



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



U.E. RED DE SALUD HUAROCHIRI

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 00019 - 2026 DIRESA LIMA-UE1404-DE/AL

Santa Eulalia, 30 de enero de 2026

VISTO:

Informe N° 01-2026-DIRESA LIMA-UE 1404-DE-OSI/SGC, de fecha 29 de enero del 2026, suscrito por la Coordinadora de Gestión de Calidad; oficio N° 072-2026-DIRESA LIMA-UE 1404-DE/HSJM. De fecha 29 de enero del 2026, suscrito por el director del Hospital San Juan de Matucana; informe N° 005-2026-CALIDAD-HSJM, de fecha 29 de enero del 2026, suscrito por el Encargado del Área de calidad de salud del Hospital San Juan de Matucana, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que: "los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos incensarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda";

Asimismo, en su artículo 96° de la norma antes descrita, establece que a fin de dar cumplimiento lo dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento "los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generen riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";

Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene como objeto establecer los principios, normas metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante 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 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





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



U.E. RED DE SALUD HUARACHIRI

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 calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atenciónes salud;

Que, el numeral 6.1.2 de las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente de la precitada 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, elaboraran el cronograma anual de Rondas de Seguridad de Paciente, el cual debe ser aprobado y firmado por el responsable de la IPRESS e incluirá la fecha, hora y día en que se ejecutara la ronda, sin especificar el servicio o UPPSS a visitar;

Que, el Plan y Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente - Hospital San Juan de Matucana 2026, tiene por finalidad contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en los diferentes servicios asistenciales del Hospital San Juan de Matucana;

Que, en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral N° 025-2025-GRL-GGR, de fecha 29 de enero del 2025, donde se designa al **C.D JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA**, en el cargo de Director Ejecutivo de la RIS de Huarochiri de la Dirección Regional de Salud de Lima, del Gobierno Regional de Lima, y en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones de la U.E. Red de Salud de Huarochiri, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2011- CR-RL;

Con la visación de la Dirección de la Oficina de Administración, Dirección de la Oficina de Salud Integral, y de la Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 1404 RIS Huarochiri;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR, el PLAN Y CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA 2026.

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a todas las unidades orgánicas pertinentes e integrantes, los cuales dese plena las funciones propias del comité de la cual forman parte, sin perjuicio de las funciones que en forma permanente vienen desarrollando.

ARTICULO TERCERO. - ENCARGAR, al responsable de actualización del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Red de Salud de Huarochiri, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web institucional www.redhuarochiri.gob.pe.
Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

Distribución:

- Dirección Ejecutiva ()
- Oficina de Administración ()
- Oficina de Salud Integral ()
- Asesoría Legal ()
- Interesados ()
- Archivo ()

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA
REDES INTEGRADAS DE SALUD HUARACHIRI
D. JORGE ERASMO TOMAILLA TENAZOA
C.O.P. N° 16102
DIRECTOR EJECUTIVO

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

PLAN Y CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – HOSPITAL DE MATUCANA 2026



**Unidad de Gestión de
Calidad
2026**

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
MC. GLORIA F. AURIS ROMERO	MC. DAVID TOLENTINO JUSTO	MC. DAVID TOLENTINO JUSTO

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. FINALIDAD

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

3.2 Objetivos Específicos

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

V. BASE LEGAL

VI. CONTENIDO

6.1 Definiciones Operacionales

6.2 Disposiciones Generales

6.3 Descripción de Funciones

6.4 Nivel de Responsabilidad

VII. PRESUPUESTO

VIII RESPONSABLES

IX ANEXOS

MY

Mc: David M. Tolari
C.M.P. 07683 R2

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

I. INTRODUCCIÓN.

La seguridad del paciente es “Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen, la OMS estableció importantes iniciativas mundiales en materia de seguridad del paciente siendo uno de ellos la aprobación del “Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021 – 2030” en la 74ª Asamblea Mundial de salud celebrada en mayo del 2021 con el propósito de implementar acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo.

La OMS promueve y difunde múltiples herramientas para mejorar la cultura de seguridad, entre ellas la Ronda de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, siendo esta practica recomendada para incrementar la seguridad de todos los servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

Las Rondas de Seguridad del Paciente consisten en establecer una visita planificada a cargo del Equipo de Rondas para la Seguridad del Paciente, con la finalidad de establecer una interacción directa con el paciente, familia y personal de salud en las diferentes áreas detectando practicas inseguras durante la atención de salud para la programación e implementación de acciones de mejora, promoviendo así la gestión de riesgos, implicando a los Directivos asistenciales y cuidando en todo momento el de brindar una actitud educativa.

A continuación, se presenta el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan de Matucana, para el año 2025, enmarcado en la RM N° 163-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”.

II. FINALIDAD.

Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en los diferentes servicios asistenciales del Hospital San Juan de Matucana.

Handwritten signature
Dr. David M. Tejedor Justo
C.M.P. 078003 R.N.A. 07050

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

Fortalecer la cultura de Seguridad a través de la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud, en el Hospital San Juan de Matucana.

3.2 Objetivos Específicos.

- 3.2.1 Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en los diferentes servicios asistenciales del Hospital San Juan de Matucana.
- 3.2.2 Establecer una culta de buenas prácticas de atención en la UPSS asistenciales y no asistenciales del Hospital San Juan de Matucana.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Plan de Rondas de Seguridad del Paciente se aplica en todas las UPSS / Áreas del Hospital San Juan de Matucana.

V. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, “Ley General de Salud”.
- Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”.
- Ley N° 27806 “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”.
- Ley N° 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.
- Ley N° 27815, “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
- Ley N° 27867, “Ley orgánica de Gobiernos Regionales”.
- Ley N° 29344, “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”.
- Ley N° 29414 “Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud”.
- Decreto Supremo N° 026-2020, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País saludable”.
- Decreto Supremo N° 002-2019/SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

- Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 172-MINSA-2021-DGAIN, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la atención de salud ambulatoria, quirúrgica electiva, en hospitalización y servicios médicos de apoyo, frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú.
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 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° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud -SUSALUD.
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y desinfección de Ambientes en los EESS.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.

[Handwritten signature]

[Stamp: David M. Tolentino Justo, C.M.P. 078603, R.N.A. 07630]

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

- 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° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/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° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del "Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 489-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el "Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".

VI. CONTENIDO.

6.1 Definiciones Operacionales.

- **Acciones de mejora:** conjunto de actividades preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización para la mejora continua, que agregan valor a los productos.
- **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Apreciación del riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.
- **Atención Segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- **Atención centrada en el paciente:** Proporcionar atención donde se respeten y respondan a las preferencias individuales de cada paciente, sus necesidades y

MC David M. Tolentino Justo
C.M.P. 075633 R.N.A. 0705

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

valores, garantizando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

- **Antisepsia de Manos:** se refiere al lavado de manos antiséptico o sea la fricción de manos con un antiséptico (uso de alcohol gel).
- **Antiséptico:** sustancia antimicrobiana que se aplica en la piel para reducir en numero la flora microbiana presente.
- **Antiséptico a base de alcohol:** preparado (liquido, el o espuma) que contiene alcohol, destinado a la higiene y antisepsia de manos.
- **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falta activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Complicación:** Resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- **Cuasi incidente:** Evento relacionado con la seguridad del paciente que no alcanza al paciente por contar con alguna barrera de seguridad que resguarda al paciente.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- **Daño producto de la atención en salud:** un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.
- **Daño no intencional:** la Alianza Mundial para la seguridad del paciente define seguridad de paciente como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.
- **Desinfectante alcohólico para la fricción de las manos:** producto alcohólico (liquido, gel o espuma) destinado a la aplicación en las manos con el fin de reducir el crecimiento de microorganismos. Tales productos pueden contener uno o mas tipos de alcohol con excipientes, otros principios activos y humectantes. (formulación recomendada, según OMS, alcohol isopropílico al 75% (v/v), glicerol al 1.45% (v/v) y peróxido de hidrogeno al 0.125% (v/v).
- **Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (Comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión). No todos los errores producen daño o lesión.

Dr. David M. Tolentino Jr.
C.M.P. 078003 R.N.A. 0708

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

- **Error de Medicación:** Es cualquier evento prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- **Error Asistencial:** Es una falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que forma parte del proceso asistencial y que origina la ocurrencia de un evento adverso, pudiendo generarse desde la planeación de la atención ya sea por acción u omisión.
- **Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mejora de la Higiene de Manos:** la estrategia Multimodal de la OMS es una metodología basada en directrices desarrolladas por esta institución, con el objetivo de modificar el comportamiento del personal de la salud para el mejor cumplimiento de la higiene de las manos, mejorando así la seguridad en la atención del paciente. La estrategia en 5 componentes que se ejecutan de manera secuencial y esta diseñada para ser fácilmente adaptada por las instituciones.
- **Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. Clasificado en:
 - **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, en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
 - **Moderado:** cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
 - **Grave:** en este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida, una intervención quirúrgica mayor o compleja, esto acorta la esperanza de vida del paciente, causa un daño, una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinelas.

[Handwritten signature and blue circular stamp]
 U.C. Hospital de Toluca, Jalisco
 C.R. 11/2020

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

- **Falla Activa:** es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el (la) operador (a).
- **Falla Latente:** es aquella falla que se producen en el sistema y que no involucra al operador.
- **Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.
- **Higiene de Manos:** medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal antimicrobiano.
- **Incidente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud (IAAS):** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera de IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En el caso de los neonatos, se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS:** son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Prevención del Riesgo:** Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo

MC. David M. Tolentino Justiz
C.M.P. 076803 R.N.A. 07050

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.

- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Ronda de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad del Paciente:** Es la 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 producen⁴, garantizando la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

6.2 Disposiciones Generales. -

6.2.1 De la conformación y funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente será conformado mediante acto resolutivo y estará integrado por el siguiente personal:

- Director Ejecutivo – Líder del Equipo.
- Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad – secretaria técnica
- Responsable de la Unidad de Epidemiología
- Sub responsable de la Unidad de Epidemiología
- Responsable del Servicio de Farmacia
- Responsable del Servicio de Enfermería
- Responsable de Salud Ambiental
- Responsable del Servicio de Consulta Externa y Hospitalización
- Responsable del Servicio de Medicina
- Responsable del Servicio de Cirugía
- Responsable del Servicio Gineco Obstetricia
- Responsable del Servicio de Pediatría
- Responsable del Servicio de Emergencia

24

Dr. David M. Tolentino Justo
C.M.P. 07603 R.N.A. 07051

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

- Responsable del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Responsable del Servicio de Patología Clínica y Laboratorio Clínico
- Responsable del Servicio de Psicología
- Responsable del Servicio de Nutrición
- Responsable del Servicios Generales

Así mismo cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente en una UPSS, se incorporan al Equipo de Rondas, en tanto dure, los siguientes responsables:

- Responsable del Servicio de Enfermería del servicio visitado o quien haga sus veces
- Responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado

6.3 Descripción de Funciones.

6.3.1 De las funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

Los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente tienen las siguientes funciones:

- El secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente el cual debe ser aprobado y firmado por el Director Médico, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Jefe del Departamento de Enfermería.
- Se debe incluir la fecha, hora y día en que se aplicara la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.
- El líder del Equipo debe convocar a los miembros del Equipo, según el Cronograma aprobado.
- El Secretario Técnico del Equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- Todos los miembros del equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación, obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente y elevarlo al despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de estas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

Dr. David M. Tolentino Justo
C.M.P. Médico R.M.A. 67061

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

6.3.2 De la Organización, aplicación y acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente:

6.3.2.1 Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente.

- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente teniendo en cuenta la factibilidad de todos los miembros se reunirá según cronograma aprobado identificando el servicio a visitar.
- La frecuencia de realización de la Ronda de Seguridad dependerá de la matriz de priorización, considerando algunos eventos y/o necesidades transcurridas en las semanas previas a la visita, con ello se garantizará la imparcialidad y objetividad de la selección teniendo en consideración la hora de termino de la visita médica.
- Se convoca a los responsables de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporados al Equipo de Rondas.
- Los criterios que se aplicaran se determinan según UPSS a visitar y Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", aprobada con RM N° 163-2020-MINSA.

6.3.2.2 Aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente.

- Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndose aplicar de forma quincenal, según lo defina el Líder del Equipo de Rondas en el Cronograma Anual.
- Las rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- La duración de la Ronda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
- La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
- Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados.
- Al finalizar la Ronda de Seguridad del Paciente, el secretario técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación, a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.
- El secretario Técnico, elabora y suscribe el Informe de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada y adjunta la Hoja de Resultados de Evaluación, en la que se encuentran consignadas las acciones

MC: David M. Tolentino Justo
CMP 078603 RNA 07057

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

inseguras identificadas. El informe es dirigido a la máxima autoridad o titular de la IPRESS.

6.3.2.3 Acciones post Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión del Riesgo.

- El secretario Técnico junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realiza la valoración de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos.
- El Secretario Técnico junto a los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
- Al término de la Ronda de Seguridad, los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente se reúnen con los responsables de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado.
- Los responsables de la UPSS visitada se compromete al levantamiento de las observaciones, lo cual será verificado en el monitoreo mensual.
- El jefe del área de mejoramiento de la calidad de los procesos es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo.
- El equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizara el monitoreo mensual del cumplimiento de las observaciones y/o recomendaciones producto de la aplicación de la lista de cotejo.
- Se elaborará un informe trimestral de la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el cual se analizarán los resultados y los logros obtenidos en base a los indicadores formulados y serán enviados a la DIRESA Lima.
- La evaluación de la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad a través de los siguientes indicadores:

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Nº de RSP aplicados / Nº RSP programadas x 100	Cronograma de rondas. Hojas de resultados de Evaluación de RSP aplicadas.	Trimestral
% de cumplimiento de Buenas prácticas en la clínica	Nº de verificadores conformes / Nº de verificadores evaluados x 100	Listado de criterios de evaluación. Hojas de resultados de evaluación de RSP aplicadas	Trimestral

[Firma]
 Dr. David M. Tolentino Jara
 CUP-07880 R.N.A. 1165

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

% de acciones de mejora implementadas	Nº de acciones implementadas / Nº de acciones de mejora propuestas x 100	Plan de acción. Informe de implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral
---------------------------------------	--	---	------------

6.4 Niveles de Responsabilidad.

El equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es el responsable de elaborar el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo de atención.

La unidad de Gestión de la Calidad como Secretaria Técnica es la encargada del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como elaborar los informes y distribuir según corresponda.

Así como de monitorizar la implementación de acciones de mejora en las UPSS visitadas.

VII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

El presupuesto para el desarrollo de las actividades del presente Plan, deberán ser gestionadas por la Dirección Médica y Administración del Hospital San Juan de Matucana a fin de asegurar su cumplimiento e implementación de las actividades.



PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD					
Nº	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (Soles)	MONTO TOTAL (Soles)
Material de Escritorio					
01.	Papel bond A-4 x 500 unidades	Millar	10	10.2	102.00
02.	Lápiz	Unidad	12	0.46	5.52
03.	Archivador lomo ancho T/Of.	Unidad	6	6.44	38.64
04.	Tijera de metal	Unidad	3	5.36	16.08
05.	Clips x 100 unidades pequeños	Caja	6	1.06	6.36
06.	Corrector	Unidad	3	3.81	11.43
07.	Engrampador	Unidad	1	31.00	31.00
08.	Lapicero rojo	Caja	6	0.76	4.56
09.	Lapicero azul	Unidad	6	0.70	4.20
10.	Folder Manila x 25 Unidades	Paquete	5	8.49	42.45
11.	Perforador de metal chico	Unidad	1	11.56	11.56
12.	Micas Tamaño A-4 x 12 Unidades	Paquete	6	5.74	34.44
13.	Tinta para tampón	Unidades	3	2.59	2.59
Insumos Médicos					
17.	Mandilón quirúrgicos descartable c/puño Talla M	Unidad	24	7.50	180.00
18.	Gorro descartable	Unidad	24	0.12	2.88
19.	Mascarillas KN95	Unidad	24	2.04	48.96
Total					S/. 542.67

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

VIII. RESPONSABILIDADES.

El titular del Hospital San Juan de Matucana, el equipo de Rondas de Seguridad, lo jefes o responsables de la UPSS y responsable de Administración, aplican el Plan de Rondas, considerando el ámbito de sus competencias.

IX. ANEXOS.

Anexo 1: CRONOGRAMA DE RONDAS

Anexo 2: CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Anexo 3: HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Anexo 4: MATRIZ DE RIESGOS

Anexo 5: PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN

Anexo 6: PLAN DE ACCION

Anexo 7: FICHA DE MONITOREO



ANEXO N° 01: CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA

TITULAR / RESPONSABLE: MC. WALTER BOBADILLA DIAZ

ENERO			FEBRERO			MARZO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	28/01/2026	14:00 PM	RONDA 1	24/02/2026	14:00 PM	RONDA 1	25/03/2026	14:00 PM
ABRIL			MAYO			JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/04/2026	14:00 PM	RONDA 1	27/05/2026	14:00 PM	RONDA 1	24/06/2026	14:00 PM
JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/07/2026	14:00 PM	RONDA 1	18/08/2026	14:00 PM	RONDA 1	23/09/2026	14:00 PM
OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	28/10/2026	14:00 PM	RONDA 1	30/11/2026	14:00 PM	RONDA 1	09/12/2026	14:00 PM


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
REGION DE SAN JUAN DE MATUCANA
HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA
M.C. WALTER BOBADILLA DIAZ
MEDICO CIRUJANO / GESTOR PUBLICO - ESAN
C.M.P. 036923
DIRECTOR

TITULAR RESPONSABLE DE
LA IPRESS

RESPONSABLE DE LA
UNIDAD DE GESTION DE LA
CALIDAD


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
REGION DE SAN JUAN DE MATUCANA
HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA
Dr. David M. Tolentino Jurado
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 078603 R.N. 07003
C.M.P. 80236

RESPONSABLE DE LA
UNIDAD EPIDEMIOLOGÍA


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
REGION DE SAN JUAN DE MATUCANA
HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA
M.C. Diana Ramirez Sanchez
MEDICO CIRUJANO / AUDITOR R.N. 004744
C.M.P. 127184 D.O. SP R.N. 58-Auditor R.N. 004744
JEFA DEL DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. Muestra: 03 HCl tomadas al azar.	RM N° 714-2018/MINSA, aprobada MTS N° 132-41/MSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 225-2018/MINSA		
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de la enfermedad actual.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de los antecedentes del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado del ánimo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro completo del examen físico clínico general y regional (de corresponder).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario terapéutico y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro de la Hoja de Balanza hídrico - electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			



 Lic. David M. Tolentino Jurado

 C.M.P. 078620 R.N.A. 0706

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 502-2016/MINSA, aprobada por el MTC N° 029-MINSA/02EPRES-V-02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Calidad de Atención en Salud.			
	Correspondencia entre el diagnóstico presunto y el diagnóstico definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Registro de Eventos Adversos	RM N° 214-2018/MINSA, aprobada por el MTC N° 139-MINSA/2018/03401 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA.			
	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 214-2018/MINSA, aprobada por el MTC N° 139-MINSA/2018/03401 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA.			
	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar				



 David M. Torontino Jurado

 C.M.P. 078833 R.N.A. 0704

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Las intervenciones se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba MTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Educación y Uso de Quirófanos de Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimiento de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	RM N° 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Normas internas de las UPSS.			
	Completamiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con la registrada en Salud.	RM N° 545-2011/MINSA aprueba MTS N° 021-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Completamiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	RM N° 435-2007/MINSA aprueba MTS N° 050-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención de Establecimientos de Salud.	RM N° 435-2007/MINSA aprueba MTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Atención de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio al fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o relevo.	D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutor y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad u otros en el turno.	RM N° 455-2007/MINSA aprueba MTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Atención de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diferentes grupos ocupacionales sobre conocimientos al azar por muestra aleatoria simple.	Ley N° 30453 Ley del Sistema Nacional Residenciado Médico. Convenio interinstitucionales (hospitales y universidades).			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCL.	D.S. N° 013-2005-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	R.L.N. N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.			
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	RM N° 455-2007/MINSA aprueba MTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Atención de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
			D. S. N° 006-2012-TR Reglamento de la Ley N° 28733, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.			


 MTC David M. Tolentino Jir
 C.M.P. 01863 R.N.A. 151

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.	D.S. N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.			
	Tímbrer o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de auxilio en todas las habitaciones del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. http://bvs.minsa.gub.pe/local/MINSA/DOCUMENTOS/2013/SA.pdf			
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.				
	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	RM N° 853-2012-MINSA, aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DOSP - V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"			
	En Centro Obstétrico se evidencia el uso de paragramas con líneas de alerta.	Observar el uso del paragrama.	RM N° 895-2006-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Embarazas Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil y su uso.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocográfico y su uso.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba MTS N° 021-MINSA/DOSP V.03 Norma Técnica de Salud "Código de los Establecimientos del Sector Salud"			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.	RM N° 1472-2012-MINSA, Manual de Organización y Administración Hospitalaria RM 523-2007-MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gub.pe/local/MINSA/33171.pdf http://bvs.minsa.gub.pe/local/MINSA/11893.pdf http://bvs.minsa.gub.pe/local/MINSA/42410.pdf			
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (manos, guantes, espátulas, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	RM N° 688-2004-MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / RM N° 483-2007-MINSA, aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y SIDA. / RM N° 1138-2019-MINSA MTS N° 108-MINSA/DOSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre Niño del VIH, SIDA y Hepatitis B".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia al último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Canguja a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del informe. (último informe remitido)	RM N° 1024-2010-MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Canguja			




 MTC David M. Toranzo Justo

 C.I.P. 078095 R.N.A. 00000

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral (última semestra)				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENT RAOA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	RM N° 1021-2015-MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro y su uso.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA-DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Equipamiento del Sector Salud".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Califica Portál con batería operativa.	Verificar la existencia de Califica Portál y su uso.				
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.	RM N° 485-2005-MINSA que aprueba NT N° 033-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología. RM N° 022-2011-MINSA aprueba NTS N° 095-MINSA-DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	RM N° 214-2018-MINSA aprueba NTS N° 138-MINSA/2018/DGAM Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 255-2018-MINSA.			

 Dr. David A. Tolentino Juss

 C.M.P. 07663 F.R.A. 07659

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS: https://www.who.int/patientsafety/whosafe/patient-solutions-spanish.pdf			
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.				
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS: https://www.alameda.unmsm.edu.pe/contenidos/23%83a-de-negocio-implementacion-de-soluciones-de-riesgo-en-el-proyecto-de-legal-del-paciente.pdf			
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.				
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras medidas.				
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras medidas.				
	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29614, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.			
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento informado.				




 Lic. David M. Tolentino Jara
 C.O.P. 07863 R.N.A. 0705

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con rmpa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con rmpa hospitalaria identificable.	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).</p> <p>2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p> <p>https://www.alternativamedica.com/guest/CA%BA%de-respuestas-impresoras-para-situaciones-de-riesgo-en-el-proceder-fuga/</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sistema/normas/Políticas/DE%20IMPLEMENTACIÓN%20POLÍTICA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf</p>			
	Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las velas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los pacientes a la UPSS cuenten con vigilancia y se realice control de las pertenencias de pacientes y visitas.				
	Tienen un sistema selectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.				
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en OS Históricas. Chequear medidas al azar.				
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en OS Históricas. Clínicas llamadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.				
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.				


 Minsalud M. Tolentino Justo
 CHAP-07820 RNA-07820

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	MD APLICA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el medicamento que recibe y la hora de administración, contrastando con la Hoja de Cátedra.	<p>RM N° 496-2007/MINSA aprueba MTS N° 005-MINSA/DGSP V.02 Normas Técnicas de Salud para la Atención de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>RM N° 562-2007/MINSA aprueba MTS N° 007-MINSA/DGSEMD V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Organización de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector Salud.</p> <p>Normas Internas en la P.R.E.S.S.</p>			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.				
	Coche de peso cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Peso en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01.				
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todos los Soluciones endovenosas estén rotuladas.				
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.				
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia.				
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento focal según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el almacenamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Organización de Medicamentos en Dosis Unitaria (SODU), con la identificación del paciente y número de caso de correspondencia. Contrastar el almacenamiento SODU de 03 pacientes elegidos al azar con la información registrada en la Hoja de Cátedra.				
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Organización de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.				
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 criterios para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 03 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y número), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su forma de presentación), dosis correcta (dosis, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HOJ) y hora de administración correcta (contrastar con HOJ y Hoja de Esfera).				



 MDC: David M. Tolentino Justo
 C.M.P. 078603 R.N.A. 07001

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.º 344 - Cables - Organización Mundial de la Salud https://www.minsalud.gov.co/files/pdf/saberes/ProtocoloDigitalRIDE/DEC-Averigua-y-reduce-la-frecuencia-de-caidas.pdf https://www.minsalud.gov.co/files/pdf/saberes/ProtocoloDigitalRIDE/DEC-2042.pdf https://www.minsalud.gov.co/files/pdf/saberes/ProtocoloDigitalRIDE/DEC-2042.pdf https://www.minsalud.gov.co/files/pdf/saberes/ProtocoloDigitalRIDE/DEC-2042.pdf https://www.minsalud.gov.co/files/pdf/saberes/ProtocoloDigitalRIDE/DEC-2042.pdf			
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los dependientes y las personas con déficit neurológicos cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que puedan afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barreras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.				
	Consultar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavabos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.				
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización ulteriores.				
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no está obstruidas las vías aéreas.				
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCU la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de lesiones por presión en cualquier grado.				



 David M. Tolentino Jarama
 C.M.A. 076603 R.A. 07051

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas trasladadas al azar si se realiza la valoración.				
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión premitas.	Verificar en 03 Historias Clínicas trasladadas al azar si se realiza la valoración.				
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas trasladadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Documento Universal (Octubre 2011). http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC			
	Prolongación de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPRSS cuenta con un protocolo al respecto.	http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC			
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Plantear a 03 pacientes (o familiar responsable) después de azar, si han sido informados al respecto.	http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC http://www.minsalud.gov.co/contenidos/ElaboracionDocumentoCIEC			
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar al menos a 03 pacientes (o familiar responsable) después de azar, si han sido informados al respecto.	PM N° 455-2007/MINSA, aprobada NTS N° 050-2007-MINSA/050 Y 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de 1999.			
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instituido en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Normas internas en la IPRESS.			
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estudios.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los recursos descritos en la guía.				
	Prolongar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Verificar si la UPRSS cuenta con un protocolo al respecto.				



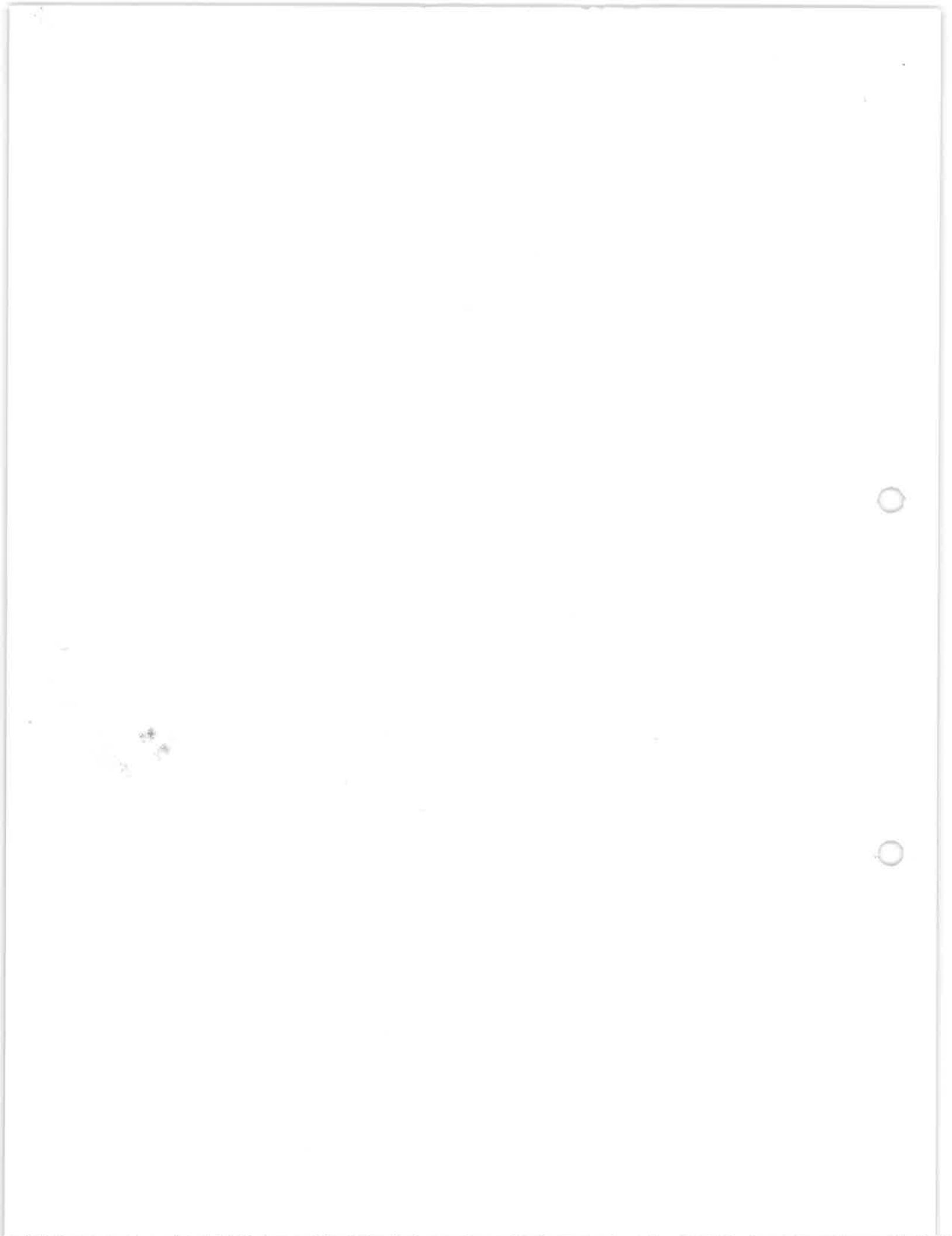

 Dr. David M. Tolentino Jurado

 C.M.P. 07650 R.N.A. 07650

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BRIEFES PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolésica, eventos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realizó la valoración.				
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe pasar en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específico)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo delictivo.	Corroborar la liberación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2008) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). https://www.npsa.nhs.uk/assets/pdf/Programme_National_Prevention.pdf			
	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.	Preparar a 03 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. http://www.msa.gob.ar/magazines/seguridad/20000000875001-2018-lineamientos-atencion-infantis-suicidio-adolecentes.pdf			
	El botiquín / atención de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almuerzo de medicamentos se encuentran seguros.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelar Donadellán. https://portal.gub.uy/portal/seguridad-atencion-infantis-suicidio-adolecentes.pdf			
	El corte de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inofensiva posible, sin desperdicio mancha sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el corte de limpieza y su uso por el personal responsable.				
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación cuenta un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.				
	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/o visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				


 Dra. David M. Tolentino Juric
 CIMP-078803 RNA 07004



PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 10 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Mejores Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004. https://www.who.int/patientafety/solutions/patientafety/PatientSafetySolutionsSPANISH.pdf https://www.internationalpatient.org/casestudies/6BestPracticesofPatientSafety/ARque-estrategia-de-comunicacion.pdf			
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 10 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 10 pacientes (o familiares responsables) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia) relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 10 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.				
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia) relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentalmente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 10 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.				
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.				
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 10 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.				
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otra servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva a Historia Clínica.				
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido a otro servicio.				

Lic. David M. Tolentino, Jefe
C.M.P. 07803 R.N.A. 07004

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparación de base alcoholica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N° 255-2016-MINSA Guía Técnica para la Implementación del Protocolo de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.				
	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar si está dentro recomendado.				
	Cumplimiento de los 08 pasos de la destimboción de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02				
	Cumplimiento de los 14 pasos del lavado de manos (paseo y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03				
	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. Ver Anexo N° 04	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04				
	Mensajes y dibujos que promuevan la adherencia a la Higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.				



 RUC: David M. Teodoro Jimenez

 C.M.P. 078603 R.N.A 07/2026

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Deposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N° 1295-2019/MINSA aprobada NTS N° 144-MINSA/2018/OIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud. Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAS.				
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.	RM N° 166-2019/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondiente.	RM N° 1860-1014/MINSA aprobada la NTS N° 110-MINSA/DGEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención. RM N° 753-2004/MINSA aprobado MT N° 020-MINSA/OGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones intrahospitalarias.			
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar traslado del personal en zonas señalizadas.				


 MCR David M. Tolentino Jimón
 C.M.P. C.C. J. R.N.A. Q.000



PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 546-2011-MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.				
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.	RM N° 456-2007-MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	DS N° 013-2005-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.				


 Lic. David M. Tolentino Juric
 CMP 078833 R.N.A. 070321

52

HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	FECHA APLICACION:			(dd/mm/aaaa)
UPSS:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	WALTER BOBADILLA DIAZ	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. OFIC. JUNIDAD CAI:			
RESP. DPTO./SERVICIO ENFER:		OTROS RESPONSABLES:			

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 4

VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La valoración de los riesgos se realiza mediante las variables Probabilidad y Gravedad/Impacto, según se detalla:

1. PROBABILIDAD: Es la frecuencia en que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

a. FRECUENTE (5): El incumplimiento del verificador ha sido frecuente y recurrente, siendo casi inevitable. Es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Muy alta probabilidad de ocurrencia.

b. PROBABLE (4): El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.

c. OCASIONAL (3): El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.

d. INFRECUENTE (2): El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.

e. RARO (1): El incumplimiento del verificador no se asocia a los procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

2. GRAVEDAD / IMPACTO: Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el usuario (que puede ser el paciente, su familia o el gestor). Valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/ penalización/ indemnización. Seleccionar una de las siguientes opciones:

a. CATASTRÓFICO (10): El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de la seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de las normas. Origina la total insatisfacción del usuario, ya que produce la muerte del paciente.

b. IMPORTANTE (7): El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevado en el paciente. Requiere de constantes reintervenciones que ponen en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de las normas. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de discapacidad permanente.

17
MCI David M. Tolentino Junco
C.M.P. 018503 R.N.A. 07084

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

c. MODERADO (4): El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observará el deterioro en el rendimiento 35 de la prestación. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.

d. TOLERABLE (2): El incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento de la prestación sin darle importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad temporal o permanente.

e. INSIGNIFICANTE (1): No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia, origine efecto real alguno sobre el rendimiento de la prestación. Probablemente, el usuario no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente. * Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad.

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

La **VALORACIÓN DEL RIESGO**, es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, lo cual se valora en la Matriz de Riesgos de la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones.

a. RIESGO INTOLERABLE (35 - 50): El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo.

b. RIESGO IMPORTANTE (20 - 34): El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo pero con repercusiones significativas.

c. RIESGO MODERADO (4 - 19): El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición de un riesgo y de trascendencia moderada o tolerable.

d. RIESGO BAJO (1 - 3): El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia para la aparición de un riesgo.

Dr. David M. Tolentino
C.M.P. 018603 R.N.A. 7

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD / IMPACTO				
5	PROBABILIDAD	5	10	20	35	50
4		4	8	16	28	40
3		3	6	12	21	30
2		2	4	8	14	20
1		1	2	4	7	10

VALORACIÓN DEL RIESGO

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


 Dr. David M. Tolentino Juste
 C.M.P. 078603 R.N.A. 07061

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 4

VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	WALTER BOBADILLA DIAZ	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP.OPTO/SERVICIO ENFERM		RESP.OFIC./UNIDAD CALI			
		OTROS RESPONSABLES:			

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
BAJO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

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

94
 M.C. David M. Tolentino Just
 C.M.P. 078503 R.N.A. 070501



PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 5

PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN: El estudio de la evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:

1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.

1.2 La factibilidad económica y el costo-oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.

1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

a. EVITABLE (3): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.

b. REDUCIBLE (2): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un Plan de Reducción de Riesgos.

c. INEVITABLE (1): Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN: Es el producto de la relación existente entre el resultado de la Valoración del Riesgo con la Factibilidad de la Intervención, a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el Plan de Acción.

MC: David M. Tolentino Jusio
C.M.P. 078603 R.N.A. 070801

ANEXO 5

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	WALTER BOBADILLA DIAZ	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		RESP.OFIC./UNIDAD CA:			
		OTROS RESPONSABLES:			

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	x	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
			0		SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	


 Lic. David M. Tolentino J. Patr.
 C.M.P. 078603 RNA 070501

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 6

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	TRIMESTRE:	SELECCIONE:	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	FECHA APLICACION:	(DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	WALTER BODADILLA DIAZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)


 M.C. David M. Tolentino Justo
 C.M.P. 078803 R.N.A. 070320

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2026

ANEXO 7

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS:	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	FECHA APLICACION:	(DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	WALTER BOBADILLA DIAZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERM:		RESP. OFIC. UNIDAD CALID:			
		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE


 David M. Tolentino Justo
 C.M.P. 07880 RNA 0705

