



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

EXPEDIENTE N° 001047-2024-013395

Jaén, 24 de mayo de 2024

RESOLUCION DIRECTORAL N° D219-2024-GR.CAJ-DRS-
HGJ/DE



Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO
Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24/05/2024 10:09 p. m.

VISTO.

El Expediente N° 001047-2024-013395 y Proveído N° D1788-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, sobre la aprobación del Plan de Trabajo de *Gestión de Notificación, Vigilancia, Registro, Reporte, Manejo de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela* del Hospital General de Jaén – 2024, y;

CONSIDERANDO

Que, el artículo VI del título preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud; señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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, el artículo 37 de la citada ley; establece que *los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.*

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el documento "*Sistema de Gestión de la Calidad en Salud*", cuyo objetivo es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 596-2007-MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de Calidad en Salud", con el objetivo de mejorar conjuntamente la calidad de los servicios mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a la necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que impacto en los resultados sanitarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad de Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de Salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA se aprobó la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la cual, en su Octava Política Nacional establece que, las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que, los establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementan mecanismos para la gestión derivados de atención de salud, precisando como objetivo reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud, así como atenuar sus efectos; además, señala como estrategias la implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos e implementación



Firmado digitalmente por
BOLIVAR JOO Diana Mercedes
FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 24/05/2024 10:08 p. m.



Firmado digitalmente por
VERONA BALCAZAR Segundo
Mauricio FAU 20453744168
hard
Hospital Jaén - UGC - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 24/05/2024 02:54 p. m.



Firmado digitalmente por
JIMENEZ COLLAVE Jhony FAU
20453744168 soft
Hospital Jaén - OPPE - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 24/05/2024 12:58 p. m.



Firmado digitalmente por
CAMPOS GARCIA Alan Yoelsy
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - UAJ - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 24/05/2024 12:21 p. m.

Av. Pakamuros Nro. 1289

(076)431400

www.gob.pe/hospitaljaen

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: <https://gorecaj.pe/mad3validar> e ingresando el código: **M4C7ZM**



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

de planes de seguridad para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención.

Que, el artículo 19 numeral 3 y 12 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital General de Jaén; aprobado mediante Ordenanza Regional N° D3-2022-GR.CAJ/CR de fecha 19 de abril del 2022; establece que corresponde a la unidad de gestión de la calidad; implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios, así como formular a actividades técnico asistencias inherentes al plan de seguridad del paciente.

Bajo dicho enfoque ha formulado Plan de Trabajo denominado "*Gestión de Notificación, Vigilancia, Registro, Reporte, Manejo de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela*" del Hospital General de Jaén – 2024, con la finalidad de establecer un sistema estandarizado y sencillo que permita la identificación y reporte oportuno, que a su vez contribuya al fortalecimiento de la cultura y protección de la seguridad del paciente, en el Hospital General de Jaén; con el objeto de identificar los incidentes, eventos adversos y eventos centinela, oportunamente para la mejora en los procesos de atención, disminuyendo los riesgos que generen durante la atención de los usuarios en el Hospital General de Jaén.

Que, el numeral 6.1.4 literal a) de las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; de aplicación en el caso en concreto; señala que se consideran documentos técnicos entre otros a, *planes de diversa naturaleza*; y lo define como aquella publicación que contiene información sistematizada o contenidos sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él. (...); y el citado plan cumple con la estructura determinada en la citada normativa técnica, por tanto, corresponde ser aprobado vía acto resolutivo.

Por las consideraciones expuestas y contando con los vistos correspondientes, con las facultades establecidas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR, la Dirección del Hospital General de Jaén;

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR el PLAN DE TRABAJO "GESTIÓN DE NOTIFICACIÓN, VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE, MANEJO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA" del Hospital General de Jaén – 2024, que en anexo a folios 20 forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – DISPONER, a la Unidad de Gestión de la Calidad, la ejecución y control del Plan aprobado en el Artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR al responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGISTRSE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO
Directora
DIRECCIÓN EJECUTIVA

