



# Resolución Directoral

Lima, 26 de Abril de 2021



**VISTO:**

El Expediente N° 03941-21; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que "La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", y que "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 242-DG-HONADOMANI-SB-2016, se conformó el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que contiene la relación de los miembros que la presiden, la misma que fue actualizada mediante Resolución Directoral N° 017-2021-DG-HONADOMANI-SB;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, el cual tiene como objetivo "Establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas y privadas y mixtas del Sector Salud";

Que, el numeral 6.1.1, de la directiva antes precitada, respecto a la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente, señala que "El Equipo de Rondas de Seguridad del paciente debe ser conformado mediante acto resolutorio o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, pública, privada o mixta, según corresponda; y actualizado anualmente"; asimismo define como debe ser la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, a través del Informe N° 030-J-OGC-2021-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informo al Director General, que en atención a la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud, esta no es aplicable en el actual contexto de la pandemia, requiriendo adecuaciones por la naturaleza de nuestro hospital especializado en la madre y el niño;



Handwritten notes and stamps in the bottom center area.

HONADOMANI "SAN BARTOLOME" SECRETARIA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD  
 29 ABR. 2021  
 RECEPCION  
 Hora: 10:45 am Firma: [Signature]

Que, a través de la Nota Informativa N° 130-2021-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental informó al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" que su despacho por motivos de pandemia, está de acuerdo con la Propuesta de las Rondas de Seguridad en tiempos de COVID-19;

Que, con Nota Informativa N° 072-2021-DA-HONADOMANI-SB, el Director Adjunto se dirige al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y en el marco de su competencia otorga opinión favorable para la oficialización del Documento Técnico: "RONDAS DE SEGURIDAD EN TIEMPOS DE COVID-19 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"; en consecuencia, a través del Memorando N° 102.2021.DG.HONADOMANI.SB, el Director General, solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar el acto resolutivo correspondiente;

Que, ante lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y contando con la opinión favorable del Director Adjunto y teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, resulta necesario emitir el acto resolutivo de aprobación del Documento Técnico: "RONDAS DE SEGURIDAD EN TIEMPOS DE COVID - 19 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", toda vez que tiene como finalidad reducir el riesgo de transmisión del SARC COV-2 durante el desarrollo de las rondas de seguridad en el HONADOMANI San Bartolomé;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", y;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Viceministerial N° 020-2021-SA/DVMPAS, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

#### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.- Aprobar** el Documento Técnico: **RONDAS DE SEGURIDAD EN TIEMPOS DE COVID -19 DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"**, que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", sea responsable de la implementación, monitoreo y evaluación de las RONDAS DE SEGURIDAD EN TIEMPOS DE COVID-19, debiendo dar cuenta periódicamente a la Dirección General.

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe)

#### Regístrese y Comuníquese,

- JCICC/JNPI/ASP/VCC/DCVO/lccs
- DA
  - OAJ
  - OESA
  - OGC
  - OEI
  - Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
M.C. JULIO CANO CARDENAS  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. 12725 RNE. 4674



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
Documento Autenticado

SRA. MONICA MARGARITA GALLANZO  
Reg. N° 27 ABR. 2021  
Fecha



Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID

## Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID

### Índice

I.	Introducción	2
II.	Finalidad	2
III.	Objetivo	2
IV.	Base Legal	2
V.	Ámbito de Aplicación	3
VI.	Contenido	3
VII.	Anexos	5
VIII.	Referencia Bibliográfica	5



## I. INTRODUCCIÓN

Mediante la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA del 03 de abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".

El 06 de marzo del 2020 se diagnosticó en el Perú el primer caso de coronavirus y emergió la epidemia.

El 16 de Marzo a partir de las 00:00 horas, se decreta en cuarentena general el Perú (Inmovilización social total obligatoria), por el entonces Presidente Martín Alberto Vizcarra Cornejo; así mismo, se Decretó el Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional y se dispusieron de diversas medidas para reducir el riesgo de contagio en el personal de salud.

La normatividad vigente, no contempla la presencia de la epidemia y contiene disposiciones incompatibles con las medidas de prevención de la infección por SARS COV-2 tales como contar con siete miembros de la ronda y una permanencia de dos horas en el área clínica. Ante este contexto, se hace necesario adecuar las rondas de seguridad al actual escenario epidemiológico.

## II. FINALIDAD

Reducir el riesgo de transmisión del SARS COV-2 durante el desarrollo de las rondas de Seguridad en el HONADOMANI San Bartolomé.

