



## Resolución Directoral

Lima, 14 ABR 2023

### VISTO:

La Hoja de Trámite Interno-DG N° 000623-2023, conteniendo el Informe N° 033-2023-OEPE-HEP/MINSA de fecha 29 de marzo de 2023 emitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, con el Informe N° 015-2023-OGC-HEP-MINSA de fecha 16 de marzo del 2023 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; asimismo el Artículo 2° de la acotada Ley, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, el Artículo 9° del Reglamento de Establecimiento de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico "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 mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", teniendo como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a, mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación del personal;

Que, el Artículo 37° del mencionado Reglamento, establece que el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, con Resolución Directoral N° 10-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 11 de enero de 2023, se aprobó el Plan Operativo Institucional Anual 2023, Consistente con el PIA de la U.E. 000147: Hospital de Emergencias Pediátricas, estableciendo los objetivos y metas que debe alcanzar en el presente año nuestra Institución;



Que, mediante Resolución Directoral N°039-2023-DG-HEP/MINSA de fecha 16 de febrero del 2023, se resolvió "Conformar el Comité de Seguridad del Paciente del Hospital de emergencias Pediátricas para el período 2023", que el referido Comité tiene por objetivo fortalecer una cultura de gestión de riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención, siendo una de sus primeras actividades la elaboración del Plan de Seguridad del Paciente 2023;

Que, mediante el Informe N° 015-2023-OGC-HEP-MINSA de fecha 16 de marzo del 2023 el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite la propuesta del "Plan de Seguridad del Paciente 2023", el cual tiene como objetivo promover en los trabajadores, la cultura de Seguridad del paciente e implementar las buenas prácticas de atención en salud, todo ello para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención dentro del Hospital de Emergencias Pediátricas, por lo cual, recomienda su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, asimismo en el Informe N° 033-2023-OEPE-HEP/MINSA de fecha 29 de marzo del año en curso, emitido por el Director Ejecutivo, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, refiere que el presente Plan tiene como finalidad promover una atención en salud en condiciones seguras y prevenir la ocurrencia de incidencias o eventos en el Hospital de Emergencias Pediátricas, el cual cumple con el cronograma de actividades y responde a los 06 objetivos específicos, que se relacionan con las 04 líneas de acción planteadas que conforman la seguridad del paciente, cuya implementación está sujeta a disponibilidad presupuestal, se articula transversalmente con las actividades prestacionales que desarrolla el hospital y presupuestalmente se articula con la META SIAF N° 027 "Gestión Administrativa" del Plan Operativo Institucional 2023;

Con el visado de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

De conformidad con la Ley N° 26842 de la Ley General de Salud, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA la Resolución Ministerial 727-2009/MINSA- Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Directoral N° 10-2023-DG-HEP/MINSA que aprobó el Plan Operativo Institucional Anual 2023, en uso de la facultad conferida en el literal e) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado por Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA y la Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA; que resuelve delegar facultades durante el Año Fiscal 2023, a los Directores/as Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana, Institutos Nacionales Especializados y Hospitales del Ministerio de Salud;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2023", del Hospital de Emergencias Pediátricas, documento que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo 2°.- DISPONER** que las acciones relacionadas con el "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2023", aprobado a través de la presente Resolución, sean de responsabilidad de la oficina de Gestión de la Calidad, debiendo monitorear y controlar la ejecución de las actividades, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del referido Plan.

**Artículo 3°.- ENCARGAR** al responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: [www.hep.gob.pe](http://www.hep.gob.pe).

**Regístrese, comuníquese y publíquese.**

TDVA/AASO/Jbcs

Distribución CC:

- Oficina Ejecutiva de Administración
  - Oficina de Planeamiento Estratégico
  - Oficina de Gestión de la Calidad
  - Oficina de Asesoría Jurídica
  - Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP
  - Interesados
  - Archivo
- Reg. 223/340

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS  
DR TOMY VILLANUEVA AREQUIPEÑO  
CMP 38876 RNE 17651  
DIRECTOR GENERAL



## PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023

**COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**2023**

**Dr. TOMY DUPUY VILLANUEVA AREQUIPEÑO**  
DIRECTOR GENERAL

**Elaborado por:**

Méd. Leslie Rosella Carbajal Tarazona  
Responsable de Seguridad del Paciente - Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Adriana Ponce Eyzaguirre  
Presidenta de Comité de Seguridad del Paciente 2023  
RD N° 039-2023-DG-HEP/MINSA

**Revisado por:**

Méd. William Abregú Castro  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

