Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Nº 045-2023-HNHU-DG

Resolución Directoral

Lima 13 de Febrero de 2023

Visto el Expediente Nº 23-004507-001, que contiene la Nota Informativa Nº 076-2023-OGC/HNHU, a través del cual la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación mediante acto resolutivo del proyecto de "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 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, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo uno de sus principales procesos ofrecer la seguridad del paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, con Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a la necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios, en el citado plan señala entre sus componentes de garantía y mejora una serie de procesos, entre ellos el de Seguridad del Paciente;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, se aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, y con 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, con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", la cual tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de la intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala en su artículo 3°, que son funciones generales del Hospital administrar

los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica que se encarga de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente con la participación activa del personal; y, en el literal e) del mencionado artículo señala que dentro de sus funciones generales se encuentra: Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, con Nota Informativa Nº 076-2023-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad traslada el Informe N° 009-2023-JCPC-HNHU del Área de Seguridad del Paciente, mediante el cual pone en conocimiento que se ha elaborado el proyecto de "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023", la cual tiene por objetivo general fortalecer una cultura de gestión del riesgo, a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos;

Que, con Nota Informativa Nº 008-2023-OPE/HNHU, la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite la Nota Informativa Nº 012-2023-UPL-OPE/HNHU, de la Unidad de Planeamiento, a través del cual indica que el referido Plan se encuentre acorde de manera estructural a los lineamientos planteados en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, y que las actividades programadas, contribuyen al cumplimiento del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023, según la siguiente estructura programática: CATEGORÍA: 9001.Acciones Centrales, PRODUCTO: 3999999.Sin Producto, ACTIVIDAD PPTAL: 5000003.Gestión Administrativa, ACTIVIDAD OPERATIVA: Conducción de Control Permanente de la Calidad, UM: Acción; precisando además que, la ejecución del presente plan, será financiado de acuerdo a la disponibilidad presupuestal que se cuente en el presupuesto institucional del HNHU, y que de acuerdo a su competencia y atribuciones da opinión favorable para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 65-2023-OAJ/HNHU;

Con el visto bueno de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud" aprobada con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA; y, en uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N°099-2012/MINSA;

Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Nº 045 -2023-HNHU-DG

Resolución Directoral

Lima 13 de Febrero de 2023

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023", el cual forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Plan aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital: https://www.gob.pe/hnhu.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N° 028813

AMAD(EVVJ/snn
DISTRIBUCIÓN.
( ) Dirección Adjunta
( ) OGC
( ) OAJ
( ) OPE
( ) Comunicaciones
( ) OCI
( ) Archivo

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023

OGC Oficina de **Gestión de la Calidad**

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V° B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. KATTERIN MERY GUZMAN MANCILLA
MC. GISELA PAOLA ESCALANTE ROSADIO
Unidad de Auditoria de la Calidad de la Calidad de Atención
Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos

MC. JUAN CARLOS PAITAN CAJACURI
Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. GIANCARLO SANDOVAL PACHERRES
Unidad de Mejora Continua

TEC. VIVIANA FLORES YUPANQUI
Asistente Administrativo

SRTA. ALEJANDRA MENESES CALLE
Secretaria

ÍNDICE

I. Introducción 4 - 7

II. Finalidad 8

III. Objetivos 8

IV. Ámbito de aplicación 8 - 9

V. Base legal 9

VI. Contenido 9

6.1 Aspectos técnicos conceptuales en seguridad del paciente 9 -11

6.2 Actividades para la formalización, evaluación y presentación del Plan anual de seguridad del paciente 11-13

6.3 Acciones por niveles de organización del sistema 13

6.4 Presupuesto 14

VII. Responsabilidades 15

VIII. Anexos 15

Anexo N° 1: Matriz de Programación de Actividades Operativas 16 - 18

Anexo N° 2: Matriz de Seguimiento de Actividades Operativas 19 - 20

Anexo N° 3: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente 21

Anexo N° 4: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente 22

Anexo N° 4-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la – LVSC 23

Anexo N° 5: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 24

Anexo N° 6: Encuesta para evaluar la Lista de Verificación de la Seguridad De la Cirugía 25 - 27

Anexo N° 7: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2020 28

IX. Bibliografía 29

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B° HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023

I. INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son parte de la biología de los seres vivos. Ya en los albores de las civilizaciones aparece "el sanador y su arte", que evoluciona lentamente hacia la ciencia médica contemporánea. Desde tiempos remotos, siempre se ha esperado que quien atiende al enfermo lo haga por el llamado de una vocación y con el mejor conocimiento existente, procurando el beneficio de aquel que sufre. También se ha entendido como una buena práctica evitar actos lesivos y/o cometer descuidos que agraven la enfermedad y/o que ocasionen daños adicionales. En este sentido, a lo largo del tiempo, diversas culturas han procurado realizar acciones mediante tradiciones, tabúes, leyes o normas destinadas a lograr la mejor atención de la salud en el contexto de su época. De alguna manera, se fueron dando así las bases de lo que hoy se conoce como la seguridad del paciente.

La definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias". Actualmente la seguridad del paciente se está instalando como un imperativo social, científico, ético y legal en la atención médica de toda persona, que procura la prevención de los riesgos y evitar daños a quien se encuentra enfermo y bajo el cuidado de un profesional, de una institución o de un sistema de salud, ya sea en el momento de su internación o en su atención ambulatoria.

Etapas en la historia de la seguridad del paciente, desde los inicios de la civilización hasta la actualidad

- **Albores de la civilización (Lejano y Medio Oriente)**

Seguridad del paciente en los albores de las civilizaciones: Mesopotamia, India y China. En este período de las antiguas civilizaciones encontramos los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para procurar una atención más segura de los enfermos.

Tal vez el texto más conocido es el **Código de Hammurabi**, un tratado escrito en acadio este código que contiene 282 leyes es un ejemplo de legislación, Once de estas leyes se refirieren al acto médico, en particular la que se toma como origen de la "ley del Talión", la ley 218, que dice: "Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos". La "ley del Talión" constituye un **intento de establecer una proporcionalidad** entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. El término "Talión" significa idéntico o semejante.

Otro texto médico es el **"Ayurveda"** (civilización Hindú) y constituye el documento más antiguo en este aspecto. En él se establece que el estudiante y practicante del arte de sanar se debe consagrar en "alma y cuerpo" al bien de los enfermos. Prohíbe el uso de venenos que dañen al paciente, en traición de la confianza propia del arte curativo, y

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V°B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

además, se advierte al sanador que debe evitar revelar datos comprometedores del enfermo, o de la familia del enfermo. **Así, inicia la seguridad del paciente como imperativo vocacional.**

El Yi Jing o Libro de las Mutaciones (civilización China) es su texto más antiguo que se conoce en la actualidad. Pero también unos mil años antes están los tratados médicos del emperador amarillo (también conocido como Huangdi), entre ellos el Su Wen Neijing (compilado unos dos mil años después, en el 206 d. C). En ellos hay referencias al deber de buen actuar del sanador, y su compromiso con la recuperación de la salud del enfermo.

- **Períodos helenista y romano (Occidente)**

Los primeros indicios de la **civilización helénica** datan de unos 1200 a. C. Uno de sus mayores aportes a la humanidad es haber logrado que la medicina dejara de lado la magia, la religión y el misticismo para buscar en la razón las causas de la enfermedad y su mejor tratamiento, a partir del examen físico del enfermo y el estudio racional de sus síntomas y signos, lo que contribuyó a la seguridad del paciente. El desarrollo de los principios higiénicos en la atención del enfermo también contribuyó a lograr una atención más segura.

De este período destacamos la sabiduría de **Hipócrates** de Cos (c. 460-370 a. C.) y su escuela, con su máxima Primum Non Nocere, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente (Epidemias, libro I, sección II, número V). Este principio de velar por el correcto acto médico se plasmó por primera vez en el juramento hipocrático, a partir del cual el ejercicio de la medicina tiene una orientación normativa y ética muy clara hacia la seguridad de los pacientes. Destacamos del juramento hipocrático lo siguiente: "Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño". **Se establece allí el imperativo ético de la seguridad del paciente**. Una contribución notable de los romanos a la seguridad del paciente fue la oficialización del ejercicio de la medicina, especialmente de los médicos militares que trabajaban en las "valetudinaria", que eran los hospitales de campaña que siempre acompañaban a cada legión del imperio. El emperador Alejandro Severo, que gobernó entre 225-235 d. C., fue quien decretó la normalización de la enseñanza de la medicina para garantizar la calidad, y por tanto la seguridad de la práctica profesional en el Imperio Romano.

