un riesgo muy bajo.
- Observamos que la UPSS Gineco Obstetricia muestra el menor porcentaje de cumplimiento (78%), siendo el único clasificado como riesgo importante.
- Las UPSS Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI Neonatal y Centro Obstétrico, se encuentran clasificados dentro de la categoría de riesgo moderado.

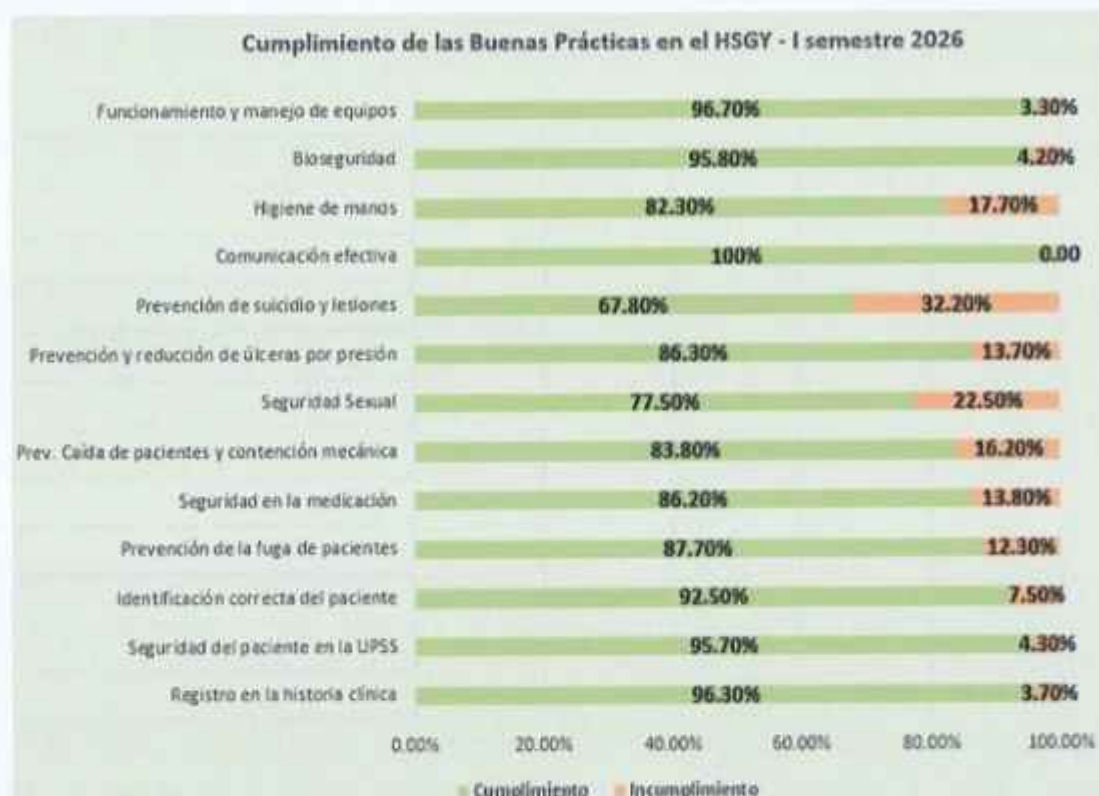
**RESULTADO MENSUAL DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
POR UPSS - I SEMESTRE 2026**

UPSS	MES	Reg. H.C.	Seg. UPSS	Ident. Corre.	Prev. Fuga.	Seg. Medi.	Prev. Caída	Seg. Sex.	Prev. UPP	Prev. Suicd.	Com. Efec.	Hig. Man	Biosegl.	Func. Equip	% Total
EMERGENCIA	Enero	95.00%	93.00%	100.00%	100.00%	80.00%	100.00%	80.00%	88.00%	80.00%	100.00%	75.00%	100.00%	80.00%	90%
CENTRO QUIRÚRGICO	Febrero	94.00%	95.00%	83.00%	83.00%	88.00%	100.00%	100.00%			100.00%	86.00%	100.00%	100.00%	94%
GINECO OBSTETRICIA	Marzo	95.00%	93.00%	86.00%	60.00%	89.00%	40.00%	60.00%	57.00%	43.00%	100.00%	88.00%	100.00%	100.00%	78%
UCI NEONATAL	Abril	94.00%	100.00%	86.00%	100.00%	100.00%	100.00%	25.00%	100.00%	60.00%	100.00%	100.00%	75.00%	100.00%	88%
CENTRO OBSTETRICO	Mayo	100.00%	93.00%	100.00%	83.00%	60.00%	83.00%	100.00%			100.00%	57.00%	100.00%	100.00%	89%
UCI ADULTO	Junio	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	80.00%	100.00%	100.00%	88.00%	100.00%	88.00%	100.00%	100.00%	97%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO		96.30%	95.70%	92.50%	87.70%	86.20%	83.80%	77.50%	86.30%	67.80%	100%	82.30%	95.80%	96.70%	89.30%

ANÁLISIS:

- El cuadro de resultado mensual de las buenas prácticas, observamos que este primer Semestre, las prácticas seguras de comunicación efectiva, fue el componente que alcanzó el 100% de cumplimiento por todos los servicios.
- Observamos también, que el componente de registro en la historia clínica (96.3% global) se ha cumplido por todas las UPSS con más del 90%, lo que indica mejoras en la misma.
- De igual manera el componente seguridad en la UPSS todas las UPSS cumplieron con más del 90%.
- Los componentes que tuvieron menor cumplimiento fueron: Prevención de suicidio (67.8%), seguridad sexual (77.5%), los cuales están por mejorar.
- En el componente prevención de caídas podemos observar que la UPSS Gineco Obstetricia es el que tienen menor porcentaje de cumplimiento (40%).
- Respecto al componente Higiene de Manos, la UPSS Centro Obstétrico tiene el menor porcentaje de cumplimiento (57%), siendo el servicio de UCI Neonatal el que presenta mejor porcentaje de cumplimiento (100%).
- La UPSS de UCI Adulto, obtuvo la mayor calificación de 95%, lo que lo cual lo califica como Riesgo Bajo.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIMER SEMESTRE 2026



