



# Resolución Directoral

Miraflores, 15 de Marzo de 2019.

## VISTO:

El Expediente Nº 19-003494-001 que contiene el Informe Nº 028-2019-OGC-HEJCU elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe Nº 031-2019-OEPP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto adjuntando el Informe Nº 016-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; y,

## CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley Nº 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/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo: *"Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud"*.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico, "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objeto de establecer las normas que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud de nuestro país.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es: *"Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos"*.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es: *"Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que responden a las prioridades, nacionales, regionales y/o local"*.

Que, mediante Resolución Directoral N° 116-2015-DG-HEJCU, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 008-2015-HEJCU: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el HEJCU, cuya finalidad es: *"Contribuir a la implementación de medidas de protección de la seguridad del paciente, así como a la identificación de oportunidades de mejora de la calidad técnico asistencial en la atención de los pacientes de este nosocomio"*.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Informe N° 028-2019-OGC-HEJCU, de fecha 28 de febrero de 2019, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto del "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa" para la revisión y aprobación mediante acto resolutivo.

Que, el proyecto del "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa" tiene como 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 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"*.

Que, mediante Informe N° 031-2019-OEPP-HEJCU, de fecha 11 de marzo de 2019, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 016-2019-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión favorable respecto a la estructura del "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa".

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa".

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1364-2018-MINSA;



**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1.- APROBAR** el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2.- ENCARGAR** a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado plan.

**ARTÍCULO 3.- ENCARGAR** a las jefaturas de las oficinas asistenciales del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" el cumplimiento del citado plan.

**ARTICULO 4.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad ([www.hejcu.gob.pe](http://www.hejcu.gob.pe)).

***Regístrese, comuníquese y cúmplase.***



EEGY/SEEV/JCCF/LCD

**Distribución:**

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Comunicaciones
- Archivo



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"  
.....  
Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA  
Director General  
CMP. 32677 RNE. 17560



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
"José Casimiro Ulloa"

Oficina de Gestión  
de la Calidad

# DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



**Dra. Sonia Escudero Vidal**  
**Jefa Oficina de Gestión de la Calidad**  
**2019**



<b>INDICE</b>	<b>PAGINA</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>3-4</b>
<b>I. FINALIDAD .....</b>	<b>4</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>III. BASE LEGAL .....</b>	<b>5-6</b>
<b>IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>V. CONTENIDO .....</b>	<b>6</b>
5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales en Seguridad del Paciente .....	6 -7
5.2 Líneas de Acción para la Seguridad del Paciente	7 - 9
<b>VI. RESPONSABILIDADES .....</b>	<b>9</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>10-11</b>
<b>VIII. ANEXO.....</b>	<b>12</b>





## INTRODUCCION.

El Ministerio de Salud ha establecido lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos como el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008, aprobado por Resolución Ministerial 676-2006/MINSA y la propuesta del Documento Técnico Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010 - 2012.

La Seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud en el mundo. Los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad.

La 55° Asamblea Mundial de la Salud realizada en el año 2002 (Ginebra – Suiza) establece la “Alianza por la Seguridad del Paciente” la misma que inicia una nueva era en la historia de la medicina, de la cual el Perú forma parte.

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, viene implementando un Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente, impulsado por la alta Dirección, caracterizado por la Identificación y Notificación de Eventos Adversos que involucra a todas las áreas médicas asistenciales, enfermería, epidemiología, farmacia; así como los comités de Infecciones Intrahospitalarias, Comité para el uso racional de antimicrobianos entre otros. Así mismo los eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas son considerados como un problema de salud pública, se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación incapacitante y un millón terminan en muerte (Weiser, 2008). Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria, para ello el Ministerio de Salud impulsa una estrategia para la cirugía segura que incluye un marco normativo así como metodologías, herramientas e instrumentos para su ejecución, los mismos que fueron planteados en el 2008 por la OMS en que se difunde la Lista de Chequeo para una Cirugía Segura como una de las estrategias prioritarias para disminuir los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas, basada en múltiples estudios que demostraron su eficacia. Desde entonces muchos países han asumido





éste reto como una estrategia de bajo costo y alto impacto a nivel social. El estudio de Haynes et al (2009), demuestra que la aplicación de barreras de seguridad mediante una Lista de Chequeo para una Cirugía Segura en 8 hospitales de países de diferente nivel de desarrollo, fue eficaz para disminuir significativamente el número de complicaciones y muertes como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas. Nuestro país tomando la iniciativa del Colegio Médico del Perú, emite la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la "Lista de Chequeo de Cirugía Segura" y adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención.

Por los motivos expuestos nuestro Hospital continuará en la aplicación de un sistema de Gestión para disminuir la aparición de los riesgos promoviendo la mejora de la calidad asistencial mediante la identificación de los eventos adversos que puedan ocasionar daños en los pacientes manejando una actitud preventiva y educativa.