## III. OBJETIVO

Adecuar en el HONADOMANI San Bartolomé, las actividades de la ronda de seguridad al contexto de la Pandemia, de tal manera que permita desarrollarlas con seguridad.

## IV. BASE LEGAL

- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- RM N° 1472-2022-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria
- RM N° 753-2004/MINSA, que aprueba NT 020-MINSA/DGSP-v.01 Norma Técnica de Prevención y control de infecciones intrahospitalarias
- RM N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- RM 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
- RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.



- RM 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.
- RM N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la Atención en Salud.
- RM N° 302-2005/MINSA, que aprueba la NTS N°177-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guía de práctica clínica del MINSA.
- RM N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- RM N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- RM N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado para la elaboración de Documentos Normativos del MINSA.

## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación en todos los Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

## VI. CONTENIDO

### Del instrumento

El instrumento se adecuará de manera particular al área o Servicio intervenido, priorizando los aspectos más relevantes que garanticen la seguridad de la atención, en el contexto de la Pandemia.

### De las medidas de seguridad

#### Equipo de Protección Personal

El personal que participa en las rondas de seguridad, debe contar obligatoriamente con:

- Mascarilla quirúrgica
- Careta facial
- Mandilón descartable
- Gorro descartable

### Higiene

El lavado de manos o desinfección con alcohol gel, deberá realizarse en los siguientes momentos.

- Al inicio y al final de la ronda, también en casos que se tome contacto físico con los dispositivos médicos que use el paciente.

### Ventilación



En lo posible, se abrirán puertas y ventanas, para asegurar una circulación adecuada de aire.

#### Aforo

Se debe mantener el aforo establecido, garantizando el distanciamiento entre las personas con una distancia mínima de un metro y medio.

Evitar en lo posible el contacto directo con el paciente y su entorno, de ser necesario registrar imágenes fotográficas.

### Del proceso de realización (Miembros del equipo de ronda, duración, desarrollo)

#### Miembros del equipo de la ronda

Los participantes del equipo de la ronda, serán no mayor a cuatro personas, el titular o su representante de: Dirección General, Oficina de Calidad, Epidemiología y Enfermería.

Los otros integrantes de ser necesario, podrán ser convocados dependiendo de los hallazgos y/o necesidades.

#### Duración

Se desarrolla máximo en una hora, y en dos momentos.

#### Desarrollo

1. Se formará un grupo whatsapp con todos los miembros que participaran en la ronda de seguridad y el equipo de apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
2. Media hora antes del inicio de la ronda programada, se comunicará al Jefe del Servicio donde se desarrollará la ronda de seguridad, quien también será incluido en el grupo whatsapp.
3. Los miembros del equipo de rondas de seguridad serán convocados en la Dirección General, donde se les impartirá las instrucciones necesarias y se les entregará a cada uno el instrumento (Criterios de evaluación).
4. La Ronda de seguridad consta de dos momentos: un primer momento presencial en el Servicio programado y priorizado, y un segundo momento no presencial (Virtual) donde el equipo desarrollará actividades complementarias a través de un aplicativo virtual.
5. Una vez en el Servicio programado, se tomará contacto con el Jefe de Servicio a quien brevemente se le explicará las actividades a desarrollar, tanto en el momento presencial como en el virtual; así mismo, se le hará entrega de una copia de los criterios de evaluación.
6. La distribución de la evaluación de los verificadores se hará de la siguiente manera:
  - a. Organización: Jefe del Servicio
  - b. Registro en la Historia Clínica: Calidad
  - c. Seguridad del Paciente: Calidad
  - d. Identificación correcta del paciente: Enfermería
  - e. Medicamentos: Enfermería
  - f. Higiene de manos: Epidemiología



- g. Bioseguridad: Epidemiología
  - h. Comunicación efectiva: Calidad
  - i. Equipos biomédicos: Calidad/Jefe del Servicio
7. Mientras se realiza la ronda, cada miembro del equipo de la ronda tomará fotografías según los verificadores asignados, en dos circunstancias:
    - a. Cuando hay un hallazgo positivo que se puede documentar por imagen fotográfica, ejemplo: un medicamento vencido, un brazalete con datos incorrectos, la ausencia de identificación del paciente, etc.
    - b. Cuando ha de ser revisado posteriormente (Momento no presencial) ejemplo: historia clínica, etc.
  8. El equipo de apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad recibirá vía whatsapp las imágenes fotográficas enviadas por los integrantes del equipo de la ronda y la irá analizando en tiempo real.
  9. El equipo de apoyo genera una sesión por Google Meet, cuyo enlace será compartido a todos los miembros del equipo de la ronda.
  10. Terminado el momento presencial de la ronda, los miembros del equipo se conectarán en la sesión de Google Meet para iniciar el momento no presencial (virtual).
  11. En esta sesión se mostrarán los hallazgos analizados por el equipo de apoyo y se permitirá a los integrantes de la ronda realizar aclaraciones o comentarios en relación a los criterios que les tocó verificar.
  12. La Oficina de Gestión de la Calidad generará los documentos establecidos en la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
  13. La Oficina de Gestión de la Calidad comunicará los hallazgos a la Dirección General, a través de documentos pertinentes que también serán distribuidos a los miembros del equipo de la ronda y al jefe del Departamento visitado.