ANÁLISIS:

- El gráfico muestra que el componente de comunicación efectiva no hubo incumplimiento, todos los ítems se cumplieron por todas las UPSS.
- Los componentes funcionamiento y manejo de equipos, registro en la historia clínica, seguridad del paciente en la UPSS y Bioseguridad, identificación correcta del paciente, fueron los componentes que tuvieron menor porcentaje de incumplimiento.
- El Componente prevención de suicidio y lesiones, registra el mayor porcentaje de incumplimiento de las buenas prácticas (32.2%), seguido del componente de seguridad sexual (22.5).
- Los demás componentes, se encuentran dentro del rango de 12.3% a 17.7%.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SEGÚN UPSS – PRIMER SEMESTRE 2026

a) UPSS EMERGENCIA



ANÁLISIS:

- Los resultados descritos en el presente gráfico, muestra que la UPSS Emergencia tiene un 90% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- La identificación correcta del paciente, prevención de la fuga de pacientes, prevención de caída y contención mecánica, comunicación efectiva y Bioseguridad, alcanzaron el 100% de cumplimiento, lo que indica una mejora significativa en la UPSS.
- Los componentes de registro en la historia clínica y seguridad en la UPSS, alcanzaron el 95% y 93% de porcentaje de buenas prácticas.
- El componente higiene d manos, alcanzó el menor cumplimiento 75%.

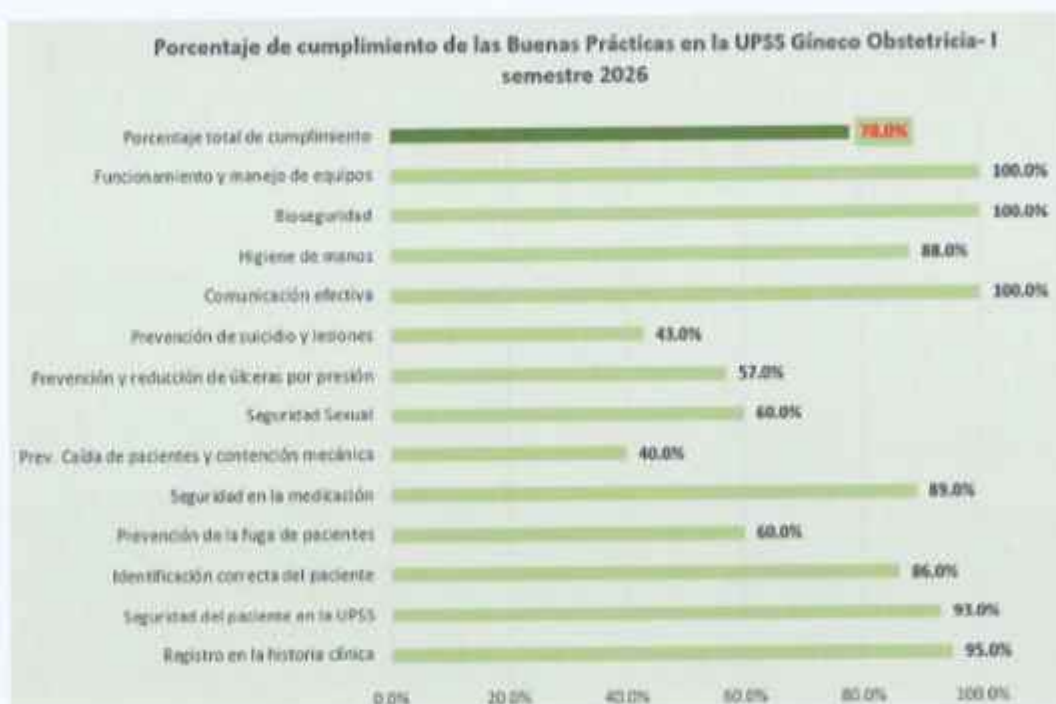
b) UPSS CENTRO QUIRÚRGICO



ANÁLISIS:

- La UPSS Centro Quirúrgico tiene un 94% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- Los componentes prevención de caídas, seguridad sexual, comunicación efectiva, Bioseguridad y funcionamiento de equipos, lograron el 100% de cumplimiento.
- Los demás componentes se encuentran entre el 95% y 83% de cumplimiento.
- Los componentes de identificación correcta de pacientes y prevención de la fuga de pacientes alcanzaron el 83% de porcentaje de buenas prácticas.

c) UPSS GINECO OBSTETRICIA



ANÁLISIS:

- La UPSS Gineco Obstetricia, logró el 78% de cumplimiento de las buenas prácticas, siendo el servicio de menor cumplimiento.
- La UPSS G.O. logró el 100% de cumplimiento en tres componentes: comunicación efectiva, Bioseguridad y funcionamiento de equipos, lograron.
- Los componentes prevención de caídas y prevención de suicidio y lesiones, tuvieron el menor porcentaje de cumplimiento 40% y 43% respectivamente.
- Dos componentes obtuvieron el 60%: prevención de la fuga de paciente y seguridad sexual;
- El componente de prevención de lesiones por presión tuvo 57% de cumplimiento.