## I. FINALIDAD

Promover una Cultura de Seguridad del Paciente, orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos, en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

## II. OBJETIVOS

### 2.1 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, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

### 2.2 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 y Evento Adverso.
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 y Evento Adverso)
5. Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinelas.





### III.- BASE LEGAL.

- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Decreto Legislativo N°1161, se aprobó la Ley de Organización y Funciones del Minsa
- Resolución Ministerial N° 143-2000/MINSA que conforma el Comité técnico para la Seguridad del Paciente.
- Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos.
- Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Supremo N° 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.
- 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.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 589-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008”.
- Resolución Ministerial N° 308 – 2010/ MINSA que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA, que aprueba el documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad”
- Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la gestión de la calidad”
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA. Aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.”
- Resolución Ministerial N° 554-2012/MINSA, Aprueba la NTS N° 096-MINSA/DIGESA-V.01, Norma Técnica de salud “Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.



## Plan Anual de Seguridad del Paciente del HEJCU

- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA que aprueba “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 “Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de Salud”
- Resolución Ministerial N° 896-2017-MINSA, Crea en la Secretaria General del MINSA, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 767-2006 /MINSA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N°295-2017-DG-HEJCU, Aprueba el Manual de Organización y Funciones del HEJCU.
- Resolución Directoral N°341-2011-DG-HEJCU, Aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N°116-2015- Aprobar Directiva Sanitaria N° 008-2015 HEJCU. Directiva Sanitaria que establece el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el HEJCU.
- Resolución Directoral N° 143-2016-DG/HEJC “Comité Técnico de Calidad y Seguridad del Paciente en la Atención de Salud” del Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N°025-2018-DG-HEJCU, Plan Anual de Seguridad del Paciente 2018 del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N°273-2018-DG-HEJCU, “Comité de Mejora Continua y Gestión de la Calidad” del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V.1, denominada “Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente”.
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, denominada “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”.

### IV.- AMBITO DE APLICACIÓN.



Plan de Seguridad del Paciente es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio de todos los servicios asistenciales del Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa.

### V.- CONTENIDO

#### 5.1.- 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.
- **Eventos Adversos:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente
- **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 atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- **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:** 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 (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía y que no constituyen un incidente) Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina 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 seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Instituciones prestadoras de servicios de salud), 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.





## 5.2 LINEAS DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

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

#### Actividades:

- Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio, Departamento y Personal Asistencial referente a Gestión del Riesgo Asistencial (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. Las Organizaciones gestionan el riesgo identificándolo, analizándolo y evaluando, para luego implementar medidas preventivas y correctivas de manera oportuna.

El problema de los Eventos Adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar a la atención sanitaria.

La gran mayoría de los Eventos Adversos se produce en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria; pero ello no excluye que se pueda producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como atención primaria y en el propio domicilio del paciente

#### Actividades:

- Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio, Departamento y Personal Asistencial referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso (ver Anexo N°1: Indicador N° 2).

### 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", 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.





- Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía (ver Anexo N°1: Indicador 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, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución prestadora de servicios de salud - IPRESS, 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:**

- Implementación de la Ficha de registro y notificación de incidentes y eventos adversos en los servicios asistenciales del HEJCU. (ver Anexo N° 1 – Indicador N° 4).
- Consolidación mensual del número total de eventos adversos reportados según UPSS de la IPRESS (ver Anexo N° 1 – Indicador N° 4).
- Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobarlo con Resolución Directoral. (ver Anexo N°1: Indicador N° 5).
- Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud. (ver Anexo N°1: Indicador N° 5).
- 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° 6).
- Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres (ver Anexo N°1: Indicador N° 7).

#### **VI. RESPONSABILIDADES**

La responsabilidad de la implementación, aplicación, cumplimiento del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2019 y monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad y de las Jefaturas Asistenciales.





## VIII.- ANEXOS. ANEXO 1

### MATRIZ DE PROGRAMACION.

## IX.- BIBLIOGRAFIA

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atencion en Salud. Bogota-Nov-2009.
- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

(Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp5.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf)

- Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

(- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en:

<http://www.mpsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

- Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir?. Monografías de Emergencias. 2009;3:1-5.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care 2003;12 Suppl 2:ii17-23.
- Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- **Disponible en la Página Web del Ministerio de Salud**  
[www.minsa.gob.pe/dgsp](http://www.minsa.gob.pe/dgsp) Ventana: Calidad en Salud y Seguridad del Paciente

### Contenido sobre seguridad del Paciente en la ventana de Calidad

Manual de 3 aplicación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS 2009

También puede ingresar directamente a:

[Http://whglibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whglibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf)

First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safes Care DOCUMENT FOR SALE

[Http://apps.who.int/bookorders/angalais/detert.jsp?sesslan=i&codlan=1&codcol=93&codcch=227#](http://apps.who.int/bookorders/angalais/detert.jsp?sesslan=i&codlan=1&codcol=93&codcch=227#)





Estudio de IBEAS prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica.

