Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue

Nº 082 -2017-HNHU-DG

REPÚBLICA DEL PERÚ

FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

073

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

Resolución Directoral

Lima, 08 de MAYO de 2017

Visto el Expediente Nº 17-009097-001, conteniendo el Nota Informativa Nº 023-2017-OGC/HNHU, de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicitando la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017;

CONSIDERANDO:

Que, en 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, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo uno de sus principales procesos ofrecer la seguridad del paciente, con herramientas prácticas para hacer mas seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, se aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 1021-2010/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" cuya finalidad es disminuir los eventos adversos a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud;

Que, mediante Nota Informativa Nº 023-2017-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017;

Que, mediante Memorando Nº151-2017-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa Nº 015-2017-UPL-HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos así como también dicho Plan forma parte del producto operativo procesos óptimos de atención programado en el POA 2017;

Que, el objetivo general del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017 es fortalecer una cultura de gestión del riesgo, a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud, para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 117-2017-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad a las facultades establecidas en la Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017, el mismo que forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017.

Artículo 3°.- La Oficina de Comunicaciones procederá a la publicación de la presente resolución en la Página Web del Hospital

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. N° 27423

LWMMOHACh/Marlene G
DISTRIBUCIÓN.
( ) Dirección Adjunta
( ) OAJ
( ) Oficina de Gestión de la Calidad
( ) Dptos Asistenciales
( ) OCI
( ) Archivo.

Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017
073

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

OGC Oficina de Gestión de la Calidad

ELABORADO POR:

M.C. Walter Alfredo Espinoza Cuestas
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. Dioly Catherine Guzmán Quiñonez
M.C. Eissenia Palomino Gonzalez
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

M.C. Silvia Vargas Chugo
Unidad de Seguridad del Paciente

Bach. Daniel Quevedo Tincopa
Unidad de Garantía de la Calidad

Bach. Elías Vilcachagua Roque
Téc. Enf. Cynthia Marina Condori Chipana
Unidad de Información para la Calidad

Sra. Karina Huamán Murillo
Secretaria

INDICE

I. Introducción 4

II. Finalidad 4

III. Objetivo 4

IV. Base legal 5

V. Ámbito de aplicación 5

VI. Contenido 6

5.1 Aspectos técnicos conceptuales en seguridad del paciente 6

5.2 Mapa estratégico 7

5.3 Líneas de acción para la seguridad del paciente 7

VII. Acciones por niveles de organización del sistema 9

VIII. Responsabilidades 9

IX. Presupuesto 9

X. Anexos 10

Anexo N° 1: Plan del Hospital Nacional Hipólito Unanue 11

Anexo N° 2: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente 12

Anexo N° 2-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía – LVSC 13

Anexo N° 3: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 14

Anexo N° 4 Formato para Reportar A OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2017 15

Anexo N° 5 Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad 16

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017
073

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

Entonces es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implicando efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Los eventos adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, por ello para que la seguridad del paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir liderazgo y compromiso por parte de la Dirección, políticas claras, trabajo en equipo y un entorno abierto a cambios (mejora continua).

A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico, social y moral de los mismos. Por tanto, la seguridad del paciente es algo que preocupa enormemente a profesionales y gestores/as de nuestro sistema sanitario. En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

Es en este contexto que se ve la necesidad promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con el fin de establecer sistemas formadores y no punitivos para la comunicación de los incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del pacientede; y por tanto estandarizar el Plan de Seguridad de Paciente 2017, cumpliendo así con los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud, específicamente con el Objetivo Estratégico 3, donde su objetivo específico 3.3 menciona "Desarrollar e implementar una Gestión de Calidad por Resultados y de Mejora Continua de sus Procesos", por ello la Oficina de Gestión de la Calidad elabora ejes de trabajo donde el EJE 4 corresponde a "Gestión del Riesgo y Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente".

II. FINALIDAD

Estandarizar las líneas de acción a trabajar referente a la seguridad del paciente, fomentando así una cultura de seguridad que esté orientada a la disminución, y de ser posible la eliminación de los riesgos de presentación, de eventos adversos en los procesos de atención sanitaria que brinda el Hospital Nacional Hipolito Unanue a la ciudadania en general.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud, para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud.

3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela.
3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
4. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad: Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela).
5. Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinelas.