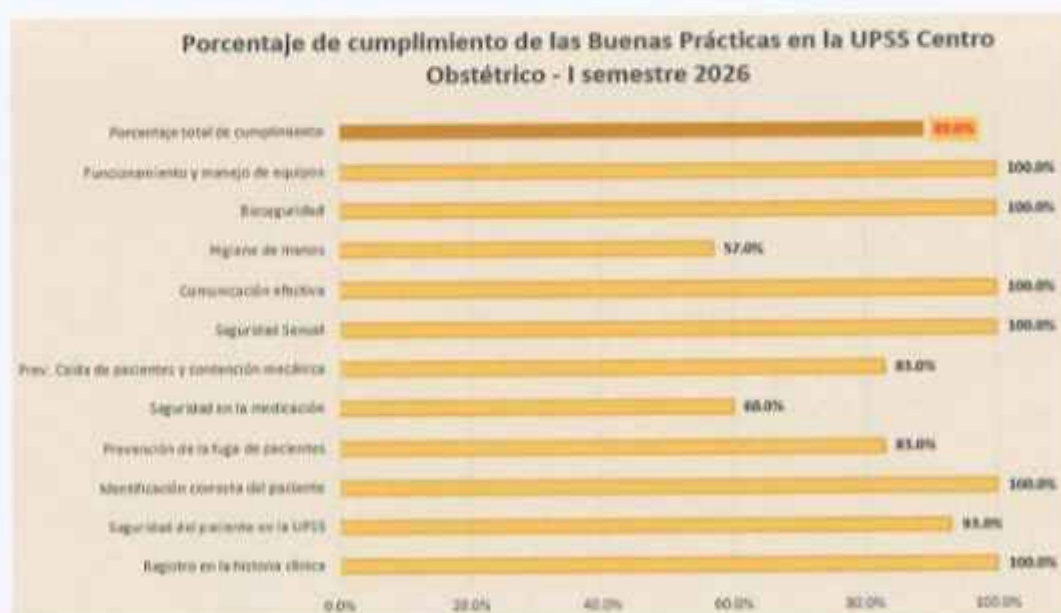
d) UPSS UCI NEONATAL



ANÁLISIS:

- La UPSS UCI Neonatal, logró el 88% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- En la UPSS UCI Neonatal. Ocho (08) componentes lograron el 100% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- El componente que tuvo menor cumplimiento de buenas prácticas fue la de seguridad sexual, que solo obtuvo el 25% de cumplimiento.
- El componente prevención de suicidio y lesiones obtuvo el 60% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- Los componentes de registro en la historia clínica, identificación correcta del paciente y bioseguridad, lograron el 94%, 86% y 75% respectivamente.

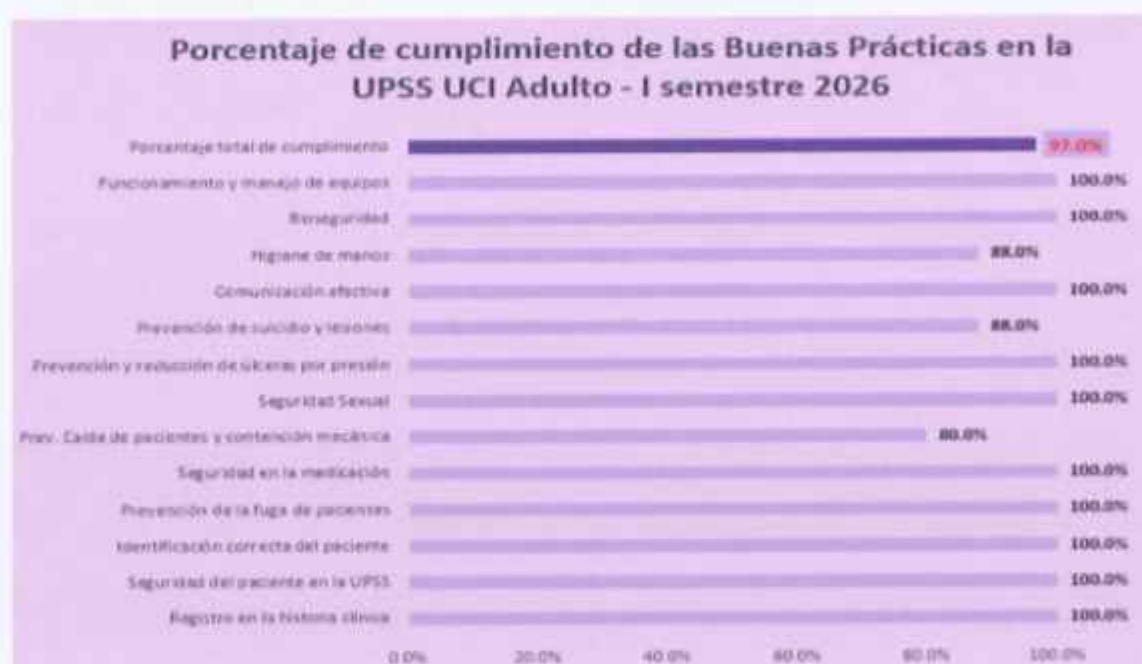
e) UPSS CENTRO OBSTÉTRICO



ANÁLISIS:

- La UPSS Centro Obstétrico, alcanzó el 89% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- En la UPSS Centro Obstétrico, seis (06) componentes lograron el 100% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- El componente que tuvo menor cumplimiento de buenas prácticas fue la de higiene de manos, que obtuvo el 57% de cumplimiento.
- El componente seguridad en la medicación obtuvo el 60% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- Los demás componentes: seguridad en la UPSS, prevención de fuga y prevención de caídas se encuentran entre 93% y 83% de cumplimiento respectivamente.

f) UPSS UCI ADULTO



ANÁLISIS:

- La UPSS UCI Adulto logró el 97% de cumplimiento de las buenas prácticas, siendo el servicio con mejor porcentaje de cumplimiento.
- En la UPSS UCI Adulto, diez (10) de sus componentes lograron el 100% de cumplimiento de las buenas prácticas.
- Los componentes de higiene de manos, prevención de caída y prevención de suicidio y lesiones, alcanzaron porcentaje entre 80% a 88% de cumplimiento.

2. CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS POR UPSS – PRIMER SEMESTRE 2026

N° DE RONDA	FECHA	UPSS VISITADA	% CUMPLIMIENTO DE ACCIONES IMPLEMENTADAS
1	30/01/2026	EMERGENCIA	80%
2	20/02/2026	CENTRO QUIRÚRGICO	83%
3	20/03/2026	GINECO OBSTETRICIA	74%
4	17/04/2026	UCI NEONATAL	89%
5	16/05/2026	CENTRO OBSTÉTRICO	80%
6	19/06/2026	UCI ADULTO	100%
% GLOBAL DE CUMPLIMIENTO			84.30%

- El cuadro muestra el porcentaje de cumplimiento de las acciones implementadas, que tiene como promedio global 84.3% alcanzado este primer semestre 2026.
- La UPSS de UCI Adulto implementó el 100% de sus acciones de mejora.
- Las UPSS Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI Neonatal y Centro Obstétrico lograron porcentajes entre 80% y 89%.
- La UPSS Gineco Obstetricia, tiene el que logró el más bajo porcentaje de cumplimiento de las acciones implementadas, el cual es de 74%.

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS - PRIMER SEMESTRE 2026

- UPSS EMERGENCIA: implementó el 80% de las acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORAS CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	90% (RIESGO MODERADO)	Reforzar en el personal, (mediante sesiones demostrativas) los pasos correctos para la correcta desinfección y lavado de manos, según la normativa vigente.	Se verifica el cumplimiento de la acción con el informe respectivo hacia la jefatura del servicio.	80%
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.		Se realizará evaluación y monitoreo periódico del cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos durante los 5 momentos, por áreas de trabajo, con el fin de asegurar y mantener un porcentaje de cumplimiento superior al 80% por parte del personal evaluado.	Se evidencia el monitoreo de los pasos correctos de la higiene de manos.	
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.		Incluir en el Protocolo de prevención de conductas suicidas, aspectos relacionados a la correcta ubicación del paciente, la sujeción mecánica, supervisión, registro de incidencias y control de visitas.	Se verifica que el protocolo de prevención de conductas suicidas, incluye información solicitada en la observación.	

Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	90% (RIESGO MODERADO)	Elaborar y formalizar un protocolo de seguimiento de pacientes con úlceras por presión, de los pacientes durante su estancia, el cual incluirá un cuaderno de registro específico que permita documentar la evolución, controles y cuidados realizados, garantizando un seguimiento adecuado y continuo.	El servicio cuenta con GPC de Dx y Tto de lesiones por presión que incluye aspectos relacionados al seguimiento del paciente y el registro respectivo.	80%
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.		Implementar un sistema de registro y notificación de la información que se imparte a los pacientes y/o familiares, respecto a los medicamentos que recibe el paciente: dosis, horario, efectos secundarios	No hay evidencia de la información brindada a los pacientes	
Existencia de un registro de medicamentos controlados.		Implementar un registro en físico y/o digital de medicamentos controlados en el servicio de Emergencia, en coordinación con los responsables de Farmacia.	El servicio ha implementado el registro de medicamentos controlados.	
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.		Solicitar mediante documento a la Unidad de Ingeniería Hospitalaria, el cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos, el cual será verificado mediante la revisión y visualización de las tarjetas de mantenimiento correspondientes.	Se evidencia que cumplen con el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos.	
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.		Incluir dentro del Protocolo de recepción del paciente, la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización. Asimismo, se colocarán afiches informativos en zonas visibles del servicio y se instruirá al personal para que informe y socialice esta normativa con los usuarios durante su estancia en Emergencia.	El servicio cuenta con información referente a la prohibición de mantener RR.SS en los ambientes hospitalarios, información contenida en el protocolo y en los afiches.	
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.		Mediante documento, se solicita de forma reiterativa el mantenimiento correctivo del sistema de llamado de Enfermería (timbres).	No cumple - Timbre inoperativo.	
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)		Reiterar mediante memorándum al personal Médico y con carácter sancionador, la obligatoriedad de registrar en código CIE 10 de todos los diagnósticos médicos en la historia clínica del paciente.	Se verifica el uso del CIE 10 en los diagnósticos médicos.	

ANÁLISIS:

- La UPSS Emergencia se clasifica como **Riesgo Moderado**.
- Faltó la implementación de dos de sus acciones de mejora las cuales son:

1. Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe

Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Implementar un sistema de registro y notificación de la información que se imparte a los pacientes y/o familiares, respecto a los medicamentos que recibe el paciente: dosis, horario, efectos secundarios	NO
--	--	----

2. Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.

Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Mediante documento, se solicita de forma reiterativa el mantenimiento correctivo del sistema de llamado de Enfermería (timbres).	NO
---	--	----

- Las demás acciones implementadas se han cumplido de acuerdo a lo descrito en el Plan de Acción.

2. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO: Implementó el 83% de sus acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORAS CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	94% (RIESGO MODERADO)	Supervisión y Evaluación permanente al personal de Centro Qx. Respecto al cumplimiento de la higiene de manos durante los 5 momentos (OMS) de la actividad asistencial.	SE evidencia el cumplimiento del monitoreo de la higiene de manos durante los 5 momentos, al personal de Centro Qx. Cumpliendo con más de 80%.	83%
En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.		Mediante memorándum se dispondrá que el anestesiólogo que interviene en el acto quirúrgico, sea el mismo para el monitoreo, evaluación y alta del paciente en URPA.	Se verifica emisión del documento y cumplimiento del mismo.	
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.		La UPSS, cuenta con Registros de Medicamentos e Insumos de control de vencimiento/ caducidad. Se supervisará de forma diaria el Stock de Medicamentos, lote y fecha de vencimiento.	Se verifica el registro de medicamentos controlados.	
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.		Se implementará en URPA, un cartel visible por cada paciente identificando el riesgo de caídas.	Se verifica dentro del cartel visible con datos del paciente el registro de riesgo de caídas.	
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.		Verificar y supervisar permanentemente, que todo paciente que ingrese a SOP. Cuente con el registro completo del Consentimiento Informado	Se evidencia el uso y llenado completo del formato de consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas.	
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.		Verificar y supervisar que en la hoja de recomendaciones terapéuticas de la Historia Clínica, se encuentre plasmado, el riesgo de fuga del paciente.	No cumple	

ANÁLISIS:

- La UPSS Centro Quirúrgico obtuvo 94% de cumplimiento de buenas prácticas lo cual lo clasifica como **Riesgo Moderado**.
- Implementó cinco de las seis acciones propuestas.
- Solo no implementó una de sus acciones:

Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar y supervisar que en la hoja de recomendaciones terapéuticas de la Historia Clínica, se encuentre plasmado, el riesgo de fuga del paciente.	NO
---	--	----

- Las demás acciones se implementaron de forma normal.

3. UPSS GINECO OBSTETRICIA: Implementó el 74% de sus acciones de mejora, quedando por implementar dos acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORAS CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	78% (RIESGO IMPORTANTE)	Se organizará prácticas de higiene de manos con el equipo de trabajo en cada turno para reforzar el cumplimiento de los cinco momentos.	La UPSS G.O. realizó el monitoreo del cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos.	74%
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.		Se emitirá un memorando al personal asistencial, a fin de reforzar la identificación del riesgo de suicidio y garantizar su registro oportuno y completo en la historia clínica.	Se verifica la emisión del memorándum y el registro de riesgo de suicidio en la historia clínica.	
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.		Se comunicará al personal, mediante memorando, que todo paciente al ingreso hospitalario debe contar con una evaluación del riesgo de caída y registrarlo en la Historia Clínica.	Se verifica la emisión del memorándum y el registro de riesgo de caída en el Kardex y en la cabecera de la cama del pte.	
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.		Se coordinará con el personal, la incorporación obligatoria del registro de la información brindada al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos en la historia clínica o Kardex durante la atención.	no cumple	
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.		Se coordinará con el personal, la incorporación obligatoria del registro de la información brindada al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos en la historia clínica o Kardex durante la atención.	no cumple	
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización		Se socializará con el personal realizar la valoración del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes a su ingreso a hospitalización y se incorporará el ítem de dicha valoración en el Kardex.	no cumple	
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.		Se emitirá memorando dirigido a todo el personal, reforzando la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente mediante el brazalete y la confirmación verbal antes de la realización de cualquier procedimiento.	Se verifica el acta de reunión, se indica el cumplimiento de la verificación de la identidad del paciente, empleando los diez correctos.	
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.		Se incluirá dentro del protocolo de prevención de conductas suicidas la correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Se verifica que dentro del protocolo de riesgo de suicidio, la indicación de la ubicación correcta del paciente.	
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.		Se socializará con el personal de salud la importancia de garantizar que el paciente y su familia reciban educación sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presión, asegurando además que dicha intervención quede debidamente registrada como evidencia en la historia clínica.	no cumple	

Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Se implementará el protocolo de prevención del riesgo de suicidio conforme a la normativa vigente del MINSA, asegurando su socialización con el personal asistencial y el registro correspondiente en la atención.	Se verifica la socialización mediante memorándum del protocolo de riesgo de suicidio	74%
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Se socializará con el personal asistencial la obligación de informar al paciente y su familiar sobre la prohibición de ingreso de objetos de riesgo; asimismo, se colocarán carteles visibles en el servicio.	Memorandum que indica que deben informar a los pacientes y familiares, la prohibición de ingreso al servicio de objetos peligrosos. Se verifica lámina con figuras de objetos prohibidos.	
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Se socializará con el personal asistencial la obligatoriedad de evaluar y registrar el riesgo de agresión sexual (víctima o agresor) al ingreso y durante la estancia del paciente, considerando factores conductuales y sociales.	Se verifica memorandum indicando la obligatoriedad de evaluar y registrar riesgo de agresión sexual.	
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se emitirá memorando al personal asistencial sobre la obligatoriedad de evaluar y registrar el riesgo de fuga al ingreso y durante la estancia, reservando la contención mecánica únicamente para riesgo	Se verifica memorandum indicando la obligatoriedad de evaluar y registrar riesgo de fuga y su registro en el kardex.	
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se emitirá memorandum a todo el personal para el llenado correcto del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Memorandum que indica que deben llenar el consentimiento informado de actividades de docencia, también se verifica los formatos llenados correctamente.	
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normativa vigente.	Se emitirá memorando al personal médico sobre la obligatoriedad de completar, firmar y archivar el Consentimiento Informado en la historia clínica antes de todo procedimiento, conforme a normativa vigente.	Memorandum que indica que deben llenar el consentimiento informado, también se verifica los formatos llenados correctamente.	
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se socializará con todo el personal la obligación de informar a todo paciente que está prohibido mantener relaciones sexuales durante su hospitalización.	Se verifica memorandum de la prohibición de mantener RR.SS. En el servicio de hospitalización. Se indagó al respecto y pacientes y familiares refieren haber recibido la información.	
Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Se socializará con el personal técnico en enfermería la importancia de brindar educación al paciente y su familia sobre el uso seguro del baño, ducha y lavadero, así como la realización de cambios posturales periódicos.	Se verifica la emisión del memorandum que deben informar al pte. respecto al uso de los baños; asimismo se indagó los pacientes y familiares, refieren haber sido informados.	
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Se implementará un formato de orientación al paciente y/o familiar al ingreso al servicio, que incluya educación sobre prevención de caídas, úlceras por presión, uso seguro del entorno (baño y ducha).	no cumple	
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Se gestionará mediante oficio al área de logística la dotación suficiente de ropa hospitalaria; así mismo, socializar con el personal la importancia de garantizar su uso en los pacientes para una fácil identificación.	La jefatura solicitó la adquisición de material y la confección de ropa hospitalaria para pacientes.	