- **Humanismo-Renacimiento hasta la Revolu- ción Industrial.**

Entre la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d. C.) y los siglos del fundamentalismo religioso propio del Medioevo o Edad Media (476-1453), los avances de la medicina mermaron. Sin embargo, fueron los árabes los que contribuyeron con su mayor progreso. Cabe destacar a Avicena (c. 980- 1037) con su Canon o Principios de la medicina. Luego, en el Humanismo y Renacimiento, la medicina retoma su norte respecto de la ciencia y la seguridad del acto médico, con el retorno al estudio práctico de la anatomía humana, que marca la obra y legado de Andreas Vesalio (1514-1564). Se retoma el rumbo de la medicina hacia la ciencia, y se abren los caminos hacia la fisiología, la histología, la patología y otras disciplinas médicas. Los médicos, cada vez con mejor formación, toman nota y corrigen los errores que pueden documentar en su práctica. Tal es el caso de **Ambroise Paré** (1509-1590), considerado el padre de la cirugía, que después de verificar los resultados nocivos de las cauterizaciones en la batalla de Vilaine, las desaconseja a sus discípulos luego de estudiar la mortalidad por fiebre puerperal en las salas de obstetricia del Hospital General de Viena, propuso que los médicos realizaran un lavado de sus manos con una solución antiséptica, y documentó que la mortalidad que presentaban las pacientes atendidas por estos era más del triple que la que ocurría si eran atendidas por parteras.

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó notablemente a la seguridad de los pacientes al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea (1853- 1856) en el este de Europa. Joseph Lister (1827-1912), en 1867, instauró el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente

- **Era del control estadístico de la calidad (siglo XX)**

Ernest Codman, cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos. Y, además, que era importante comparar los resultados con los de otros nosocomios.

En 1924, el matemático Walter Shewhart (1891- 1967) estableció el "control estadístico de la calidad", como un método científico para controlar la calidad de los productos o resultados industriales.

Elihu M. Schimmel, gastroenterólogo y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó un artículo titulado "Los peligros de la hospitalización", donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó. Estos estudios fundadores motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, y desde entonces la identificación de resultados no deseados en los servicios de salud fue ganando importancia en el mundo. **La seguridad de los pacientes entra de lleno en el ámbito del control estadístico de la calidad.**

- **Publicación Errar es humano, lanzamiento de los primeros retos globales de la OMS, y el Estudio IBEAS (siglo XXI)**

En 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciencies – IoM, NAS) publicó el informe "Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro" (To err is human: building a safer health system) cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país a considerar "la seguridad de los pacientes"

En 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, contempló el tema en sus deliberaciones y propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud.

Como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Un año después, en 2005, la OMS creó esa Alianza y lanzó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado "Atención Limpia es una atención segura", que es el punto de partida para el desarrollo de la "seguridad del paciente" en todo el planeta.

En 2007, en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), que incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V° B°
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

6% de las muertes. La publicación de los resultados y metodología de este estudio se realizaron algunos años después, en el 2011. Por su magnitud y calidad de diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos.

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, tales como el estudio de los eventos adversos y la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las Organizaciones de Salud.

Así mismo el MINSA (2011) resuelve promover la seguridad del paciente en los servicios de salud; instaurando estrategias de mejora para la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", disponiendo el uso del "Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009", a todos los establecimientos de Salud públicos y privados del país; con el fin de cumplir los estándares de calidad y seguridad de atención en salud (MINSA, 2011).

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción del mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud. Esas estrategias buscan evitar, precaver y minimizar los resultados provenientes de eventos adversos consecuentes de las prácticas de atención en salud asociadas al cuidado; entonces la seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

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 oportuna de los incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente; y por tanto estandarizar el Plan de Seguridad del Paciente 2023.

El presente plan está enmarcado en los lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad y nos basaremos en 3 ejes estratégicos:

EJE 1: Gestión de procesos para la Acreditación / Certificación
EJE 2: Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del paciente
EJE 3: Información y Mejora Continua de la Calidad de Atención

Por tal motivo en el Plan Anual de Seguridad del Paciente; señalaremos los objetivos y actividades que desarrollará la unidad de Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, basándose en el Eje 2.

EJE DE TRABAJO N° 2 QUE CORRESPONDE A: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

MINISTERIO DE SALUD – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – V° B° – HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

II. FINALIDAD

Contribuir a la estandarización de los servicios de salud, brindando una atención oportuna, segura y de calidad, con prácticas que estén orientadas a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos de eventos adversos, en los procesos de atención sanitaria basados en evidencia médica, brindados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

III. OBJETIVOS

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, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro).