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
SECRETARIA
Válido para uso institucional
09 MAYO 2017 073
El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26642 - Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Decreto Legislativo Nº 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N°008-2017/SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. Resolución Ministerial Nº 676-2006-MINSA – "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
6. Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA, "NTS para la Gestión de la Historia Clínica"
7. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
8. Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria.
9. Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
10. Resolución Ministerial No 727-2009/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
12. Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
13. 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.
14. Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria Nº 005-IGSS/V.01 Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas.
15. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria Nº 009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Comité de Seguridad del Paciente, y la Oficina de Gestión de la Calidad.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- **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.

- **Acciones de mejoras:** son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.

- **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.

- **Evento Adverso:** Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad.

  Clasificación:
  Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional momentánea o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo 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, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.

  Grave: El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

- **Evento Centinela:** Es evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

- **Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

- **Incidente:** Evento que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

- **Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio de salud o servicio médico de apoyo seleccionado al azar, 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.

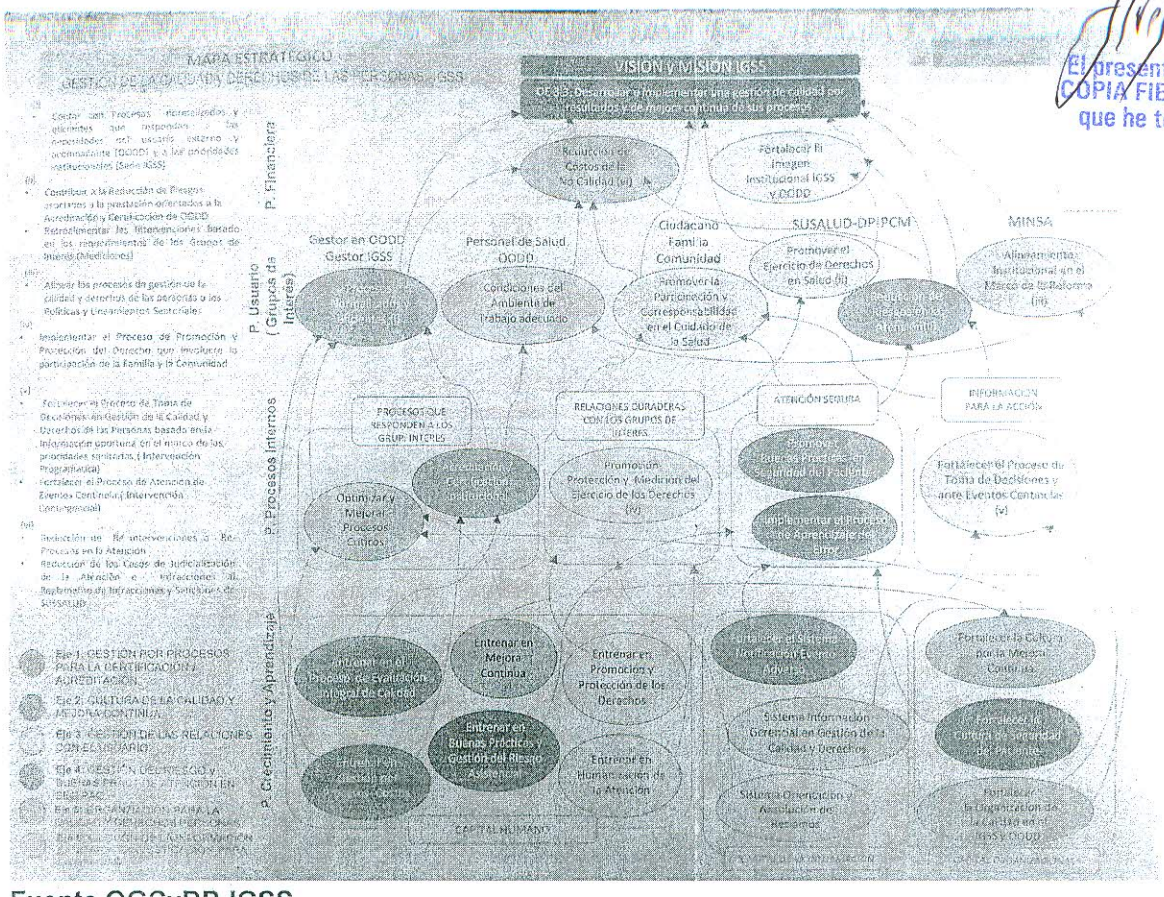
- **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del Sistema de Salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017 073

El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

6.2 MAPA ESTRATÉGICO



Fuente OGCyDP-IGSS

6.3 LÍNEAS DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

EJE 4: "GESTIÓN DEL RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE"

1. FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Actividades:

- Creación y/o actualización del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante Resolución Directoral.

- Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente a Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente (ver Anexo N° 1: Indicador N° 1).

2. FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO

Todas las actividades de una organización implican riesgos; por lo que las organizaciones gestionan el riesgo; identificándolo, analizándolo y evaluándolo, para luego implementar medidas preventivas y correctivas de manera oportuna.

Actividades:

- Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y/o Departamento referente al sistema de notificación de Eventos Adversos (ver Anexo N°1: Indicador N° 2).

- Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y/o Departamento referente al análisis de Eventos Centinelas (ver Anexo N°1: Indicador N° 3).

3. PROMOVER BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implementación de prácticas seguras; constituye el elemento clave para mejorar la práctica clínica, por ello la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" (LVSC), pretende reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias; ya que su uso permanente se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Actividades:

- Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía (Ver Anexo N° 2 Y 2-A: ficha reporte a la OGCyDP-IGSS).

- Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (observación directa de la aplicación de la LVSC en la cirugías programadas) (Ver Anexo N° 3).

4. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN-REGISTRO-NOTIFICACIÓN-ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO)

Muchos de los incidentes y eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema, por ello la ronda de seguridad del paciente, como herramienta de calidad, permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, que consiste en una visita programada de una unidad productora de servicios de salud al azar de la institución, 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.

Actividades:

- Equipo de rondas de seguridad del paciente, realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud, mínimo una ronda de seguridad al mes (ver Anexo N°1: Indicador N° 6 y Anexo N° 5).

- Reportar el informe de cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU. (ver Anexo N°1: Indicador N° 7 del objetivo estratégico N° 4.6).

- Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según prácticas inseguras identificadas en las UPSS (ver Anexo N°1: Indicador N° 8 del objetivo estratégico N° 4.5).

5. FORTALECER EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA

- Consolidación mensual del número total de eventos adversos reportados según UPSS de la IPRESS (ver Anexo N° 4 – ficha reporte para incluir en su informe a la OGCyDP).
- Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres (ver Anexo N°1: Indicador N° 10 del objetivo estratégico N° 4.6).

VII. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

La Dirección General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, deberá de conformar y/o actualizar mediante Resolución Directoral:

1. Comité de Seguridad del Paciente.
2. Equipo de Rondas de Seguridad.
3. Equipo Conductor para la implementación de la LVSC.

TEC. ELVA YUSANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional
09 MAYO 2017
073
El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

VIII. RESPONSABILIDADES

Las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue; son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimento del presente Plan de Seguridad del Paciente 2017.

IX. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					CATEGORIA PRESU-PUESTAL	F.F	FINALI-DAD	META PRES	CLASIFICA-DOR	Nombre Ítem	Unidad Medida	Canti-dad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Supervisión, Control y Seguridad en la Atención del Paciente	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0096	2.3.1 5. 1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	S/. 250.00
										Plumones	unidad	250	S/. 2.00	S/. 500.00
										Plástico carnet	unidad	150	S/. 1.50	S/. 225.00
										Hojas bond	millar	100	S/. 15.00	S/. 1,500.00
										Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	S/. 75.00
										Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	S/. 750.00
										Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	S/. 150.00
										Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	S/. 250.00
										Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	S/. 200.00
										Limpiatipos	unidad	75	S/. 2.00	S/. 150.00
										Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/. 75.00
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/. 875.00
									2.3.1 1.1 1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	Refrigerio	unidad	120	S/. 7.00	S/. 840.00
													TOTAL	S/. 5,840.00

ANEXOS

- Anexo N° 1: Plan del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Anexo N° 2: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente.
- Anexo N° 2-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía – LVSC.
- Anexo N° 3: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Anexo N° 4 Formato para Reportar A OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2017.
- Anexo N° 5 Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad.