**Revisado y aprobado por:**

Comité de Seguridad del Paciente 2023  
RD N° 039-2023-DG-HEP/MINSA

## ÍNDICE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| I. Introducción.....          | 4  |
| II. Finalidad .....           | 4  |
| III. Objetivos .....          | 5  |
| IV. Ambito de Aplicación..... | 5  |
| V. Base Legal.....            | 6  |
| VI. Contenido .....           | 7- |
| VII. Responsabilidades        |    |
| VIII. Anexos                  |    |



# Plan de Seguridad del Paciente 2023

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. 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. La seguridad del paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia posterior así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos Adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Los Eventos Adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, por ello para que la Seguridad del Paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir Liderazgo y compromiso por parte de la Alta Dirección, políticas claras, trabajo en equipo y un entorno abierto a cambios.

Esta situación no es exclusiva de nuestro sistema; no en vano, los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico, social y moral de los mismos. Por tanto, la seguridad del paciente es algo que preocupa enormemente a profesionales y gestores/as de nuestro sistema sanitario.

## II. FINALIDAD

Promover una atención en salud en condiciones seguras y prevenir la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos.

## III. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo General



Fortalecer una cultura de seguridad del paciente a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de eventos adversos durante la atención en salud.

### 3.2. Objetivos Específicos Estratégicos alineados con el PGC 2023

- Gestionar la disminución de los riesgos de la atención en salud.
- Verificar adherencia a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico
- Fortalecer el Sistema de Registro, Notificación, Análisis y Mejora del Incidente y/o Evento Adverso en Salud.
- Fortalecer el proceso de higiene de manos.
- Fortalecer las Rondas de Seguridad del Paciente
- Fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente

## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las UPSS del Hospital de Emergencias Pediátricas, el Comité de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la Oficina de Gestión de la Calidad.

## V. BASE LEGAL



- Ley N° 26842, Ley General de Salud, aprobada el 15 de julio de 1997.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado el 30 de setiembre de 2009.
- DS N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado el 25 de junio de 2006.
- RM N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado el 30 de mayo de 2006.
- RM N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud, aprobado el 31 de octubre de 2009.
- RM N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, aprobado el 30 de diciembre de 2010.
- R.D. N° 039-2023-DG-HEP/MINSA, conformación del Comité de Seguridad del Paciente 2017, aprobado el 16 de febrero de 2023.

- RD N° 039-2023-DG-HEP/MINSA, conformación del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobado el 16 de marzo de 2023.
- Resolución Directoral N° 10-2023-DG-HEP/MINSA aprueba el Plan Operativo Institucional Anual 2023.

## VI. CONTENIDO

### 6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- **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.
- **Seguridad del paciente:** reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de buenas prácticas de atención que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **Evento adverso:** 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.
- **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).
- **Infección Asociada a la Atención de Salud:** es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina (s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente al momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.
- **Rondas de Seguridad:** son una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de atención en salud.



- **Higiene de manos:** medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.

## 6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

### 6.2.1 Antecedentes

El Sistema de Gestión de la Calidad a través del componente Garantía y Mejora Continua promueve acciones destinadas a la Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente comprende las rondas de seguridad, higiene de manos, verificación de la cirugía segura, notificación y registro de incidentes y eventos adversos.

En el año 2022 se programaron 19 actividades de las cuales 15 se cumplieron al 100%, 1 se ejecutó al 75% y 2 actividades no se ejecutaron. Por lo mencionado se alcanzó un cumplimiento promedio del 86% de las actividades programadas. El informe de ejecución del plan de seguridad detalla que no se realizaron capacitaciones en temas de seguridad del paciente, se realizaron tres de las cuatro actividades de monitoreo de higiene de manos, se alcanzó el cumplimiento del 28% de los servicios que reportan eventos adversos y 80% de cumplimiento de la correcta aplicación de la LVSC. El citado informe concluye que es importante realizar capacitaciones al personal de enfermería de Centro quirúrgico acerca de la aplicación de la LVSC y actualizar material educativo de la implementación de la LVSC.

En el informe anual de incidentes y eventos adversos 2022 se menciona que se notificaron 14 incidentes y 5 eventos adversos. El servicio que mayor cantidad de notificaciones realizó fue el de UCI. El citado informe recomienda fortalecer la vigilancia activa de los eventos adversos a través de la revisión de los reportes de IAAS, las fichas de verificación de la cirugía segura y los reportes de cirugía. Asimismo, recomienda realizar el análisis de los eventos adversos.