PLAN DE TRABAJO DE GESTIÓN DE NOTIFICACIÓN, VIGILANCIA, REGISTRO, REPORTE, MANEJO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA



JAÉN, 2024



Directora Ejecutiva:

Dra. Diana Mercedes Bolívar Joo

Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad:

M.C. Segundo Mauricio Verona Balcázar

Ing. Ennid Córdova Briones

Elaborado por:

M.C. Segundo Mauricio Verona Balcázar - Unidad de Gestión de la Calidad

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD.....	5
III.	OBJETIVOS	5
3.1	OBJETIVO GENERAL	5
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	CONTENIDO.....	6
6.1	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS).....	6
6.2	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO	10
6.2.1.	ANTECEDENTES.....	10
6.2.2.	PROBLEMA (MAGNITUD Y CARACTERIZACIÓN).....	10
6.2.3.	CAUSAS DEL PROBLEMA	10
6.2.4.	POBLACIÓN O ENTIDAD OBJETIVO	10
6.2.5.	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	11
6.3	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI	11
6.4	ACTIVIDADES	11
6.5	PRESUPUESTO.....	12
6.6	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
VII.	ANEXOS.....	14
Anexo 2:	Matriz de indicadores del plan específico	14
Anexo:	Modelo de análisis de causalidad de eventos adversos y eventos centinela	15
Anexo:	Modelo de análisis de causalidad de eventos adversos y eventos centinela	16
Anexo:	Modelo de informe	¡Error! Marcador no definido.
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	20

PLAN DE TRABAJO DE GESTIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se entiende como la prevención de eventos adversos (EA) para el paciente derivados de la actividad sanitaria. La seguridad del paciente ha pasado de ser una dimensión más de la calidad asistencial a una forma de entender la atención sanitaria sin la cual ésta carecería de sentido.

La seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen fallas durante la atención en las instituciones de salud, tanto en países desarrollados como en los del tercer mundo, así mismo es un indicador que refleja la calidad de atención realizada por los diferentes profesionales de la salud, y forma parte importante de la gestión de las instituciones de salud, generando impacto en los resultados de la calidad. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces; asegurar que se aplican a quien los necesita; y realizarlos correctamente y sin errores.

A pesar de ello, en cada proceso de atención en salud, existe cierto grado de peligrosidad inherente al mismo que puede afectar tanto al usuario como al personal de salud, por lo que es importante su reconocimiento con la finalidad de disminuir su incidencia. El tema de los eventos adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Instituto de Medicina “Errar es humano”, el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos.

Actualmente hay informes sobre errores y eventos que ocurren en la atención hospitalaria y que involucra la participación de todo el personal, las consecuencias de estos acontecimientos en los sistemas de salud traen impactos negativos tanto para los pacientes como para sus familias. Por ello, dentro de la seguridad del paciente se destaca la importancia de efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios, lo que implica analizar los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados.

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilizar.

Mediante el presente Plan de trabajo del Comité de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela se pretende identificar los procesos inseguros, realizar el análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia de eventos adversos, difundir las lecciones aprendidas e implementar acciones para el mejoramiento de los procesos.

II. FINALIDAD

Establecer un sistema de Gestión De Notificación, Vigilancia, Registro, Reporte, Manejo de Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinelas estandarizado y sencillo que permita la identificación y reporte oportuno, que a su vez contribuya al fortalecimiento de la cultura y protección de la seguridad del paciente, en el Hospital General De Jaén.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Promover una cultura de la seguridad del paciente, con la capacidad de identificar los incidentes, eventos adversos y eventos centinela, oportunamente para la mejora en los procesos de atención, disminuyendo los riesgos que generen durante la atención de los usuarios en el Hospital General de Jaén.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Elaborar e implementar el plan de trabajo del comité de incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.2. Realizar el análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.
- 3.2.3. Monitorizar la implementación de las acciones de mejora propuestas frente a los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de trabajo es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal, en las áreas asistenciales y administrativas que labora en el Hospital General de Jaén.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus Modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
- Resolución Ministerial N° 948-2012/MINSA, que aprueba la “Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública”
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

- Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 1143-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 280-MINSA/2019/OGPPM Directiva Administrativa “Para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA.
- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en Atención de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, que aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud”.
- Resolución Directoral N° D107-2024-GR.CAJ-DRS-HGH/DE, que aprueba el “Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital General de Jaén - 2024”.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- **Atención de Salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Atención segura:** Consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño.
- **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas o de innovación adoptadas para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente o evento adverso.
- **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
- **Barrera:** Control o medida para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema.
- **Calidad de la atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a usuarios individual y colectivo de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, considerando beneficios, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Cultura de Seguridad:** Patrón de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- **Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.
 - **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta un mínimo o intermedio, de corta duración y no es necesaria la intervención o está es mínima sin prolongar la estancia. No trae consecuencias futuras. Ejm. Abrasión.
 - **Moderado:** Produce lesión de mediana gravedad, un evento que necesita de una intervención como por ejemplo la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o causa un daño o una pérdida funcional temporal, de corta duración y reversible. Ejm. Heridas, Equimosis, contusiones.
 - **Grave:** Produce lesión grave que origina la muerte o incapacidad permanente al alta. En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor,

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

acorta la esperanza de vida, causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración. Ejem. Reintervenciones quirúrgicas, reingresos derivados del incidente crítico.

- **Muerte:** En este caso, el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.
- **Daño producto de la atención en salud:** Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.
- **Daño no intencional:** La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.
- **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 realizado (omisión).
- **Efecto secundario:** Efecto conocido de un tratamiento, diferente del efecto principal o deseado.
- **Eventos adversos:** Resultados no esperado debido a fallas durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo.
 - **Evento adverso leve:** Daño de carácter transitorio y que remite espontáneamente sin intervención de salud.
 - **Evento adverso moderado:** Daño de carácter reversible y que requiere tratamiento e intervención de salud para su curación, prolongando su estancia hospitalaria.
 - **Evento adverso severo:** Muerte o daño de carácter permanente e irreversible con pérdida de órgano o de alguna función y que requiere intervención compleja de salud.
- **Eventos centinelas:** Evento inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirla en el futuro.
- **Evento prevenible:** Describe el evento producido por un error o fallo del sistema, se puede estar preparado para su aparición.
- **Factor contributivo:** Son condiciones que facilitan o predisponen a una acción insegura. Es la circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.
- **Factor de riesgo:** la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales, y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación y /o control del elemento agresivo. Comúnmente son llamados peligros.
- **Factores del Sistema:** Son fallos del diseño y fracasos de la organización y el entorno.
- **Flujograma de notificación de los eventos adversos:** es la representación gráfica del proceso de notificación pasiva de los eventos adversos.
- **Gestión de Riesgo:** Conjunto de actividades (planificación, organización, dirección evaluación y aplicación) que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y personal, así como en reducción de daños o pérdidas materiales en los establecimientos sanitarios.
- **Incidente:** Es un evento o suceso que ocurre en la atención clínica de un paciente susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud – IAAS:** Es toda condición sistemática o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección se hace evidente en 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En el caso de neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

- **Infección de sitio quirúrgico:** Es la infección producida dentro de los 30 días de un procedimiento.
- **Información para la calidad:** Conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios tanto externo como interno.
- **Impacto:** Resultado o efecto de un error de la atención sanitaria o un fallo de los sistemas, conocido habitualmente como daño al receptor de la atención. El daño puede ser psíquico, físico o no médico.
- **Instrumento de calidad:** Herramientas utilizados para alcanzar el propósito del sistema de gestión de calidad (encuesta de satisfacción de usuario interno y externo, formatos para autoevaluación, matriz para análisis de resultados de autoevaluación, matriz para elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad).
- **Mejora continua:** Consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se reduciendo riesgo durante su atención.
- **Mitigación:** Acción o circunstancia que evita o controla la progresión de un incidente que puede hacer daño a un paciente.
- **Notificación:** Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento. En el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas,
 - o **Notificación activa:** Es la búsqueda activa, continua y focalizada de evento adverso en servicios priorizados que se realiza el coordinador de seguridad del paciente de la oficina de gestión de la calidad.
 - o **Notificación pasiva:** Es el registro y reporte de un evento adverso que realiza un personal asistencial de los servicios del Hospital General de Jaén utilizando un formato de notificación de eventos adversos.
- **Paciente:** Es todo usuario de salud que recibe una atención.
- **Práctica Insegura:** Actividad de salud realizada con falla, error, descuido u omisión y que pone en riesgo al paciente de sufrir un daño (evento adverso)
- **Proyecto de mejora continua:** Conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una red o centro asistencial.
- **Protocolo de Londres:** Guía para facilitar la investigación clara y objetiva y el análisis de los incidentes y eventos adversos graves.
- **Punitivo:** Propio o relacionado con el castigo.
- **Reacción adversa a medicamentos:** Reacción indeseable asociado al uso de un medicamento que compromete la eficacia terapéutica, incrementa la toxicidad o ambos.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, “uso de mejores prácticas”, que contribuyen a la reducción y mitigación de actos inseguros,

