



N° 104 -2016-INSN-DG

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 01 de 03 del 2016

Visto el Expediente con Registro DG N° 002817-2016 el Memorando Circular N° 010- 2016-JI/IGSS; de fecha 29 de Enero del año 2016;



### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 31° del Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud", establece como uno de los objetivos funcionales de los Institutos Especializados, lograr la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de Servicios especializados de Salud;

Que, de conformidad con el Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, de fecha 04 de Febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de proponer Normas y Procedimientos Técnicos para la mejora de la Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de salud del Niño;



Que, con Memorando N° 180-OGC-INSN-2016, de fecha 04 de Febrero del año 2016 la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la Aprobación del Plan para la Seguridad del Paciente 2016; Que la Dirección Adjunta emite opinión favorable con Memorando N° 060-DA-INSN-2016; y la Dirección General aprueba con Memorando N° 151-DG-INSN-2016 el "Plan para la Seguridad del Paciente 2016" del Instituto Nacional de Salud del Niño, por lo que dispone la proyección de la Resolución Directoral correspondiente y;

Con la Visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño por lo;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar el "Plan para la Seguridad del Paciente 2016", que consta de 10 (X) Folios del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Artículo Segundo.-** El "Plan para la Seguridad del Paciente 2016" aprobado, será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
DR. ALONSO JUAN TAPIA BAUTISTA  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

ATB/RVP

### DISTRIBUCIÓN:

- ( ) DG
- ( ) OEA
- ( ) OGC
- ( ) Of. Comunicaciones
- ( ) OP
- ( ) DEAC
- ( ) DEIDAM
- ( ) DEIDAC
- ( ) DEIDAT

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

492 *Carmen L. Martínez E.*

Reg. N° ..... Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA  
FEDATARIA



**OFICINA DE GESTION  
DE LA CALIDAD**  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



# PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016

**OFICINA GESTION DE LA CALIDAD**

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-BREÑA**

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

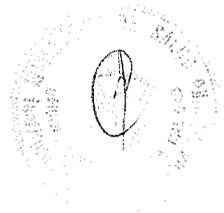
492

*Carmen L. Martínez E.*  
Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA

Reg. N°

FEDETAZIA

## PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016



### I. INTRODUCCION:

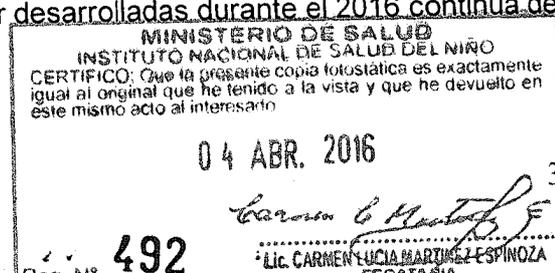
La seguridad es un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente clave en la calidad de gestión y Bioética. Desarrollar un sistema que garantice la seguridad al paciente es complejo y exige un gran esfuerzo reuniendo una amplia gama de acciones para la mejora de actuaciones, la seguridad en el entorno y la gestión de riesgo, incluyendo control de infecciones, el uso seguro de medicamentos, el control y mantenimiento del material médico a usar, una práctica clínica y un entorno sanitario seguros. Requiriendo un exhaustivo y multidisciplinario sistema para identificar y gestionar los riesgos actuales y potenciales para la seguridad del paciente en servicios de atención así como encontrar soluciones para el sistema a largo plazo. Los Eventos adversos ocasionan un mayor gasto, 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 mejora continua.

El Instituto Nacional de Salud del Niño, inicia actividades de Seguridad del paciente en el 2007. Las actividades trabajadas estuvieron dirigidas hacia la implementación del Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente 2007 - 2008, y se plantearon objetivos que se alinearon al Plan Nacional del MINSa 2006 y 2008. Este Plan se aprobó con RD N° 158-DG-INSN-2008, quedando como objetivo general "Reducir los eventos adversos en la atención de salud, contribuyendo a hacer de los servicios del Instituto lugares más seguros para el niño usuario".

En el 2009 se conformó el Equipo Técnico de Seguridad del Paciente oficializándose con R. D. N° 375-DG-INSN-2009 con el que se diseñó el Plan de Seguridad del Paciente 2009.

En el 2016 se está cumpliendo con la estandarización del plan de Seguridad del paciente que nos brinda la Oficina de Gestión de Calidad y Derechos de las personas del IGSS, elaborado por ejes de trabajo correspondiente al EJE 4 "Gestión del Riesgo y Buenas Prácticas en Seguridad del paciente "

El presente plan define las actividades a ser desarrolladas durante el 2016 continua de la calidad.





## II. FINALIDAD

Contribuir a que los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño sean lugares cada vez más seguros para la atención del paciente pediátrico hospitalizado y evitar errores, difundiendo el conocimiento y estimulando la investigación en prácticas de atención seguras.