ANÁLISIS:

- La UPSS Gineco Obstetricia tiene como promedio de cumplimiento de Buenas práctica el 78%, lo que lo clasifica como **Riesgo Importante**.
- Implementó catorce de las diecinueve acciones de mejora propuestas.
- No se implementó cinco de sus acciones de mejora, estas son:

Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Se coordinará con el personal, la incorporación obligatoria del registro de la información brindada al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos en la historia clínica o Kardex durante la atención.	NO
--	--	----

- Respecto a esta acción propuesta, no se evidenció información sobre el cumplimiento de la misma.

Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Se coordinará con el personal, la incorporación obligatoria del registro de la información brindada al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos en la historia clínica o Kardex durante la atención.	NO
---	--	----

- No se evidenció que se brinde información a los pacientes.

Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Se socializará con el personal realizar la valoración del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes a su ingreso a hospitalización y se incorporará el ítem de dicha valoración en el Kardex	NO
---	---	----

- No hay evidencia de la socialización de la información.

Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Se socializará con el personal de salud la importancia de garantizar que el paciente y su familia reciban educación sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presión, asegurando además que dicha intervención quede debidamente registrada como evidencia en la historia clínica.	NO
---	---	----

- No hay evidencia de la información.

Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Se implementará un formato de orientación al paciente y/o familiar al ingreso al servicio, que incluya educación sobre prevención de caídas, úlceras por presión, uso seguro del entorno (baño y ducha), medicación y signos de alarma.	NO
---	---	----

- No hay evidencia de la información.

- Las demás acciones se cumplieron según lo descrito en el Plan de Acción, las mismas que se evidencia en el anexo 6.

4. UPSS UCI NEONATAL: Implementó el 89% de sus acciones de mejora, quedando por implementar una de sus acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORAS CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	88% (RIESGO MODERADO)	SE IMPLEMENTARÁ CON MATERIAL VINIL ADHESIVO QUE SE SOLICITARÁ A ADMINISTRACIÓN DE ACUERDO A LA NORMA TÉCNICA N°244- MINSU/DGIN-2026 NUEVA GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	Se evidencia la señalización de las zonas rígidas.	89%
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.		SE IMPLEMENTARÁ EL ÍTEM DE RIESGO DE CAÍDA EN EL CARTEL VISIBLE DEL PACIENTE	Se verifica el ítem de riesgo de caída en la cabecera de la cuna.	
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.		SE COORDINARÁ CON RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL USO DE CARE BUNDLE	no se implementó	
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.		MEDIANTE DOCUMENTO SE DARÁ LA INDICACIÓN A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO QUE MANERA OBLIGATORIA DEBE INFORMAR AL FAMILIAR SOBRE LA PROHIBICIÓN DE INGRESO DE ELEMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR DAÑO	Evidencia del memorándum y su cumplimiento, se verificó la información brindada a los pacientes.	
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.		SE COLOCARÁ LETREROS EN LUGARES VISIBLES ACERCA DE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES Y TAMBIÉN INFORMACIÓN AUDIOVISUAL, SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR.	Se verifica la publicación de afiches relacionados a las agresiones sexuales.	
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.		SE COLOCARÁ LETREROS EN LOS AMBIENTES DE ESPERA DE LOS FAMILIARES SOBRE LA PROHIBICIÓN DE MANTENER RELACIONES SEXUALES EN LA INSTITUCIÓN	Se verifica la publicación de afiches relacionados al tema de prohibición de RRSS en los servicios de hospitalización.	
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas <u>presuntos conductas suicidas en el entorno.</u>		MEDIANTE DOCUMENTO SE INDICARÁ A TODO EL PERSONAL LICENCIADO EN ENFERMERÍA REGISTRAR EN LAS NOTAS SI PRESENTA RIESGO DE SUICIDIO.	Se evidencia memo indicando que deben realizar el registro respectivo.	
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.		MEDIANTE DOCUMENTO SE INDICARÁ A TODO EL PERSONAL LICENCIADO EN ENFERMERÍA REGISTRAR EN LAS NOTAS SI PRESENTA AUN TIPO DE AGRESIÓN O VIOLENCIA DOMÉSTICA.	Se evidencia memo indicando que deben realizar el registro respectivo referente a agresión sexual.	
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.		SE LE INDICA MEDIANTE MEMORANDO A TODO EL PERSONAL MÉDICO EL REGISTRO OBLIGATORIO DEL REGISTRO DE LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES.	Evidencia del memorándum y su cumplimiento, se verificó la información en la historia clínica de los pacientes.	

ANÁLISIS:

- La UPSS UCI Neonatal, tiene un promedio de cumplimiento de buenas prácticas de 88% lo que lo clasifica como **Riesgo Moderado**.
- Implementó ocho de las nueve acciones de mejora propuestas.
- No implementó solo una de sus acciones de mejora, el cual es:

El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SE COORDINARÁ CON RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL USO DE CARE BUNDLE	NO
--	---	----

- No se implementó el Care Bundle, acción que corresponde a Epidemiología, el mismo que se encuentra en proceso de implementación.
- Las demás acciones fueron implementadas según Plan de acción de la UPSS, las mismas que se describen en el cuadro.