IV. ÁMBITO DE PLICACIÓN

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de 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.

V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 29414 - Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios 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. Decreto Legislativo Nº 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
6. 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.
7. Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

8. Resolución Ministerial Nº 676-2006-MINSA – "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
9. Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
11. Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
12. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de 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 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.
15. Resolución Ministerial Nº 139-MINSA/2018/DGAIN, "NTS para la Gestión de la Historia Clínica"
16. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba el Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud"
17. 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.
18. 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.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- **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.

- **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.

- **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.

- **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.

- **Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.

- **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizada (omisión).

- **Incidente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto.

- **Evento Adverso:** 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.

  Clasificación:

  a) 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.

  b) 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.

  c) 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 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 de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

- **Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados

- **Factor Contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.

- **Evento Prevenible:** Describe si un evento se debe a un error o fallo del sistema. Al que podría anticiparse y estar preparado para su aparición.

- **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

- **LVSC**: La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía consta de tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento. El Ingreso de los datos en esta parte de la lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica.

- **Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.

- **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 a una UPSS seleccionado al azar en una determinada 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.

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

6.2 ACTIVIDADES PARA LA FORMALIZACIÓN, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

EJE 2: "GESTIÓN DEL RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE"

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

Actividades:

ACT.8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023 (Ver Anexo N° 1).

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B° HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

2.2 FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO-NOTIFICACIÓN-ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE, EVENTO ADVERSO Y EVENTO CENTINELA

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/o correctivas de manera oportuna.

Actividades:

ACT.12: Consolidado de registro de notificación de incidentes/eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz del análisis de los incidentes/eventos adversos presentados. Así mismo sobre la intervención de todo el personal involucrado, con la finalidad de crear una cultura en conocimientos para el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner estas herramientas en práctica. (Ver Anexo N°1).

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.

Actividades:

ACT.19: Actualización de la Resolución Directoral del Equipo Conductor de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU (Ver Anexo N° 1)

ACT. 20: Actualización mediante documento formal del Equipo Conductor por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU. (Ver Anexo N° 1: Indicador N°20)

ACT.21: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (Ver Anexo N° 1: Indicador N°21, Anexo N° 4, Anexo N°4-A y Anexo N° 5).

ACT.22: Informe semestral de la Encuesta aplicada de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. (Ver Anexo N°1: Indicador N° 22 y Anexo N°6).

ACT.23: Informe trimestral de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas y electivas) (Ver Anexo N°1: Indicador N° 23 y Anexo N° 5).

ACT.24: Informe del Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos (Ver Anexo N°1: Indicador N° 24).

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V° B°
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

2.4 IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN-REGISTRO-NOTIFICACIÓN-ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE, EVENTO ADVERSO Y EVENTO CENTINELA; AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, AUDITORÍA DE REGISTRO)

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 de forma mensual, 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:

ACT.25: Actualización de la Resolución Directoral del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue" (Ver Anexo N° 1: Indicador N° 25, Anexo N° 3).

ACT.26: Los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente del HNHU, realizan visitas programadas a un servicio y/o departamento seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud. (ver Anexo N°1: Indicador N° 26 y Anexo N°3).

ACT.27: Informe mensual de los resultados post ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios y/o departamentos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ACT.28: Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 28).

ACT.29: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 29).

ACT.30: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara (ver Anexo N°1: Indicador N° 30).

ACT.45: Informe semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora para ser derivado a la DIRIS-LE. (ver Anexo N°1: Indicador N° 30).

6.3 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 técnico de Seguridad del Paciente.
2. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
3. Equipo de Análisis del Evento Centinela.
4. Equipo Conductor para la implementación de la LVSC.