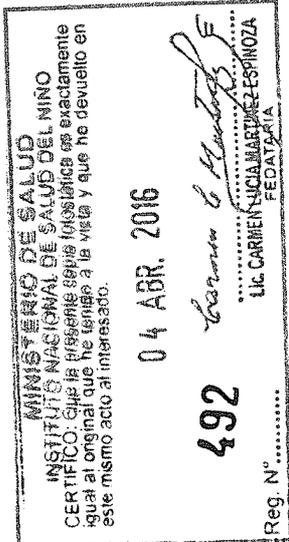
## III. OBJETIVO

### 3.1. Objetivo General:

Lograr que las prestaciones brindadas en el Instituto sean seguras para la atención de los pacientes, disminuyendo los riesgos en la atención y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

### 3.2. Objetivos Específicos:

1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
2. Fortalecer el sistema de Registro- Notificación- Análisis y mejora del Incidente y Evento Adverso.
3. Promover buenas prácticas de Atención por la seguridad del paciente.
4. Implementar el proceso de Aprendizaje del error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación- Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
5. Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinelas.



## IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico
4. "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
5. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
6. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de



**Estrategia de profesionales seguros:** Presencia de personal entrenado, asegurando el diagnóstico correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, se aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.

**Evento Adverso en Salud.-** Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

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

**Evento con Daño.-** Son de tres tipos:

**Leve:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.

**Moderado:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.

**Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

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

**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.

**Riesgo.-** Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

**Seguridad del Paciente.-** Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.





## VII. CONSIDERACIONES GENERALES

Es necesario contar con un Comité que analice acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales:

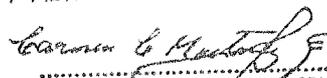
El Comité de Seguridad del Paciente

El Comité de Ronda de Seguridad

Equipo conductor para la implementación de las LVSC

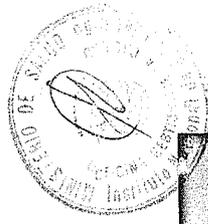
## VIII. RESPONSABILIDAD

La oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones con los departamentos para el seguimiento monitoreo del plan de seguridad del paciente.

|  |  |
|--|--|
| <b>MINISTERIO DE SALUD</b><br><b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO</b>  |  |
| CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. |  |
| 04 ABR. 2016   |  |
| Reg. N° 492  | <br>Lic. CARMEN LUCÍA MARTÍNEZ ESPINOZA<br>FEDATARIA |







| EF DE TRABAJO  | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS  | ACTIVIDADES  | UNIDAD DE MEDIDA  | INDICADOR TRAZADOR | PERIODICIDAD DE REPETICIÓN | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     | RESPONSABLE |                                      |                               |
|--|---|--|---|--------------------|----------------------------|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|  |   |  |   |                    |                            | ENE                       | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGOS | SEP | OCT | NOV | DIC |             |                                      |                               |
| 4.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela   | Capacitación a los jefes de Servicios y Departamentos sobre el Protocolo de Londres<br>Aplicación del protocolo frente a un Evento Centinela. Análisis de comunicación interna y emisión de alertas de seguridad y plan de acción | Informe de capacitación  | Personal Capacitado.  | Semestral          | 2                          |                           |     | 1   |     |     |     |     |      |     |     |     |     |             | OP-OGC                               |                               |
|  |   | Reporte de los informes de los análisis de eventos centinela.                    | Eventos Centinela atendidos y comunicados de acuerdo a Protocolo (%)  | Semestral          | 2                          |                           |     |     |     | 1   |     |     |      |     |     |     |     |             |                                      | OGC-Jefaturas de Departamento |
|  |   | Informe de seguimiento sobre el estado de implementación de las recomendaciones. | Implementación de las recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas descritas en el Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD (%)   | Trimestral         | 4                          |                           |     |     | 1   |     |     |     |      |     |     |     |     |             | 1                                    |                               |
| 4.7 Contribuir a la reducción de riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación | Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de la Infecciones Asociadas a la Atención de Salud  | Informe de Capacitación al Equipo Autoevaluador                                  | Personal de Salud integrante del Equipo de Prevención y control Infección de IAS/ISA entrenados y certificados en la prevención y control integral de las IAS para la Calidad de Atención (%) | Annual             | 1                          |                           |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |             | OGC-Equipo Auto evaluador de las IIA |                               |
|  |   | Informe trimestral de las autoevaluaciones realizadas                            | Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones del Equipo de Prevención y control de las IAS   | Semestral          | 2                          |                           |     |     |     |     | 1   |     |      |     |     |     |     |             |                                      | OGC                           |
|  |   | Informe de resultados de monitoreo   | Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los momentos de la higiene de manos. (%)                           | Trimestral         | 4                          |                           |     |     | 1   |     |     |     |      |     |     |     |     |             | 1                                    |                               |

MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR, 2016

492

Reg. N° .....

Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA  
 FEDATARIA