5. UPSS CENTRO OBSTÉTRICO: Implementó el **80%** de sus acciones de mejora, quedando por implementar dos acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORAS CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	89% (RIESGO MODERADO)	Se realizarán supervisiones periódicas al personal asistencial para verificar el cumplimiento de los ocho pasos de la desinfección de manos, brindando retroalimentación inmediata ante las oportunidades de mejora identificadas.	No se verificó el monitoreo con las fichas de evaluación (check list) de los 8 pasos de la H.M.	80%
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).		Se desarrollarán capacitaciones teórico-prácticas y demostraciones dirigidas al personal asistencial sobre la correcta ejecución de los once pasos del lavado de manos, conforme a la normativa vigente.	Se desarrolló la práctica de los pasos correctos del lavado de manos y la verificación con la ficha check list.	
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.		Se implementarán supervisiones periódicas mediante listas de verificación y observación directa para evaluar el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos, promoviendo la adherencia a las prácticas seguras de atención.	No se realizó la observación de los 5 momentos de la H.M.	
Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.		Mediante memorándum, se formalizará la responsabilidad del obstetra tratante de informar al paciente sobre los medicamentos prescritos, su finalidad terapéutica y los horarios establecidos para su administración.	Evidencia del memorándum y su cumplimiento.	
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.		Mediante memorándum, se dispondrá que el obstetra responsable del cuidado del paciente verifique sistemáticamente el cumplimiento de los cinco correctos antes de la administración de medicamentos.	Evidencia del memorándum y el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos.	

Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	89% (RIESGO MODERADO)	Mediante memorándum, se asignará a las obstetras la responsabilidad de brindar información y consejería a los pacientes respecto de los posibles efectos secundarios y reacciones adversas asociadas a los medicamentos prescritos.	Evidencia del memorándum y la evidencia de la información al paciente y familia sobre los medicamentos.	80%
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.		Mediante memorándum, se establecerá la responsabilidad del obstetra tratante de informar a los pacientes sobre los medicamentos que puedan ocasionar somnolencia, mareos, confusión u otras alteraciones que afecten su estado de alerta, orientación o capacidad de respuesta y se registrará	Evidencia del memo y registro respectivo en la historia clínica	
Existencia de un registro de medicamentos controlados.		Se implementará un registro físico debidamente organizado para el control y seguimiento de la recepción, almacenamiento, dispensación y uso de medicamentos sujetos a control especial, <u>garantizando su trazabilidad.</u>	Evidencia del registro de medicamentos controlados.	
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la <u>contención mecánica.</u>		Se emitirá memorándum al personal de Obstetricia disponiendo la valoración sistemática del riesgo potencial de fuga de los pacientes y el registro correspondiente en el Kardex de Obstetricia.	Evidencia del memo y registro respectivo en la historia clínica sobre riesgo de fuga.	
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		Se implementará un registro físico para la notificación, seguimiento y control de los accidentes de trabajo ocurridos al personal asistencial, con la finalidad de fortalecer la vigilancia y la prevención de riesgos laborales.	se evidencia el registro de accidentes de trabajo	

ANÁLISIS:

- La UPSS Centro Obstétrico, está clasificado dentro de **Riesgo Moderado** con un porcentaje de 89% de cumplimiento de buenas prácticas.
- Implementó ocho de sus diez acciones de mejora propuestas.
- No implementó dos de sus acciones de mejora, las cuales son:

HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Se realizarán supervisiones periódicas al personal asistencial para verificar el cumplimiento de los ocho pasos de la desinfección de manos, brindando retroalimentación inmediata ante las oportunidades de mejora identificadas.	NO
------------------	--	--	----

- No se evidenció la supervisión de la higiene de manos con alcohol gel.

Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Se implementarán supervisiones periódicas mediante listas de verificación y observación directa para evaluar el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos, promoviendo la adherencia a las prácticas seguras de atención.	NO
--	---	----

- No se evidenció la supervisión periódica de los 5 momentos de la higiene de manos, no cumpliendo con la acción propuesta.
- Las otras acciones descritas en el plan de acción, se cumplieron según establecido por el servicio.

6. UPSS UCI ADULTO: Implementó el 100% de sus acciones de mejora.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	97% (RIESGO MUY BAJO)	Mediante memorandum recordar a todo el personal, la importancia del cumplimiento de los 5 momentos de la higiene de manos durante la atención sanitaria. Supervisar el cumplimiento de la adherencia a los 5 momentos de la H.M. al 100% del personal del servicio.	Se evidenció el monitoreo de la adherencia a la higiene de manos a través del formulario de observación, se logró más del 80% de cumplimiento.	100%
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.		Emitir documento de cumplimiento, para asegurar el registro médico en la historia clínica, del riesgo de suicidio del paciente, registro de antecedentes.	Mediante Informe, la jefatura del servicio hace observaciones respecto al cumplimiento del ítem evaluado y pide considerar la observación.	
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.		Registrar por turnos los cambios de sujeción mecánica y evaluación de zonas sometidas a presión a fin de evitar complicaciones en el estado de la piel.	Se evidencia el registro de sujeción mecánica de pacientes y la evaluación de las zonas sometidas a	
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.		Implementar un registro de reevaluación periódica del paciente y tiempo de sujeción mecánica.	Se evidencia el registro respectivo de sujeción mecánica de pacientes.	

ANÁLISIS:

- La UPSS UCI Adulto, según su porcentaje de cumplimiento (97%) de buenas prácticas se clasifica como **Riesgo muy bajo**.
- Implementó el 100% de sus diez acciones de mejora propuestas.
- Todas las acciones se evidenciaron según se describe en el cuadro.