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- **Sistemas de Gestión de la calidad:** Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en calidad de la atención y la gestión.
- **Sistema de notificación de eventos adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a su presentación del evento o incidente.
- **Sistema de notificación de eventos centinela:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a su presentación.
- **Vigilancia:** recopilación y revisión sistemáticas de datos para examinar la extensión de una enfermedad, supervisar tendencias y detectar cambios en la frecuencia de la enfermedad.
- **Trauma Obstétrico durante el parto:** Lesiones en el recién nacido ocasionadas durante el parto.
- **Céfalo Hematoma:** Colección de sangre subperiostica causado por la ruptura de los vasos por debajo del periostio (por lo general en el parietal o hueso occipital) que se presenta como hinchazón que no pasa las líneas de sutura.
- **Caput Sucedaneum:** Hinchazón edematosa del cuero cabelludo por encima del periostio, que es a veces hemorrágica. A diferencia del céfalo hematoma, se extiende a través de las líneas de sutura.
- **Fractura de clavícula:** La sintomatología de la fractura de clavícula es sutil (crepitación, tumefacción local, reflejo de moro asimétrico, irritabilidad, etc) siendo preciso buscarla con interés en la exploración neonatal para que no pase desapercibida.
- **Desgarro vulvo – perineal:** Lesión involuntaria de vagina, vulva o periné en el periodo expulsivo del producto de la concepción, que pueden implicar varios grados de lesión, según la velocidad de expulsión no controlada adecuadamente, macrosomia fetal, desnutrición materna, etc.
- **Desgarro vulvo – perineal 3° grado:** Lesión del esfínter anal.
 - o 3a Lesión del esfínter externo <50%
 - o 3b Lesión del esfínter externo >50%
 - o 3c Lesión del esfínter externo e interno.
- **Desgarro vulvo – perineal 4° grado:** Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.
- **Retención de membranas:** sangrado intenso o prolongado, fiebre, sensibilidad uterina. Dolor abdominal significativa.
- **Líquido amniótico verde:** Presencia de líquido meconial.
- **Test de APGAR:** Valora la viabilidad de un recién nacido en los primeros minutos de vida. Es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto en la que se evalúan cinco parámetros para obtener una primera valoración simple y clínica sobre el estado general del neonato después del parto: Tono muscular, Esfuerzo respiratorio, Frecuencia cardíaca, Reflejos, Color de la piel.
- **Muerte Perinatal:** Muerte intra o extra uterina de un producto de la concepción desde las 22 semanas de gestación o peso de 500gr o talla de 25 cm de la coronilla al talón hasta los siete días completos después del nacimiento. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: Peso al nacer, 2) Edad gestacional, 3) Talla coronilla al talón.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO

6.2.1. ANTECEDENTES

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados en los servicios de salud es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético y social. Por ello es de vital importancia realizar el análisis de causa raíz de los eventos adversos que se presenten.

Desde el año 2021 el Hospital General de Jaén ha implementado la ficha de incidentes y eventos adversos, evidenciando el interés de buscar oportunidades de mejora en la cultura de la seguridad del paciente. Lo cual ha ido mejorando año tras año.