ANEXO N° 1: PLAN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MATRIZ DE CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN - 2017 - ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

EJE DE TRABAJO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INDICADOR TRAZADOR	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	HOSPITALES	META DE IMPACTO	PERIODICIDAD DE REPORTE	PROGRAMACIÓN 2017			
								I T	II T	III T	IV T
EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	4.1..Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	IND 1: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en Rondas de Seguridad del Paciente	Actividades de capacitación dirigido a las jefaturas de departamento y servicio, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe de capacitación en Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Rondas de Seguridad y Gestón del Riesgo para la Seguridad del Paciente	ANUAL	X			
	4.2.Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	IND 2: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en nosticacion de eventos adversos	Actividades de capacitación dirigido a las jefaturas de departamento y servicio referente a Notificación de Eventos Adversos.	Informe de capacitación en Notificación de Eventos Adversos. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en Notificación de Eventos Adversos.	ANUAL	X			
		IND 3: Jefaturas de Departamento y Servicio con equipos entrenados en análisis de eventos centinelas	Actividades de capacitación dirigido a las jefaturas de departamento y servicio referente a análisis de eventos centinelas	Informe de capacitación en análisis de eventos centinelas. Listado de Jefaturas Administrativas y Asistenciales de la IPRESS.	Un (01) Informe de capacitación	≥ 80% de de Jefaturas Administrativas y Asistenciales entrenados en análisis de eventos centinelas	ANUAL	X			
	4.4.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)	IND 4: Cirugias Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugia	Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Informe de la Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (observación directa de la aplicación de la LVSC)	Cuatro (04) Informes de Evaluación de la correcta aplicación de la LVSC	≥ 70% de Adherencia en la aplicación correcta de la LVSC (Por Observación Directa de la Técnica)	TRIMESTRAL	X	X	X	X
		IND 5: Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC	Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía.	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC	Dos (02) Encuestas para evaluar la implementación de la LVSC	Elabora un Plan de Mejora que permita la implementación de la LVSC	SEMESTRAL		X		X
	4.5.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error	IND 6: Rondas de Seguridad Ejecutadas	Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la atención en salud.	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (04) Informes de Ejecución de Rondas de Seguridad	≥ 90% de Rondas de Seguridad ejecutadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud	TRIMESTRAL	X	X	X	X
		IND 7: Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	Buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas.	Cuatro (04) reportes de los Resultados de las Rondas de Seguridad Ejecutadas	≥ 90% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las IPRESS por Ronda de Seguridad.	TRIMESTRAL	X	X	X	X
		IND 8: Acciones de Mejora post ronda implementadas (Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente)	Elaboración del plan de acción para las practicas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente	Informe Trimestral de Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda Reporte de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud identificadas en las Rondas de Seguridad	Cuatro (04) Informes de acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (Postronda)	≥ 90% de las Acciones de Mejora Post Ronda se encuentran implementadas en los plazos establecidos	TRIMESTRAL	X	X	X	X
	4.6.Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	IND 9: UPSS / Servicios / Microrredes de Salud que Reportan Eventos Adversos	Se refiere a la aplicación de la Directiva de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas. UPSS o Servicios / Microrredes de Salud del Primer Nivel de Atención que Reportan Eventos Adversos en la IPRESS	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de cada UPSS o Servicios, Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS	Doce (12) Reportes de Notificación de Eventos Adversos	≥ 90% de UPSS / Servicios / Microrredes de Salud Reportan Eventos Adversos	MENSUAL	X	X	X	X
		IND 10:Eventos Centinelas Analizados	Se refiere a la aplicación del Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un Evento Centinela que incluye los procesos de - Análisis. - Comunicación Interna y emisión de alertas de seguridad - Definición de Plan de Acción	Consolidado de Eventos Adversos, Sistema de Notificación de Eventos Adversos.	Doce (12) Reportes de Eventos Centinelas Analizados	Porcentaje de Eventos Centinelas Analizados: I y II Nivel de Atención: ≥ 60% III Nivel de Atención: ≥ 85%	MENSUAL	X	X	X	X