Protocolo de Londres

Ingresar directamente a:

http: [www.clinicacolsanitas.com/docs/lectura\\_protocolodelondres.pdf](http://www.clinicacolsanitas.com/docs/lectura_protocolodelondres.pdf)

Directrices de Cirugía Segura: OMS

Ingresar directamente a:

Htp://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\_spa.pdf

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"

  
.....  
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL  
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad





ANEXO N° 1: PLAN DE ACTIVIDADES DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"

CRONOGRAMA DE PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSE CASIMIRO ULLOA

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESTRATÉGICO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADOR TRAZADOR	ACTIVIDADES	PERIODICIDAD DE REPORTE	IT	II	III	IV	META ANUAL	
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.	Obj. Estratégico N° 1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	Actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de departamento, servicios y personal asistencial referente a la gestión del riesgo asistencial	Informe emitido por la OGC sobre las capacitaciones en Gestión de Riesgos Asistenciales	Indicador N° 1: Jefatura de Dpto. Servicio y personal asistencial con Equipos entrenados en Gestión de Riesgos Asistenciales %	1. Brindar asistencia técnica a los Jefes de Dpto, Jefes de Servicio y personal asistencial en Gestión del Riesgo Asistencial	SEMESTRAL		1		1	≥ 70% DE JEFATURAS DE DPTO, SERV Y PERSONAL ASISTENCIAL. CAPACITADO (META ANUAL)	
	Obj. Estratégico N° 2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso	Actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de departamento, servicios y personal asistencial referente a Notificación de Eventos Adversos	Informe emitido por la OGC sobre las capacitaciones en Notificación de Eventos Adversos realizadas	Indicador N° 2: jefatura de Dpto. Servicio y personal asistencial con Equipos entrenados en notificación de EA %	1. Brindar asistencia técnica a los Jefes de Dpto, Jefes de Servicio y personal asistencial en Registro, Notificación y análisis del incidente y evento adverso	SEMESTRAL		1		1	≥ 70% DE JEFATURAS DE DPTO, SERV Y PERSONAL ASISTENCIAL. CAPACITADO (META ANUAL)	
	Obj. Estratégico N° 3: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente	Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC	Indicador N° 3: cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC.	1. Aplicación de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirujía	SEMESTRAL		1		1	2 ENCUESTAS PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LVSC (ACUM. ANUAL)	
	Obj. Estratégico N° 4: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error ( Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)	Procedimiento para el registro, notificación y análisis preventivo y reactivo de los eventos adversos en salud con Plan de Intervención	Informes trimestrales de registro de Eventos Adversos	Indicador N° 4: N° total Eventos adversos Reportados por UPSS	1. Implementación de la Ficha de registro y notificación de incidentes y eventos adversos en el HEJCU 2. Consolidación mensual del número total de eventos adversos reportados según UPSS de la IPRESS	TRIMESTRAL	1	1	1	1	4 INFORMES TRIMESTRALES (Acum. Anual)	
		Rondas de seg. Paciente 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, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud.	Informe trimestral de la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente	Indicador N° 5: % de Rondas de Seguridad ejecutadas	1. Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y aprobarlo con Resolución Directoral. 2. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud.	TRIMESTRAL	1	1	1	1	1	≥ 90% de rondas de seg. Ejecutadas (Acum. Anual)
		Elaboración del plan de acción (para las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de seguridad del paciente) con su respectiva implementación	Informe trimestral de cumplimiento de acciones de mejora post ronda	Indicador N° 6: Acciones de mejora post ronda implementada	1. Monitoreo de la Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según prácticas inseguras identificadas en las UPSS del HEJCU	SEMESTRAL		1			1	2 INFORMES DE MEJORA POST RONDA TRIMESTRALES
	Obj. Estratégico N° 4.6: Fortalecer el proceso de Análisis de los Eventos Centinelas	Se refiere a la aplicación del Protocolo de actuación frente a la ocurrencia de un evento centinela que incluye procesos de análisis, comunicación interna y emisión de planes de seguridad y definición de Plan de Acción	Reporte de los informes de análisis de los Eventos centinela bajo la metodología estándar, Protocolo de Londres, con su plan de acción correspondiente	Indicador N° 7: Evento centinela atendido y comunicado de acuerdo a protocolo	1. Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres	SEMESTRAL		1			1	2 Informes conteniendo el reporte de los informes de análisis de los eventos centinela (Acum. Anual)