### 6.2.2 Problemas

- Tendencia a la baja respecto de los reportes de incidentes y eventos adversos durante los últimos tres años.
- Registro incompleto del formato de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Aplicación de lista de verificación de seguridad de cirugía inoportuna (al finalizar la cirugía).



- Ejecución parcial de las actividades de monitoreo de la adherencia a la higiene de manos
- Pacientes internados en el hospital no presentan brazalete de identificación.

### 6.2.3 Causas de los problemas

- Escasa cultura de seguridad del paciente
- No se cuenta con personal para actividades de monitoreo de adherencia a la higiene de manos.
- Brazaletes muy grandes para infantes y neonatos

### 6.2.4 Población o entidades objetivo

- Personal de salud, pacientes y acompañantes de los pacientes del hospital de emergencias pediátricas.

### 6.2.5 Alternativas de solución

- Elaborar y aplicar encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente.
- Difundir el resultado de la encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente.
- Capacitar a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, jefes de departamentos y servicios asistenciales y personal de salud interesado en temas de seguridad del paciente.
- Realizar vigilancia activa de los eventos adversos a través del parte de guardia, fichas de verificación de cirugía segura y reportes operatorios.
- Realizar seguimiento de la notificación de incidentes y eventos adversos.
- Analizar incidentes y eventos adversos y difundir las recomendaciones al personal asistencial.
- Designar personal para actividades de monitoreo de adherencia a la higiene de manos.
- Colocar cámaras en los servicios para monitorear higiene de manos.
- Actividades de monitoreo de la adherencia a la higiene de manos.
- Evaluar la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (LVSC).
- Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC.
- Evaluar la correcta identificación del paciente con internamiento en el HEP.



## 6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.

- El HEP orienta sus acciones con los objetivos y acciones estratégicas institucionales del Ministerio de Salud, uno de ellos el OEI.02 que garantiza el acceso a los cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y que comprende diversas acciones estratégicas.
  - La acción estratégica AEI.02.04 (Atención de urgencias y emergencias médicas; eficiente y oportuna) es aquella donde se articula las actividades del Plan de Seguridad del Paciente.

## 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

### 6.4.1 Descripción operativa

- La actividad de elaboración de encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente se medirá mediante la encuesta, cuya meta es de una unidad y está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- La actividad aplicar encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente se medirá mediante informe, cuya meta es de una unidad y está a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Las actividades de capacitación están dirigidas a las jefaturas de departamentos y servicios asistenciales. Sin embargo, se capacitará también a personal de salud comprometido con la Seguridad del Paciente. La fuente de verificación de esta actividad es el informe de capacitación.
- La actividad informar la capacitación realizada en rondas de seguridad del paciente se medirá mediante informe, cuya meta es de una unidad y está a cargo del Comité de Seguridad del Paciente.
- La actividad informar la capacitación realizada en notificación de eventos adversos se medirá mediante informe, cuya meta es de una unidad y está a cargo del Comité de Seguridad del Paciente.
- La actividad informar la capacitación realizada en aplicación de lista de verificación de la cirugía segura se medirá mediante informe, cuya meta es de una unidad y está a cargo del Comité de Seguridad del Paciente.
- La actividad aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía se medirá mediante las fichas de verificación, la meta es de 125 fichas mensuales y es responsabilidad del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.
- La actividad verificar cumplimiento de la aplicación de la LVSC se medirá mediante informe, la meta es de 10 informes y es responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.



- La actividad informar a DG sobre resultados de la aplicación de la encuesta para evaluar la aplicación de la LVSC se medirá mediante informe, la meta es de dos informes semestrales y es responsabilidad del equipo conductor.
- La actividad ejecutar rondas de seguridad del paciente se medirá mediante informe, la meta es de doce (12) informes y es responsabilidad del equipo de rondas de seguridad.
- La actividad seguimiento de cumplimiento de acciones de mejora post ronda de seguridad del paciente se medirá a través de informes trimestrales, la meta es de cuatro (04) informes y es responsabilidad del equipo de rondas de seguridad.
- La actividad consolidar los registros de notificación de los eventos adversos ocurridos en el establecimiento se medirá mediante informe trimestral, la meta es de cuatro (4) y es responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- La actividad análisis de eventos adversos ocurridos en el establecimiento se medirá a través de actas de reunión, la meta es de diez (10) y es responsabilidad del Comité de Seguridad del Paciente.
- La actividad adherencia a la higiene de manos por personal de salud se medirá mediante informe, la meta es cuatro (04) informes y es responsabilidad del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- Verificar cumplimiento de identificación segura de los pacientes se medirá mediante informe, la meta es dos (02) informes y es responsabilidad de Comité de Seguridad del Paciente.

