



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

10 MAY 2011

YENNY LORENA LINO CRUCES
FEDATARIA
Administración Central

Calleo, 05 de mayo de 2011

Visto el Informe Nº 133-2011-GRC/GRS/DIRESA/DESP/DAIS/UTCS, de fecha 19 de abril del 2011, emitido por la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

CONSIDERANDO:

Que, los artículos VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establecen 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 la Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 676-2008/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente", en el marco del compromiso nacional asumido por el Ministerio de Salud como integrante de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente;

Que, dentro de este contexto, se ha elaborado el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008" cuyo propósito es fortalecer los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes;

Estando a lo propuesto por la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Con la visación del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas interinamente al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 000229-2011 y la Ordenanza Regional Nº 003-2009.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el "Plan Regional de Seguridad del Paciente", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud se encargara de la difusión e implementación del citado Documento.





ARTÍCULO TERCERO.- Las Direcciones de Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud, son responsables del cumplimiento de las actividades programadas en el documento aprobado en la presente Resolución.

ARTÍCULO CUARTO.- Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos correspondientes para su conocimiento y fines pertinentes.

A. H. CASTAÑEDA S.

Regístrese y comuníquese



S. M. MALLQUI O.



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

[Signature]

Dr. MARCO ANTONIO ADRIANZEN COSTA
Director General (e)
C.M.P. 18962

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

El Presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista, su validez
Es sólo en forma Interna.

Callao,

10 MAY 2011

[Signature]

Sra. YENNY LORENA LINO CRUCES
PEDATARIA
Administración Central



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CALIDAD EN SALUD



“PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2011”

UNIDAD TÉCNICA DE CALIDAD EN SALUD

CALLAO - 2011

PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DIRESA CALLAO - 2011

INTRODUCCION

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

En Canadá y Nueva Zelanda cada 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos mientras que en Australia esta cifra es de aproximadamente 16.6%. A las consecuencias directas a la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias y el propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos. Representan en algunos países un costo anual de entre 6,000 millones y 29,000 millones de dólares.

Esta información ha llevado a la comunidad a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces y contrastadas que permitan reducir el número creciente de eventos adversos derivadas de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.



El compromiso de la DIRESA Callao es garantizar el cumplimiento del documento técnico en mención a través del Plan Anual de Seguridad del Paciente año 2011-2012, con los objetivos establecidos, la misma que requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas para mejorar el funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo a nivel de todos los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción.

DEFINICIONES.

- ✓ 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.
- ✓ Barrera de seguridad: son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- ✓ Complicación: resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- ✓ Evento Adverso: todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
- ✓ Efecto adverso: Una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- ✓ Incidente: evento adverso que no causando daño pero susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

- ✓ Evento Centinela: es un tipo de evento adverso 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.
- ✓ Riesgo: factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

FINALIDAD

Garantizar que los establecimientos de salud sean lugares cada vez más seguros para la atención de pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fortalecer los mecanismos de registro y seguimiento local de eventos adversos.
- ✓ Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos.
- ✓ Desarrollar mecanismos de aprendizaje colectivo para prevención y manejo de los eventos adversos.
- ✓ Aceptar difundir e implementar las buenas prácticas de atención en la seguridad del paciente.
- ✓ Lograr la participación de los usuarios en la seguridad del paciente.

BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842- Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA se conformo el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Ministerial ND 676-2006/MINSA, se aprobó Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"

ALCANCE

Las actividades de los hospitales de nuestra jurisdicción de la DIRESA Callao, están consolidados en este plan, solo el sector Salud –MINSA.

ESTRATEGIAS

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
O.E. 1: Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento local de eventos adversos en el 70% de los establecimientos de tercer nivel y en el 20% de los hospitales de segundo nivel.	O.E. 1: Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento local de eventos adversos en 100% de áreas críticas.	1. Realizar el diagnostico situacional de la cultura de seguridad del paciente.
		2. Diseñar e implementar una campaña de comunicación en seguridad del paciente dirigida a involucrar a los usuarios internos.
O.E. 2: Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuesta de mejoras correctivas en los hospitales seleccionados.	O.E. 2: Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuesta de mejoras correctivas en los hospitales seleccionados.	3. Diseñar un sistema de identificación, registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos.
		4. Diseñar un sistema de indicadores de seguridad del paciente para monitorización, análisis y difusión de resultado.
		1. Implementar mecanismos actualizados para la reducción de las infecciones nosocomiales
		2. Implementar el uso de la Lista de Verificación Quirúrgicas (LVQ).
		3. Priorizar acciones que garanticen una atención segura al binomio madre-niño.
		4. Implementar mecanismos para lograr una prescripción y dispensación segura de medicamentos.
		5. Realizar auditorías de todos los eventos centinelas presentados en el establecimiento de salud.