6.4 PRESUPUESTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023

Producto	Actividad Operativa	Tareas	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN						
					Categoría Presupuestal	F.F	Finalidad	Meta Pres	Clasificador	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total	
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Conducción del Control Permanente de la Calidad	Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023	Resolución Directoral (RD)	1	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	114	2.3.1 5. 1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	S/.	450.00
										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/.	1,700.00
										Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	S/.	150.00
										Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	S/.	750.00
										Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	S/.	250.00
										Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	S/.	350.00
										Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	S/.	300.00
										Limpiatipos	unidad	75	S/. 2.00	S/.	150.00
										Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/.	200.00
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/.	875.00
													TOTAL	S/.	5,900.00

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

VII. RESPONSABILIDADES

Las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Nacional Hipólito Unánue; son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimento del presente Plan de Seguridad del Paciente 2023.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 1: Matriz de Programación de actividades operativas.
- Anexo N° 2: Matriz de seguimiento de actividades operativas.
- Anexo N°3: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del paciente
- Anexo N°4: Formato de reporte de la encuesta de Seguridad del Paciente.
- Anexo N° 4-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° 5: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Anexo N° 6: Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la cirugía.
- Anexo N° 7: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2023.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - V°B° - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

ANEXO N° 01

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD DEL REPORTE	CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLES
				I T			II T			III T			IV T				
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo																
ACT.8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente.	1	Resolución Directoral	Anual		X											Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela																
ACT.12: Consolidado de registro, notificación de incidentes/eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz del análisis de los incidentes/eventos adversos presentados. Así mismo sobre la intervención de todo el personal involucrado, con la finalidad de crear una cultura en conocimientos para el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner herramientas en práctica.	4	Informe	Trimestral			X			X			X			X	Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - V°B°

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.3: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)																
ACT.19: Actualización de la resolución del equipo conductor de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del HNHU.	1	Resolución Directoral	Anual		X											Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.20: Actualización mediante documento formal del Equipo Conductor por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.	1	Documento	Anual				X									Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.21: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta	Semestral						X						X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.22: Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	2	Informe	Semestral						X						X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.23: Informe de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas y electivas).	4	Informe	Trimestral			X			X			X			X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.24:. Informe del Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos	4	Informe	Trimestral	X			X			X			X			Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V°B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.4: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación –Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro)																
ACT.25: Actualización con Resolución Directoral del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue".	1	Resolución Directoral	Anual			X										Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.26: Los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente del HNHU, realizan visitas programadas a un servicio y/o departamento seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud.	12	Documento	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 27: Informe mensual de los resultados post ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios y/o departamentos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	12	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.28: Consolidado trimestral de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Trimestral			X			X			X			X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.29: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Trimestral			X			X			X			X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.30: Informe semestral del consolidado de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora para ser derivado a la DIRIS-LE.	2	Informe	Semestral						X						X	Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V°B°

ANEXO N° 02

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo				
ACT.8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente.	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela				
ACT.12: Consolidado de registro, notificación de incidentes/eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz del análisis de los incidentes/eventos adversos presentados. Así mismo sobre la intervención de todo el personal involucrado, con la finalidad de crear una cultura en conocimientos para el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner herramientas en práctica.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.3: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)				
ACT.19: Actualización de la resolución del equipo conductor de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del HNHU.	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.20: Actualización mediante documento formal del Equipo Conductor por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HNHU.	1	Documento		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.21: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta		Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

ACT.22: Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.23: Informe de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas y electivas).	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.24:. Informe del Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos	4	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.4: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación –Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela; Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Registro)				
ACT.25: Actualización con Resolución Directoral del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue".	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.26: Los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente del HNHU, realizan visitas programadas a un servicio y/o departamento seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud.	12	Documento		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 27: Informe mensual de los resultados post ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios y/o departamentos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	12	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.28: Consolidado trimestral de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.29: Informe trimestral de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.30: Informe semestral del consolidado de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora para ser derivado a la DIRIS-LE.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 03

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

RESPONSABLE: DR. ANDRÉS MARTÍN ALCÁNTARA DÍAZ

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND1	12 / 01 / 2023	09:00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND2	06 / 02 / 2023	09:00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND3	01 / 03 / 2023	09:00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
ROND4	04 / 04 / 2023	09:00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND5	02 / 05 / 2023	09:00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND6	05 / 06 / 2023	09:00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND7	03 / 07 / 2023	09:00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND8	02/ 08 / 2023	09:00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND9	04 / 09 / 2023	09:00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND10	02 / 10 / 2023	09:00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND11	06 / 11 / 2023	09:00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND12	04 / 12 / 2023	09:00

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N°028813
Titular responsable de la IPRESS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
M.C. SILVIA VARGAS CHUGO
CMP: 64916 RNA: 4817
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unánue
Dr. Carlos Soto Linares
CMP 25793 - R.N.E. 20216
DIRECTOR
Of. de Epidemiología y Salud Ambiental
Responsable de Epidemiología