#### 6.4.3 Cronograma de actividades

El cronograma de actividades se encuentra detallado en el anexo N°1 del presente plan.

#### 6.6 FINANCIAMIENTO

La implementación del Plan de Seguridad del Paciente 2023 se financia con Recursos Ordinarios y está sujeto a disponibilidad presupuestal.

#### 6.7 ACCIONES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

Las acciones de monitoreo se realizarán de forma permanente, las acciones de evaluación del plan se realizarán con periodicidad trimestral.

### VII. ANEXOS

**ANEXO N°1. Cronograma de Actividades Plan de Seguridad del Paciente 2023**

| N° | ACTIVIDADES                                                                          | UNIDAD DE MEDIDA | META | PROGRAMACION 2023 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | RESPONSABLES                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------|
|    |                                                                                      |                  |      | E                 | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |                                  |
| 1  | Elaborar plan de seguridad del paciente                                              | Documento        | 1    |                   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Comité de Seguridad del Paciente |
| 2  | Aprobar plan de seguridad del paciente                                               | R.D.             | 1    |                   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | DG                               |
| 3  | Elaborar y presentar a DG propuesta de integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad | Informe          | 1    |                   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | OGC                              |
| 4  | Oficializar con R.D. el Equipo de Rondas de Seguridad                                | R.D.             | 1    |                   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Comité de Seguridad del Paciente |
| 5  | Elaborar y presentar a DG propuesta de integrantes del                               | Informe          |      |                   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | OGC                              |





|           |                                                                                                      |                               |                |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |                                                 |                                         |  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| <b>10</b> | <b>Informar la capacitación en realizada en Notificación de Eventos Adversos.</b>                    | <b>Informe</b>                | <b>1</b>       |          |          |          |          |          |          | <b>1</b> |          |          |          |          |          |          |          |                                                 | <b>Comité de Seguridad del Paciente</b> |  |
| <b>11</b> | <b>Informar la capacitación en realizada en Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.</b> | <b>Informe</b>                | <b>1</b>       |          |          |          |          |          |          | <b>1</b> |          |          |          |          |          |          |          |                                                 | <b>Comité de Seguridad del Paciente</b> |  |
| <b>12</b> | <b>Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía</b>                          | <b>Fichas de verificación</b> | <b>125/mes</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>Servicio de enfermería Centro Quirúrgico</b> |                                         |  |
| <b>13</b> | <b>Verificar cumplimiento de la aplicación de la LVSC</b>                                            | <b>Informe</b>                | <b>10</b>      |          |          |          |          |          | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>OGC</b>                                      |                                         |  |
| <b>14</b> | <b>Informar a DG sobre resultados de la aplicación de la</b>                                         | <b>Informe</b>                | <b>2</b>       |          |          |          |          |          |          | <b>1</b> |          |          |          |          |          |          | <b>1</b> | <b>Equipo conductor</b>                         |                                         |  |





## ANEXO N°2. Indicadores del Plan de Seguridad del Paciente

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                                                              | DENOMINACION                                                                                   | FORMA DE CALCULO                                                                                                   | LINEA BASAL 2022 | VALOR ESPERADO 2023 | FUENTE                                   | PERIODICIDAD |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|------------------------------------------|--------------|
| Fortalecer cultura de seguridad                                                                    | Porcentaje de participantes de jefaturas asistenciales en las capacitaciones relacionadas a SP | $\frac{\text{N° de jefes que asistieron} \times 100}{\text{N° de jefes asistenciales del hospital}}$               | 0%               | 40%                 | Informe de capacitaciones realizadas     | ANUAL        |
| Fortalecer el Sistema de Registro, Notificación, Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso. | Porcentaje de servicios que reportan incidentes y eventos adversos                             | $\frac{\text{N° servicios asistenciales que reportan} \times 100}{\text{N° servicios asistenciales del hospital}}$ | 28%              | 40%                 | Reporte de incidentes y eventos adversos | TRIMESTRAL   |
| Fortalecer el proceso de análisis de los eventos adversos                                          | % de EA analizados                                                                             | $\frac{\text{N° EA analizados} \times 100}{\text{N° total de EA reportados}}$                                      | 0%               | 30%                 | Informes de Análisis de EA               | ANUAL        |