Además, se han realizado capacitaciones para fortalecer los conocimientos dirigidos a los diferentes servicios, exponiendo la importancia de la seguridad del paciente, los principales eventos notificados de cada servicio. Además de concientizar la notificación de algún incidente y/o evento adverso que se pueda suscitar en el servicio.

6.2.2. PROBLEMA (MAGNITUD Y CARACTERIZACIÓN)

Durante el año 2023, de acuerdo a la base de datos del Sistema Nacional de Registro de Eventos Adversos – SINREA del Hospital General de Jaén, se reportaron y notificar 803 sucesos.

Según la categoría de evento más notificada tenemos: Otros con 7.72%, Relacionado con la medicación 3.48%, relacionados con los cuidados 14.07%, relacionado con las infecciones asociadas a la atención en salud representan 4.23%, y relacionados con los procedimientos 14.81%. Y en cuanto a los incidentes 55.41%.

6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

Algunos eventos adversos al ser fortuitos, tienen causas inevitables o dependen de factores propios del paciente, siendo uno de los objetivos de gestores y personal de salud evitarlos, disminuirlos o mitigarlos, mediante la promoción de las prácticas seguras durante la atención de los pacientes.

Dentro de otras posibles causas, se encuentran:

- Múltiples formatos a completar o llenar durante las actividades asistenciales.
- Falta de compromiso con la seguridad del paciente.
- Desconocimiento de las normas básicas de atención en salud.
- Desconocimiento e incumplimiento de las guías técnicas de procedimientos asistenciales.
- Ausencia de las guías de práctica clínica.
- Falta de coordinación entre el equipo de salud.
- Malas relaciones interpersonales entre el personal de salud.

6.2.4. POBLACIÓN O ENTIDAD OBJETIVO

Los usuarios externos que son atendidos en los diferentes Unidades Productoras de Servicios del Hospital General de Jaén.

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Elaboración del Plan de acción frente a los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas que pudieran suscitarse en la institución para sugerencia las acciones de mejora que beneficiara a la población asignada y referenciada al Hospital General de Jaén.

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

El Gobierno Regional de Cajamarca, ha elaborado de manera inclusiva, participativa, concertada e innovadora bajo un enfoque de gestión por resultados, el Plan Estratégico Institucional – PEI 2023 – 2027, teniendo en consideración el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050, el Plan de Desarrollo Regional Concertado – PDRC Cajamarca al 2033 y los Lineamientos de Política Institucional 2023- 2027; así como en el marco de la metodología establecida en la Guía para el Planeamiento Institucional, modificada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00016-2019/CEPLAN/PCD. El PEI es un instrumento de gestión estratégica institucional de mediano plazo, que permite a las unidades orgánicas del Gobierno Regional de Cajamarca, establecer las estrategias de intervención para una adecuada prestación de bienes y servicios a la población, que contribuyen con el desarrollo integral y sostenible, además contribuyendo con la mejora de la calidad de vida de la población y el desarrollo del departamento.

Los Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) definen lo que la entidad espera lograr en las condiciones de su población y en sus condiciones internas, es decir, en cumplimiento de sus funciones sustantivas o funciones de administración interna. Dentro de los Objetivos Estratégicos Institucionales del PEI tenemos: OEI 1: “Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud integral, continuos, inclusivo, y de calidad a la población”, que categoriza como prioridad AEI. 01.01: “Atención de salud de calidad, según niveles de prestación e intervención a la población”, el AEI. 01.01: “Acceso oportuno al aseguramiento universal de salud a la población”.