MINISTERIO DE SAL
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO
LIC. ENF. REBECA E. SANCHEZ
CEP. 16331
JEFE DEL DEP. ENFERMERIA
Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería

ANEXO N° 4: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA DE LA IMPLEMENTACIÓN 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 /PREPARACION PREVIA LA PERSONAL 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 LVSC			
6	CUENTA CON FARMACIA SATÉLITE EN CENTRO QUIRÚRGICO			
	TOTAL			
7	NÚMERO DE QUIRÓFANOS PRESUPUESTADOS			
8	NÚMERO DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS			
9	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS SEGÚN TRIMESTRE 2023			
10	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS 2023			
11	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2023			
12	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS EN EL AÑO 2023			
13	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS ELECTIVAS SEGÚN SEMESTRE 2023			
14	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS DE EMERGENCIA SEGÚN TRIMESTRE 2023			
15	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE SE DEFINE SU NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA HASTA QUE ES HOSPITALIZADO PARA PROGRAMAR CIRUGÍA SEGÚN TRIMESTRE 2023			
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN TRIMESTRE 2023			
17	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2023			
18	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2023			
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN I SEMESTRE 2023			
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN TRIMESTRE 2023			
21	TASA DE REINTERVENCIONES NO PROGRAMADAS SEGÚN I SEMESTRE 2023			
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVSC SEGÚN TRIMESTRE 2023			

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V°
HOSPITAL NACIONAL

ANEXO N° 4-A: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DELA 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

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HNHU OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ANEXO N° 5: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA - Hospital Nacional Hipólito Unánue

Cirugía programada ☐ (ejemplo colecistectomía) Cirugía de Emergencia ☐ (ejemplo apendicectomía) Reintervención de emergencia ☐ (ejemplo laparotomía por hemorragia 2 horas post cirugía)

Fecha _____ H. C. _____ N° Quirófano _____ Paciente: SOAT ☐

Nombre del Paciente _____ Cirujanos _____ Pagante ☐

Intervención Qx propuesta _____ Anestesiólogos _____ SIS ☐

Intervención Qx realizada _____ Enf. Instrumentista I _____ Enf. Instrumentista II _____

Código Siga: 19888

47510034

ANTES DE INDUCCION DE ANESTESIA Registro de Entrada	ANTES DE LA INCISION Entretiempo	ANTES DE LA SALIDA DE SALA OPERACIONES Registro de Salida
1 ¿Se encuentra firmada la hoja de hospitalización por el médico y/o servicio tratante? Si ☐ No ☐	Hora de inicio de incisión : _____ 12 Confirme que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función Si ☐ No ☐	Hora de termino de la operación _____ Enfermera confirma verbalmente con el equipo: 22 El nombre del procedimiento registrado Si ☐ No ☐
2 ¿Se ha realizado la evaluación pre-anestésica en el paciente y firmo el consentimiento informado? Si ☐ No ☐	13 Cirujano(a) confirman verbalmente . Paciente Si ☐ No ☐ . Lugar / sitio Quirúrgico Si ☐ No ☐ . Procedimiento Si ☐ No ☐	23 El recuento en voz alta de instrumentos, gasas y agujas Son correctos Si ☐ No ☐ No Aplica ☐
Hora de inducción anestésica _____ 3 El(la) paciente ha confirmado . Su identidad Si ☐ No ☐ . Lugar / sitio Quirúrgico Si ☐ No ☐ . El Procedimiento Si ☐ No ☐ . Consentimiento Si ☐ No ☐	14 Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con las pautas de asepsia quirúrgica Si ☐ No ☐	24 Se lee en voz alta el etiquetado de las muestras que incluye el nombre del paciente N° historia nombre de la pieza Si ☐ No ☐ No Aplica ☐
4 ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? Si ☐ No ☐	15 Equipo de Enfermeros instrumentista I y II revisa ¿Ha sido confirmada la esterilización? Si No Ropa Instrumental Material Quirúrgico	25 ¿Surgió algún problema con el instrumental o los equipos durante la intervención? Si ☐ Cual _____ No ☐
5 Anestesiólogo verifica ¿Presenta el paciente algún problema específico? Si ☐ No ☐	Previsión de Eventos críticos Cirujano(a) revisa	
6 ¿Se ha colocado el pulsoxímetro al paciente y funciona? Si ☐ No ☐	16 ¿Hay posibilidad de eventos críticos o inesperados? Si ☐ No ☐	26 El cirujano y anestesiólogo revisan los aspectos críticos que pudieran afectar al paciente en recuperación Si ☐ No ☐
7 ¿Tiene el paciente alergia conocida? No ☐ Si ☐ A que _____	17 ¿Cuánto durará la operación? _____ horas	27 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano? URPA ☐ UTI ☐
8 Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? Si ☐ No ☐	18 ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Mínimo ☐ Moderado ☐ Considerable ☐	
9 ¿En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? Si ☐ No ☐	19 ¿Se ha marcado el sitio Quirúrgico? Si ☐ No ☐ No Procede ☐	28 ¿Como sale el paciente a la unidad de recuperación post anestésica? Despierto ☐ Extubado ☐ Sedado ☐ Con Tubo ET ☐
10 ¿Riesgo de pérdida de >500ml de sangre(7 ml/kg en niños)? Si ☐ No ☐	20 ¿Han sido administrados los antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos? Si ☐ No ☐	
11 En este caso se ha previsto la disponibilidad de sangre plasma u otros fluidos y dos vías de acceso(I.V / Central) Si ☐ No ☐	21 ¿Puede visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (Radiografías, tomografías, etc)? Si ☐ No ☐ No Procede ☐	