## VII. ANEXOS

- Formato general para informar las rondas de seguridad en la atención del paciente

## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

"Cuadernos de Debate en Salud - Seguridad del Paciente" Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, Octubre 2012.

M.D. Menéndez, A.B. Martínez, M. Fernández, N. Ortega, J.M. Díaz, F. Vázquez, Walkrounds y Briefings en la mejora de la seguridad de los pacientes. Revista de Calidad Asistencial Vol. 25. Núm. 3. Páginas 153-160, 2010.

Schwendimann R, Klimmeck-Bader S, Mohr G. Sicherheitsrundgänge – Abteilungsbesuche mit Fokus auf die Patientensicherheit [Safety Walk Rounds - Clinical unit visits with a focus on patient safety]. Pflege. 2019;32(5):259-266. German.



FORMATO GENERAL PARA INFORMAR LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

ACTA DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HONADOMANI-SB

SERVICIO :  
FECHA : día/mes/año  
HORA : horas

❖ **Equipo que llevó a cabo la Ronda de Seguridad:**

- Director General :
- Jefe de la Oficina de Epidemiología :
- Unidad de Seguridad del Paciente :
- Departamento de Enfermería :

**Generalidades**

❖ **Hallazgos encontrados en la Ronda:**

Se describen, en su mayoría, las buenas prácticas (ítems) que no se cumplieron.

1. **Respecto a la organización del servicio.**
2. **Respecto al Registro de la Historia Clínica.**
3. **Respecto a la Seguridad del Paciente:**
4. **Respecto a la Identificación Correcta del Paciente**
5. **Medicamentos**
6. **Higiene de manos**
7. **Bioseguridad**
8. **Equipos Biomédicos**



Para mayor detalle se adjunta los verificadores evaluados y las observaciones realizadas utilizando los criterios de las buenas prácticas. **(Criterios de evaluación)**

Con las observaciones realizadas, se efectúa un análisis del porcentaje de cumplimiento de cada área evaluada de la unidad, obteniendo las puntuaciones siguientes: Seguridad del paciente, comunicación efectiva, medicamentos, higiene de manos e identificación del paciente,



## Documento Técnico: Rondas de Seguridad en Tiempos de COVID

bioseguridad, registro de la historia clínica, organización y equipos biomédicos. El promedio es del **xx% en el cumplimiento de las buenas prácticas (Hoja de resultados de evaluaciones)**.

Asimismo, se ha procedido a la elaboración de la **matriz de riesgos** con los verificadores que no se han cumplido en la ronda de seguridad, calificando cada uno de ellos conforme a los cuadros de puntuación según los criterios de **probabilidad de ocurrencia**, los verificadores observados son probables que continúen sucediendo, en relación a la **gravedad/impacto**, el **nn%** de los verificadores observados tienen un impacto importante y el **nn%** un impacto moderado (**Matriz de riesgos**).

A continuación, se procedió a identificar las buenas prácticas no cumplidas en la ronda de seguridad del Servicio de \_\_\_\_\_, aplicando la metodología de la RM N°163-2020-MINSA "Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en atención de la salud", obteniéndose el orden de **prioridad de intervención**, según los criterios de **valoración de riesgo y factibilidad de intervención**. **En relación al riesgo** el **nn%** de los verificadores observados tienen un nivel de riesgo importante y el **nn%** un nivel de riesgo moderado; **en relación a la factibilidad de intervención** el **nn%** de los verificadores observados pueden ser evitados y el **nn%** son reducibles (**Priorización de intervenciones**).

Finalmente, se elaboró el **Plan de Acción**, donde se plantean acciones a implementar por los responsables y el tiempo para su cumplimiento, con la finalidad de mejorar las buenas prácticas (**Plan de acción**). Considerar que esta matriz es sujeta a monitoreo periódico para asegurar su cumplimiento (Implementación de las acciones correctivas).

En conformidad con lo anteriormente mencionado pasamos a firmar los presentes.