6.4 ACTIVIDADES

6.4.1 Descripción operativa: Unidad de Medida, metas y responsables.

Objetivo específico 01. Elaborar e implementar el plan de trabajo del comité de incidentes, eventos adversos y eventos centinela para la prevención y control en el Hospital General de Jaén 2024.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Solicitar la conformación del comité y/o responsables del comité de Vigilancia y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (IyEA,EC)	Memorando de designación de responsables	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Instalar y capacitar a los responsables del comité de vigilancia y notificación de IyEA,EC	Acta de reunión	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Elaborar el plan Anual de IyEA,EC	Plan	1	Responsable de Seguridad del Paciente
Aprobar el Plan Anual de IyEA,EC	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva
Difundir el plan Anual de IyEA,EC	Nota Informativa	1	Jefe de la UGC

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

Objetivo específico 2. Realizar el análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Llenado del formato del Registro y reporte de lyEA,EC	Formatos/ SINREA	12	Responsables de Vigilancia y notificación de lyEA,EC
Consolidar los lyEA,EC	Nota Informativa	12	Responsables de Vigilancia y notificación de lyEA,EC
Identificar Obstáculos para el registro y reporte de lyEA,EC	Acciones	12	Responsables de Vigilancia y notificación de lyEA,EC
Convocar a una reunión en caso de eventos adversos graves o centinela.	Acta de reunión	A demanda	Responsable de Seguridad del paciente
Realizar el análisis causa – raíz de eventos adversos y eventos centinela.	Informe	4	Responsables de Vigilancia y notificación de lyEA,EC

Objetivo específico 3. Monitorizar la implementación de las acciones de mejora propuestas frente a los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.

Actividad	Unidad de Medida	Metas	Responsables
Elaborar informe de lyEA,EC reportados	Informe	12	Responsable de Seguridad del Paciente
Proponer acciones de mejora y/o recomendaciones según los resultados de notificación en los diferentes servicios	Informe	12	Responsable de Seguridad del Paciente
Realizar el monitoreo de acciones recomendadas	Informe	04	Responsable de Seguridad del Paciente

6.5 PRESUPUESTO

La implementación del presente plan de trabajo, requiere de un presupuesto, los montos requeridos son los gestionados por la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital General de Jaén. Y contemplan dentro de la Seguridad del Paciente.

6.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Objetivo General: Establecer las disposiciones para la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital General Jaén.