OBSERVACIONES:

ENFERMERO CIRCULANTE: _____ FIRMA

ANESTESIOLOGO _____ FIRMA

CIRUJANO _____ FIRMA

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B° - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

ANEXO N° 6: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

PERÚ Ministerio de Salud

Segundo Reto Global: La Cirugía Segura Salva Vidas

ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Fecha: .....

Nombre del Establecimiento: .....

Responsable de la información:

Dirección del Estab. de Salud ( )
Unidad de Calidad ( )
Centro Quirúrgico ( )
Oficina de Epidemiología ( )
Dpto. Enfermería ( )
Depto./ Servicio de Cirugía ( )
Otro (especificar) .....

Nombre y cargo del profesional que informa: .....

Semestre que informa: .....

1. En su establecimiento de salud, ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

   ☐ SI ☐ NO

   En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

   [ ]

   En caso que respondiera **SI** ( ) Pasa a la preg.2. **NO** ( ) ¿Por que?

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento?

   [ ]

3. ¿Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

   ☐ SI ☐ NO

   ¿Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

   ☐ SI ☐ NO

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V°B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

En caso que respondiera SI, relacionados a:

- Falta de personal ☐
- Falta de conocimiento del personal ☐
- Falta de motivación del personal ☐
- Falta de entrenamiento del personal ☐

Procesos administrativos como:

- Distribución del personal/ tareas ☐
- Infraestructura ☐
- Equipamiento ☐
- Insumos ☐
- Apoyo de la gestión ☐

Otros especificar:.....

4. ¿Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI. ¿Cuáles?

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de Segundad?

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI. ¿Por qué?

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD · V°B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas?. durante:

El año pasado | El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

☐ SI ☐ NO

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico?

☐ SI ☐ NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad post operatoria inmediata?

15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas?

16. ¿Cuál es el número de cirugías electivas realizadas?

El año pasado | El primer semestre de este año

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas?

El año pasado | El primer semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia?

GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - V° B°

ANEXO N° 7: FORMATO PARA REPORTAR A OGC EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2023

EVENTOS ADVERSOS	EVIDENCIA
¿Tiene implementado un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?	
N° Total de EA reportados según trimestre 2023	
Nombre del Evento Adverso más frecuente identificado según trimestre 2023	
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 casusa raíz de los eventos adversos reportados	
Nombre del Evento Centinela atendido y comunicado de acuerdo al Protocolo de Londres	
Registrar el N° total de capacitaciones referentes a gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar N° total de capacitados en Gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar promedio 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

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - V° B° - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251176-676-2006-minsa
2. http://www.insnsb.gob.pe/docs-web/calidad/sdp-minsa/sdp-minsa-1.pdf
3. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322121-politica-nacional-de-calidad-en-salud-documento-tecnico-rm-n-727-2009-minsa
4. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/244453-1021-2010-minsa
5. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195317-168-2015-minsa
6. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/ogc/RJ_393_IGSS_2016.pdf

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
MC. JUAN CARLOS PAITAN CAJACURI
Médico Auditor
Oficina de Gestión de la Calidad
CMP. 65573 RNA. A04005