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017

073

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

ANEXO N° 2: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA DE LA IMPLEMENTACION DE LA LVSC				
	VERIFICADORES	NOMBRE DE LA IPRESS		BASE LEGAL
		SI	NO	
1	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA			RM N° 1021-2010/MINSA
2	SE REALIZA SENSIBILIZACIÓN/PREPARACIÓN PREVIA AL PROFESIONAL ASISTENCIAL DEL EESS			
3	SE DETECTAN PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN			
4	SE ELABORAN INDICADORES RELACIONADOS A LA LVSC			
5	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SUSPENDIDA POR EL USO DE LA LVCS			
6	CUENTA CON FARMACIA SATÉLITE EN CENTRO QUIRÚRGICO			
	TOTAL	0	0	
7	NÚMERO DE QUIRÓFANOS PRESUPUESTADOS			
8	NÚMERO DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS			
9	NÚMERO TOTAL DE CIRUGIAS ELECTIVAS REALIZADAS SEGÚN SEMESTRE 2016			
10	NÚMERO TOTAL DE CIRUGIAS ELECTIVAS REALIZADAS 2015			
11	NÚMERO TOTAL DE CIRUGIIAS DE EMG REALIZADAS SEGÚN SEMESTRE 2016			
12	NÚMERO TOTAL DE CIRUGIIAS DE EMG REALIZADAS EN EL AÑO 2015			
13	NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A QX ELECTIVAS SEGÚN SEMESTRE 2016			
14	NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A QX DE EMG SEGÚN SEMESTRE 2016			
15	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE SE DEFINE SU NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QX HASTA QUE ES HOSPITALIZADO PARA PROGRAMAR CIRUGIA SEGÚN SEMESTRE 2016			
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN SEMESTRE 2016			
17	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN SEMESTRE 2016			
18	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2015			
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN SEMESTRE 2016			
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN SEMESTRE 2016			
21	TASA DE REINTERVENCIONES NO PROGRAMADAS SEGÚN SEMENSTRE 2016			
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVSC SEGÚN SEMESTRE 2016			

ANEXO N° 2-A: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVSC

PROBLEMAS IDENTIFICADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNAUE
INSUFICIENTE DE PERSONAL	
INSUFICIENTE DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	
INSUFICIENTE DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
PROBLEMAS EN DISTRBUCIÓN DE PERSONAL/TAREAS	
PROBLEMAS EN INFRAESTRUCTURAS	
PROBLEMAS EN EQUIPAMIENTO	
PROBLEMAS CON INSUMOS	
PROBLEMAS CON APOYO DE LA GESTIÓN	
OTROS PROBLEMAS	

FUENTE: RM Nº 1021-2010/MINSA

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
FEDATARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017

073

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

ANEXO N° 3: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia → Antes de la incisión cutánea → Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

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

Nº Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ Fecha _____

Firma del / de la coordinador(ra) | Firma del / de la cirujano(a) | Firma del / de la anestesiólogo(a) | Firma del / de la enfermero(a)

FUENTE: RM N° 1021-2010/MINSA

ANEXO N° 4: FORMATO PARA REPORTAR A OGC EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2017.

EVENTOS ADVERSOS	EVIDENCIA
Tiene implementando un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?	
N° Total de EA reportados según trimestre 2016	
Nombre del evento adverso más frecuente identificado según trimestre 2016	
Nombre del servicio identificado, donde son más frecuentes los Eventos Adversos.	
Registrar el nombre de las UPSS que reportan Eventos Adversos en su IPRESS	
la IPRESS realiza el análisis de la causa raíz de los Eventos Adversos reportados?	
Nombre del Evento Centinela atendido y comunicado de acuerdo a protocolo de Londres.	
Registrar el N° total de capacitaciones referente a Gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar N° total de capacitados en Gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar promedio de Notas del Pre y Post Test de los Asistentes al curso de capacitación en Gestión del Riesgo	

Fuente: OGCyDP-IGSS – FORMATO ADICIONAL PARA ADJUNTAR EN LOS INFORMES TRIMESTRALES QUE SE REPORTAN A OGCyDP-IGSS

TAP. ELVA YOLANDA GALARZA CASTRO
SECRETARIA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
Válido para uso Institucional

09 MAYO 2017
073

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

ANEXO N° 5: MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD EN LAS IPRESS

IPRESS:.....

RESPONSABLE (**):.....

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	...../...../.....	..... : .....
ROND 2	...../...../.....	..... : .....

(*) Programación: Programa de 1 a 2 Rondas de Seguridad al mes

(*) Responsable: Secretario Técnico encargado de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.

Fecha: Utilizar el formato: dd/mm/aaaa (ejemplo: 05/02/2013)

Hora: Utilizar el formato de 24 horas (ejemplos: 08:30, 15:00)

Director / Gerente de la IPRESS o su representante	Oficina / Unidad de Gestión de Calidad o quien haga sus veces	Oficina de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces	Departamento / Servicio de Enfermería o quien haga sus veces

Fuente: OGCyDP-IGSS