<p>O.E. 3. Desarrollar mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de los eventos adversos en los establecimientos seleccionados.</p>	<p>O.E. 3. Desarrollar mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de los eventos adversos en el 100% de áreas críticas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar mecanismos actualizados para la reducción de las infecciones intranosocomiales. 2. Aplicar programas destinados a la reducción de eventos adversos durante la realización de procedimientos quirúrgicos. 3. Priorizar acciones que garanticen una atención segura al binomio madre-niño. 4. Implementar mecanismos para lograr una prescripción y dispensación segura de medicamentos. 5. Realizar auditorías de todos los eventos centinela presentados en los establecimientos de salud.
<p>O.E. 4: Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente en los establecimientos de Salud según su nivel de complejidad.</p>	<p>O.E. 4: Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente en el 100% de áreas críticas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar a los profesionales de la salud en el manejo de las herramientas y estandarizar metodologías para la gestión de riesgos y seguridad clínica 2. Realizar la Vigilancia de Efectos adversos en hospitales. 3. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en hospitalización (IBEAS) en su segunda etapa en establecimientos del II y III nivel de atención
		<ol style="list-style-type: none"> 4. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en atención ambulatoria (APEAS) en establecimientos del primer nivel de atención.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
(Cuadro adjunto)



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DIRESA CALLAO 2011

OBJETIVO 1:	FORTALECER LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS						
ACTIVIDAD:	Unidad de Medida	META	I trim	II trim	III trim	IV trim	Responsables
Elaboracion del Plan de Seguridad del Paciente en los Hospitales de la jurisdiccion	Planes	3	3	3	3	3	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
Socializar los informes de la Seguridad del Paciente.	Reunión	4	1	1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
Consolidar y analizar la informacion de eventos adversos en la Unidad de Gestion de la Calidad	Informe	12	3	3	3	3	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
OBJETIVO 2:	Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento local de eventos adversos en 100% de áreas criticas						
	Unidad de Medida	META	I trim	II trim	III trim	IV trim	Responsables
1. Realizar el diagnóstico situacional de la cultura de la seguridad del Paciente	Informe	3		1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
2. Diseñar e implementar una campaña de comunicación en seguridad del paciente dirigida a involucrar a los usuarios.	Informe	1			1		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
3. Diseñar un sistema de identificación, registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos.	Informe	3		1	2		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
4. Diseñar un sistema de indicadores de seguridad del paciente para monitorización, análisis y difusión de los resultados.	Informe	1			1		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
5. Elaborar un Observatorio Virtual portal Web sobre seguridad del paciente y fomentar la utilización de sus contenidos en el sector Establecer alianzas con la Sociedad Civil para incorporarla en acciones de mejora de la seguridad de la atención.	Informe	3		1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
OBJETIVO 3:	Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctiva en los Hospitales seleccionados						
	Unidad de Medida	META	I trim	II trim	III trim	IV trim	Responsables
2. Aplicar programas destinados a la reducción de eventos adversos durante la realización de procedimientos quirúrgicos.	Informe	1		1			UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
Priorizar acciones que garanticen una atención segura al binomio niño.	Informe	3		1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
Complementar mecanismos para lograr una prescripción y dispensación segura de medicamentos.	Informe	1		1	1		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
Realizar auditorias de todos los eventos centinela presentados en los hospitales de salud.	Informe	3		1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales



OBJETIVO 4:	Desarrollar mecanismos que facilite el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de los eventos adversos en el 100% de áreas críticas						Responsables
	Unidad de Medida	META	I trim	II trim	III trim	IV trim	
1. Capacitar a los profesionales de la salud en el manejo de las herramientas y estandarizar metodologías para la gestión de riesgos y seguridad clínica	Taller	3		1	1	1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
2. Fomentar la Investigación Operativa en Seguridad del Paciente.	Informe	1				1	UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
3. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en hospitalización (IBEAS) en su segunda etapa en establecimientos del II y III nivel de atención.	Informe	1			1		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales
4. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en atención ambulatoria (APEAS) en establecimientos del primer nivel de atención.	Informe	1			1		UTC/Comites de Seguridad del paciente de los hospitales




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Dra. ANA YOLANDA PEREZ BRIONES
 Jefa de la Unidad Técnica de Calidad en Salud
 C.M.P. 22082