INDICADORES DE LA EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD – PRIMER SEMESTRE 2026

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN		%
				I TRIM	II TRIM	
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO	25.0%	25.0%	50.0%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	87.3%	91.3%	89.3%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100	PROCESO Y RESULTADO	79.0%	89.7%	84.3%

ANÁLISIS:

- Se ejecutaron el 50% de las Rondas programadas en el Cronograma 2026, siendo el 100% para este primer semestre 2026.
- El porcentaje global de cumplimiento de buenas prácticas fue de 89.3%.
- El porcentaje global de acciones de mejora implementadas fue de 84.3%.

Acceso al Consolidado Integral: Los datos detallados por servicio (Resultados de Evaluación, se encuentran estructurados directamente en el siguiente enlace web obligatorio: (INSERTAR AQUÍ EL ENLACE DRIVE DE LA MATRIZ EXCEL CONSOLIDADA PROPORCIONADA POR LA UFGCS/DVMPAS/MINSA)

Enlace DRIVE: <https://drive.minsa.gob.pe/login>

III. CONCLUSIONES

- Las Rondas de Seguridad del Paciente del primer semestre 2026, se realizaron según lo programado en el Cronograma anual de RSP.
- En la ejecución de las RSP, se priorizaron los servicios críticos, se realizó una ronda por mes.
- Las UPSS evaluadas en este primer semestre 2026 fueron: Emergencia, Centro Quirúrgico, Gineco Obstetricia, UCI Neonatología, Centro Obstétrico, y UCI Adulto.
- Cada Ronda de Seguridad, generó un Acta de Compromiso y remitida a la jefatura del servicio.
- Las observaciones estuvieron centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente en los servicios críticos y en aspectos relacionados con la Calidad.

- El Secretario Técnico ingresó la información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente; presentó la hoja de resultados de la evaluación, con la firma de todos los miembros del Equipo.
- En el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, se adjunta la hoja de resultados de evaluación, la matriz de los planes de acción y ficha de monitoreo.
- El promedio general de cumplimiento de las buenas prácticas de 89.3%.
- Los servicios con mejor cumplimiento de buenas prácticas fueron: UCI Adulto (97%), Centro Quirúrgico (94%) y Emergencia (90%).
- Seguimiento de Centro Obstétrico (89%), UCI Neonatología (88%).
- La UPSS de Gineco Obstetricia fue el que menor porcentaje obtuvo (78%).
- La Clasificación global de riesgo en este primer semestre es de Riesgo Moderado.
- Solo una de las UPSS (Gineco Obstetricia), se encuentra en Riesgo Importante, las demás UPSS se encuentran en riesgo moderado.
- Solo la UPSS de UCI Adulto se encuentra con Riesgo muy bajo..
- El promedio general de las acciones de mejora implementadas fue de 84.3%.
- Las UPSS Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Quirúrgico, UCI Neonatología y Centro Obstétrico, implementaron entre el 80% a 89% de sus acciones de mejora.
- La UPSS Gineco Obstetricia, tuvo el menor porcentaje de implementación el cual fue de 74%.
- En las acciones de mejora, se priorizaron acciones orientadas a mejorar la adherencia a la higiene de manos en los 5 momentos, y prevención de las IAAS.

IV. RECOMENDACIONES

- ☆ Mejorar los procesos de atención de la salud de los usuarios externos, identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios hospitalarios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ☆ Las jefaturas de las UPSS visitadas, deben implementar acciones para la mejora de la atención, teniendo en cuenta como prioridad, acciones que promuevan el correcto cumplimiento de la Higiene de Manos en todo el personal a su cargo.
- ☆ Desarrollar actividades de enseñanza aprendizaje con el personal profesional y no profesional, respecto a las prácticas seguras en la atención del paciente.
- ☆ Realizar comunicación recíproca entre el paciente y familiares, respecto a informarles sobre el estado de su salud, medicamentos, entre otros.
- ☆ Recibir las sugerencias y/u observaciones de los pacientes y familia, a fin de identificar mejoras para el servicio visitado.
- ☆ Los servicios deben implementar de forma permanente el sistema de vigilancia, registro y notificación de Eventos Adversos.
- ☆ Las jefaturas de los servicios, deben capacitar y monitorizar a su personal respecto al cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos (alcohol gel y jabón líquido) de forma permanente, así como también vigilar el cumplimiento de la H.M. durante los Cinco Momentos.
- ☆ Las jefaturas deben realizar la socialización de las Normas Técnicas emanadas por el MINSA, e implementar su uso respectivo (Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica y otras) y vigilar el cumplimiento de la los mismos.
- ☆ Implementar procesos de Mejora, mediante la elaboración de Planes de Mejora de la Calidad de Atención en cada servicio de acuerdo a los verificadores inseguros.

- ☆ El servicio de Farmacia, deberá realizar la supervisión y monitoreo permanente del adecuado uso, manejo, conservación y almacenamiento de los medicamentos.
- ☆ Las UPSS deben contar con el plan de mantenimiento de sus equipos biomédicos y monitorizar el cumplimiento del cronograma respectivo.
- ☆ Mantener una adecuada comunicación, personal de salud – paciente y familia, respecto a los aspectos relacionados a su enfermedad.
- ☆ Implementar protocolos, guías de procedimientos asistenciales que se realizan en los servicios como, por ejemplo: prevención y manejo de lesiones por presión, prevención de fuga y caídas, suicidio, entre otras.
- ☆ El servicio de vigilancia deberá implementar el Protocolo de Fuga de paciente.

V. ANEXOS SUBIDOS AL ENLACE DRIVE MINSA

1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. EVIDENCIA MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/UPSS

Se deja Constancia de que los anexos detallados a continuación no se adjuntan en formato físico o de manera individual a este informe, ya que han sido cargados de forma obligatoria en la matriz del enlace Drive MINSA provisto en la sección.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENP. FABRICEA REATEGUI DAVILA
CEP: 24260 / ESPEC. EPIDEMIOLOGIA - RES: 027470
JEFE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD