



Resolución Ministerial

Lima, 02 de ABRIL del 2020

Visto, el Expediente N° 19-018780-001 que contiene la Nota Informativa N° 157-2019-DGAIN/MINSA y el Memorándum N° 100-2020-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional; el Informe N° 012-2019-JME-DGOS/MINSA y el Memorándum N° 2661-2019-DGOS/MINSA, de la Dirección General de Operaciones en Salud; el Informe N° 212-2020-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y el Proveído N° 084-2020-SG/MINSA, de la Secretaría General;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva;

Que, asimismo, el artículo 4-A incorporado a la Ley antes referida a través de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;



Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, los literales a) y b) del artículo 99 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, tiene las funciones de proponer y supervisar políticas sectoriales, normas, lineamientos y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud; así como, proponer políticas, procedimientos, criterios, estándares, normas, lineamientos y documentos normativos, en materia de su competencia, con enfoque de calidad; así como evaluar su implementación;

Que, la octava política del Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, en ese contexto, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, en el marco de sus competencias y funciones, ha propuesto la aprobación de la "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", cuya finalidad es 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 las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, ante lo expuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;





Resolución Ministerial

Lima, 02 de ABRIL del 2020

SE RESUELVE:

Artículo 1. – Aprobar la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud” que, en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2. – Encargar a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, la difusión, asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

Artículo 3. – Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS que aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente.

Artículo 4. – Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Directiva Sanitaria en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


VÍCTOR M. ZAMORA MESÍA
 Ministro de Salud



DIRECTIVA SANITARIA N°92 – MINSA/2020/DGAIN

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

1. 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 las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

2. OBJETIVO

Establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.



- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 489-2005/MINA, que aprueba la NT N° 031 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- 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° 326-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 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°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA /2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- 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.



G. REVILLAS.

- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

5.1.2. **Apreciación del riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

5.1.3. **Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

5.1.4. **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

5.1.5. **Evento Adverso:** Es una Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

5.1.6. **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

5.1.7. **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

5.1.8. **Infección Asociada a la Atención de Salud - IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el 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.



- 5.1.9. **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.
- 5.1.10. **Higiene de manos:** Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- 5.1.11. **Riesgo:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- 5.1.12. **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.
- 5.1.13. **Seguridad del Paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- 5.1.14. **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.
- 5.1.15. **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.
- 5.1.16. **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.
- 5.1.17. **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 aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.



- 5.2. La presente Directiva Sanitaria estandariza la conformación, funciones, organización, aplicación y acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, con el objeto de identificar prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención de salud.
- 5.3. Se establece la metodología para la valoración y priorización de los riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, generando compromisos con la Dirección de la IPRESS y el personal de salud de las IPRESS públicas, privadas y mixtas, para mejorar la seguridad del paciente.
- 5.4. Se establecen las disposiciones para la difusión, implementación, supervisión y evaluación de la presente Directiva Sanitaria.

6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1. De la conformación y Funciones del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

6.1.1. De la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe ser conformado mediante acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, pública, privada o mixta, según corresponda; y actualizado anualmente.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente está conformado por:

- a. La máxima autoridad o titular de la IPRESS, quién es el Líder del Equipo.
- b. El responsable de administración de la IPRESS
- c. El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, quien ejerce la Secretaría Técnica.
- d. El responsable de Epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS.
- e. Los responsables de los Departamentos en Hospitales /Institutos o los responsables de las UPSS en las Micro-redes o sus equivalentes.
- f. El responsable del Departamento/ Servicio de Enfermería
- g. El responsable de la UPSS de Farmacia.

Asimismo, cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente en una IPRESS del II y III nivel, se incorporan al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, los siguientes responsables:

- El responsable del Servicio visitado, o quien haga sus veces.
- El responsable de Enfermería del Servicio visitado, o quien haga sus veces.
- El responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

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

Los Miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente tienen las siguientes funciones:

- a. El Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo, elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente (Anexo 1), el cual debe ser aprobado y firmado por: el Titular/Responsable de la IPRESS, el Responsable la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del departamento/servicio de Enfermería. Se debe incluir la



fecha, hora y día en que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.

- b. El Líder del equipo debe convocar a los miembros del Equipo, según el Cronograma aprobado.
- c. El Secretario Técnico del equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- d. Todos los miembros del equipo firman la Hoja de Resultados de Evaluación (Anexo 3) obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- e. El Secretario Técnico, debe elaborar el informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada, y elevarlo al Despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- f. El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

6.2. De la Organización, Aplicación y Acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente

6.2.1. Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente

- a. El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según el Cronograma aprobado. (Anexo 1)
- b. La UPSS a ser visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- c. El líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la UPSS seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.
- d. El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que se aplicaran a la UPSS a visitar.

6.2.2. Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente

- a. 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.
- b. Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- c. La duración de la Ronda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos horas.
- d. La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.



- e. Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizados (anexo 2).
- f. Al finalizar la 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 (Anexo 3) a todos los miembros del Equipo de Rondas para su firma en la Ronda de Seguridad del Paciente, en señal de conformidad.
- g. 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 inseguras identificadas. El informe es dirigido a la máxima autoridad o titular de la IPRESS.

6.2.3. Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente – Gestión del Riesgo

- a. El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos. (Anexo 4)
- b. 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. (Anexo 5)
- c. El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convocan al responsable de la UPSS visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado. (Anexo 6)
- d. El Secretario Técnico, informa a la máxima autoridad o titular de la IPRESS, el Plan de Acción a ser implementado.
- e. El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien 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. (Anexo 7)

6.3. Difusión e Implementación de la presente Directiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- 6.3.1. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional y las Unidades de Gestión de IPRESS, realizan la difusión física y virtual de la presente directiva sanitaria en todas las IPRESS a nivel nacional.
- 6.3.2. La máxima autoridad o Titular de la IPRESS, según corresponda, debe difundir en medio físico y digital la presente directiva a todas las UPSS y áreas administrativas de la IPRESS.
- 6.3.3. Realizada la difusión, a la que se hace referencia en los numerales precitados, la IPRESS debe elaborar las estrategias que favorezcan la implementación de la directiva considerando jornadas de sensibilización permanentes.



6.3.4. El Secretario Técnico, debe desarrollar módulos de capacitación integrales y holísticos considerando, como mínimo, temas de seguridad del paciente, buenas prácticas de atención, análisis causa-raíz y gestión del riesgo. Asimismo, considerar en el abordaje de temas, estrategias metodológicas como talleres, trabajo de campo y evaluación de información, entre otros.

6.3.5. Los profesionales responsables de los Departamentos / Servicios o UPSS deben programar y gestionar los requerimientos de los equipos, materiales e insumos necesarios para cumplir con las buenas prácticas evaluadas en las Rondas de Seguridad del Paciente.

6.4. Supervisión y Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

6.4.1. El proceso de supervisión se realiza mediante una herramienta preestablecida y está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS. Las técnicas a utilizar son la observación, entrevista y revisión documentaria.

6.4.2. La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, está a cargo de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, en la IPRESS y se hace mediante los indicadores establecidos en la presente Directiva Sanitaria (Anexo 8):

- a. Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- b. Porcentaje de Cumplimiento de buenas prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- c. Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

INDICADOR	FORMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} \times 100$	Cronograma de Rondas. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral
% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores evaluados}} \times 100$	Listado de Criterios de Evaluación. Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral



<p>% de acciones de mejora implementadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud</p>	<p>N° de acciones de mejora implementadas/N° de acciones de mejora propuestas x 100</p>	<p>Plan de Acción. Informe de Implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas</p>	<p>Trimestral</p>
---	---	--	-------------------

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, es la responsable de la difusión, asistencia técnica, implementación y supervisión del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.
- 7.2 La supervisión y evaluación de la implementación y aplicación de la presente Directiva Sanitaria, está a cargo de la oficina/unidad de Gestión de la Calidad, de la Microred, Red de Salud, DIRESA, GERESA, DIRIS, o quien haga sus veces, y en el nivel nacional, por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
- 7.3 La máxima autoridad o titular de la IPRESS, los Jefes de las UPSS o los responsables de las UPSS y los responsables de la administración de la IPRESS, aplican la presente Directiva en la IPRESS, considerando el ámbito de sus competencias.

8 DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 Una vez aprobada la presente directiva, las Rondas de Seguridad del Paciente deben ser incluidas en el Plan Anual de Gestión de la Calidad de las IPRESS, según Criterios de Programación anual, siempre en forma posterior a la conformación del equipo que las aplicará.
- 8.2 Las acciones de mejora del Plan de Acción post Ronda de Seguridad del Paciente deben ser incluidas en los respectivos Planes Operativos de las IPRESS, así como, en la programación de actividades de las UPSS relacionados.

9 ANEXOS

- Anexo 1: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.
 Anexo 2: Criterios De Evaluación.
 Anexo 3: Hoja de Resultados de Evaluación
 Anexo 4: Valoración de los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
 Anexo 5: Priorización de las Intervenciones para Evitar, Reducir o Mitigar los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
 Anexo 6: Modelo de Plan de Acción.
 Anexo 7: Modelo de Ficha de Monitoreo.
 Anexo 8: Indicadores de Evaluación.





G. REVILLAS.

ANEXO 1 MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS:

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS (*):

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1/...../...../.....
RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2/...../...../.....

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1/...../...../.....
RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2/...../...../.....

SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1	...../...../.....	...../.....	RONDA 1/...../...../.....
RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2	...../...../.....	...../.....	RONDA 2/...../...../.....

(*) Titular/responsable: Nombres y Apellidos del Titular/responsable de la IPRESS

Fecha: Utilizar el formato: dd/mm/aaaa (ejemplo: 05/02/2020)

Hora: utilizar formato de 24 horas (ejemplo: 08:30, 15:00)

Titular/Responsable IPRESS

Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiología

Responsable de Dpto/Serv Enfermería



G. REVILLAS.

ANEXO 2

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD /REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO NO APLICA
	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 HCI tomadas al azar.			
	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EEES, Nº de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	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 de 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 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria con RM N° 265-2018/MINSA		
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención médica. Muestra: 03 HCI 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 Balance hidro - electrolítico actualizado.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			

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 interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.	RM N° 302-2015/MINSA aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica 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 requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	RM 414-2015/MINSA, aprueba el DT: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Normas internas de las IPRESS.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.			RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.		Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCI tomados 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.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.		Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Mecanismo de reemplazar para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.		Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o reñenes.	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.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.		Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	Ley N° 30463 Ley del Sistema Nacional de Residencia Médica. Convenios interinstitucionales (hospitales y universidades)			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.		Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	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 HCI.	R.M. N° 727-2009 / MINSA Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.		Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.	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.			
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.				



G. REVILLAS.

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.			
	Tímbrico o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.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/DGSP - 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 partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma.	R.M. N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiocógrafa operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiocógrafa y su uso.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".			
	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso.				
	En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles; mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM N° 1472-2002 - Manual de desinfección y esterilización hospitalaria RM 523-2007/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3371.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1669.pdf http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf			
	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.	R.M. N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guías Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. / R.M. N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sifilis. / R.M. N° 1138-2019-MINSA NTS N° 108-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sifilis y Hepatitis B".			
	En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre 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 del informe. (último informe semestral)	RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			



REVILLAS.

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	<p>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</p>	<p>Verificar la existencia de la Encuesta Semestral. (último semestre)</p>				
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.</p>	<p>Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.</p>				
	<p>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 ENTRADA</p>	<p>Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.</p>	<p>RM N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.</p>			
	<p>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</p>	<p>Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.</p>				
	<p>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</p>	<p>Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.</p>				
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.</p>	<p>Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.</p>				
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo</p>	<p>Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.</p>				
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).</p>	<p>Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.</p>	<p>RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSADGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".</p>			
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.</p>	<p>Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.</p>				
	<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cialítica Portátil con batería operativa.</p>	<p>Verificar la existencia de Cialítica Portátil y su uso.</p>				
<p>En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.</p>	<p>Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.</p>	<p>RM N° 468-2005-MINSA que aprueba NT N° 030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología.</p>				
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>RM N° 022-2011/MINSA aprueba NTS N° 089-MINSADGSP-v.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Anestesiológica"</p> <p>RM N° 214-2018/MINSA aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación con RM N° 265-2018/MINSA.</p>				