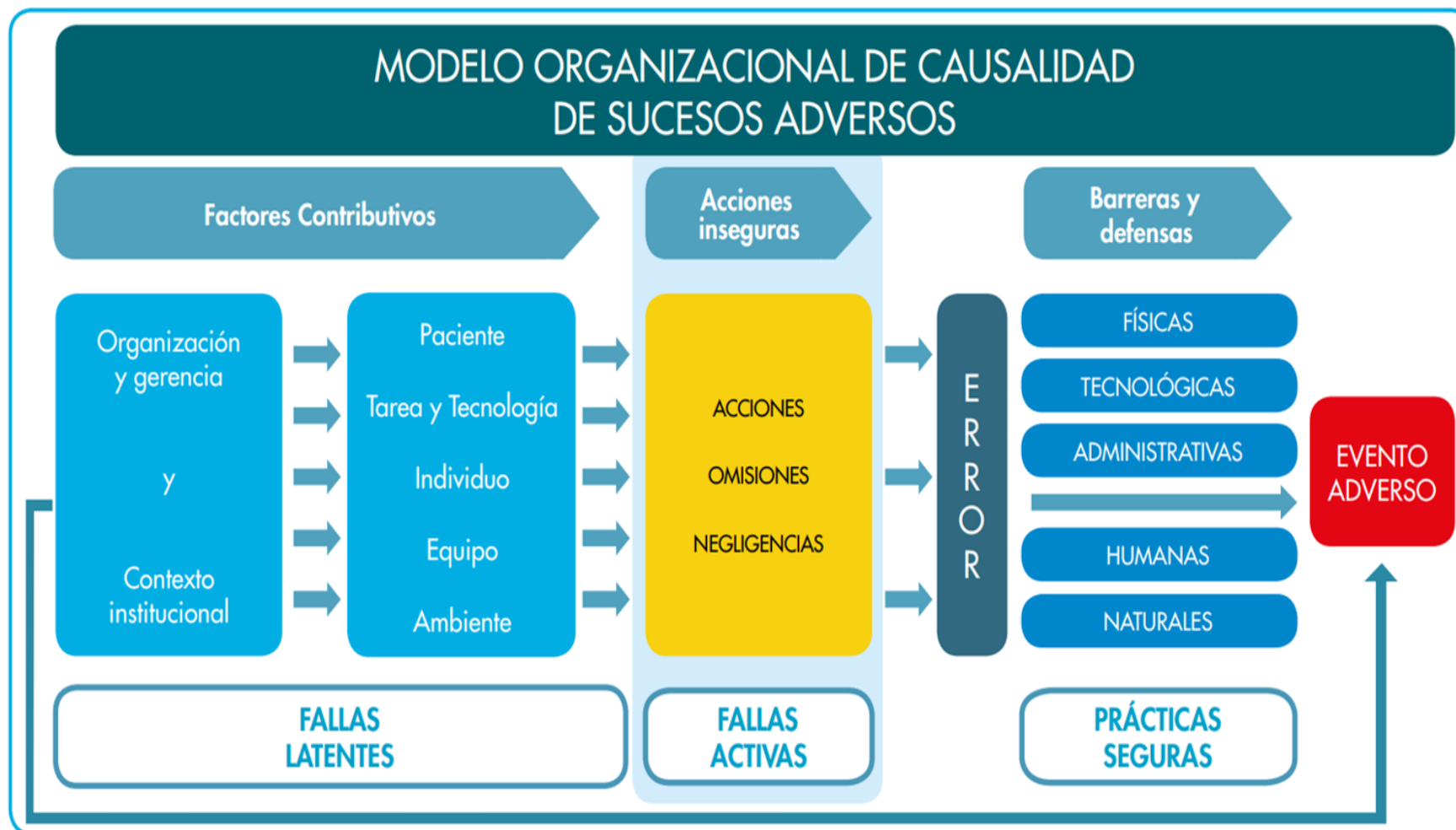
Objetivo Específico	Actividades	I TRIMESTRE 2024			II TRIMESTRE 2024			III TRIMESTRE 2024			IV TRIMESTRE 2024		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Objetivo Específico 1: Elaborar e implementar el plan de trabajo del comité de incidentes, eventos adversos y eventos centinela para la prevención y control en el HGJ - 2024.	Solicitar la conformación del comité y/o responsables del comité de Vigilancia y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela (IyEA,EC)		1										
	Instalar y capacitar a los responsables del comité de vigilancia y notificación de IyEA,EC				1								
	Elaborar el plan Anual de IyEA,EC				1								
	Aprobar el Plan Anual de IyEA,EC				1								
	Difundir el plan Anual de IyEA,EC.				1								
Objetivo Específico 2: Realizar el análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el HGJ - 2024	Llenado del formato del Registro y reporte de IyEA,EC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Consolidar los IyEA,EC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Identificar Obstáculos para el registro y reporte de IyEA,EC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Convocar a una reunión en caso de eventos adversos graves o centinela.												
	Realizar el análisis causa – raíz de eventos adversos y eventos centinela.			1			1			1			1
	Elaborar informe de IyEA,EC reportados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Proponer acciones de mejora y/o recomendaciones según los resultados de notificación en los diferentes servicios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Objetivo Específico 3: Monitorizar la implementación de las acciones de mejora propuestas frente IyEA,EC notificados en el HGJ - 2024	Realizar el monitoreo de acciones recomendadas			1			1			1			1

I. ANEXOS

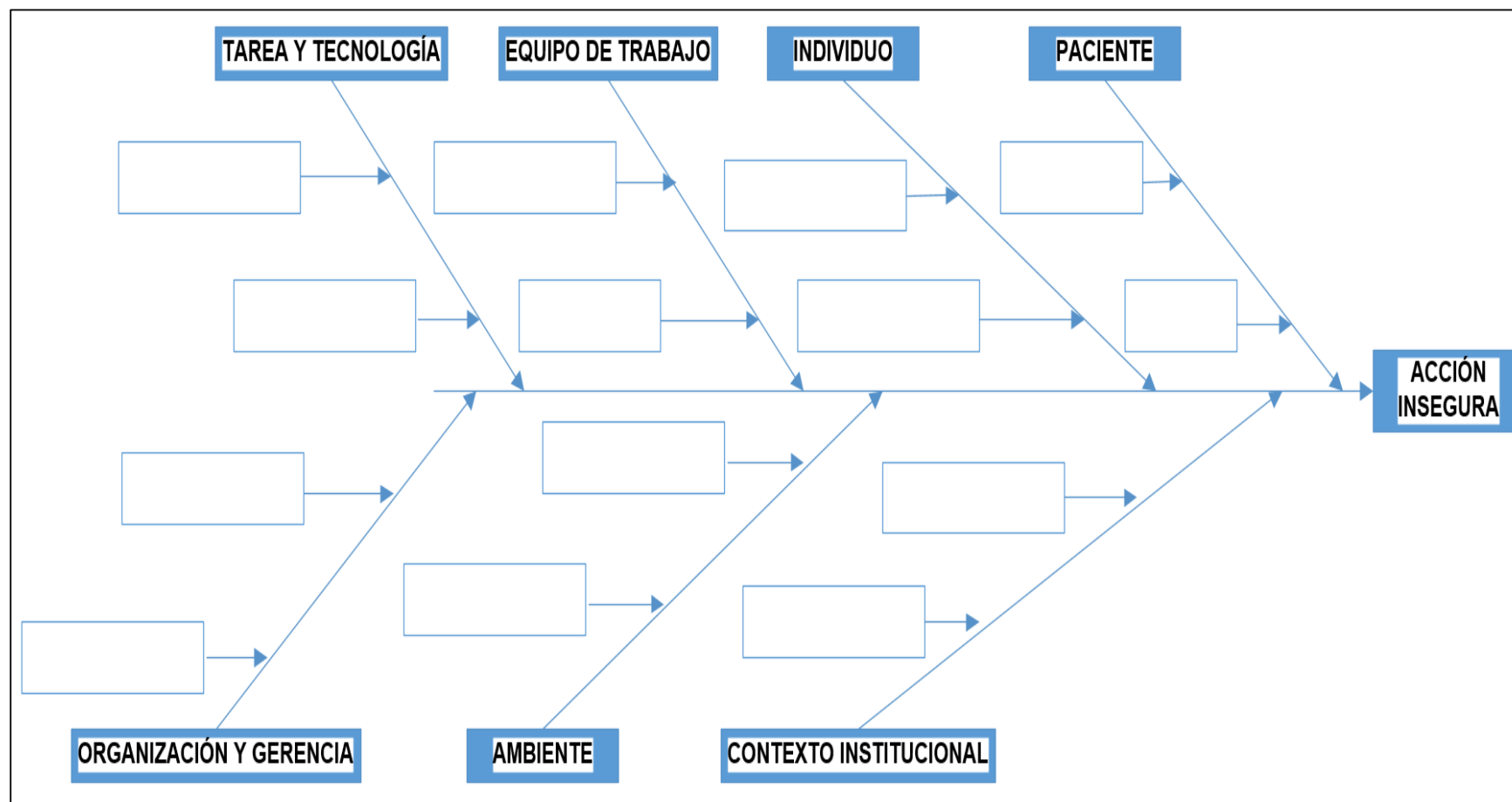
Anexo 01: Matriz de indicadores del plan específico

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO								
Objetivo General del Plan:	Establecer los lineamientos técnicos de acción frente a los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas notificados en el Hospital General de Jaén.							
Objetivo Específico del Plan	Indicador	Formula	Unidad medida	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Fuente de Información	Responsable
Elaborar e implementar el plan de trabajo del comité de incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.	Plan de trabajo del comité de incidentes, eventos adversos y eventos centinela del Hospital General de Jaén.	(Plan de trabajo elaborado/Plan de trabajo aprobado) x100	Plan	1		100%	Plan elaborado	Responsable de la UGC
Realizar el análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.	Informes de análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela suscitados en el Hospital General de Jaén.	(N° de informes solicitados-programados/N° de informes realizados) x100	Informes realizados	4		100%	Informes realizados	Responsable de Seguridad del paciente
Monitorizar la implementación de las acciones de mejora propuestas frente a los incidentes, eventos adversos y eventos centinela notificados en el Hospital General de Jaén.	Implementación de las acciones de mejora propuestas.	(N° de acciones de mejora implementadas/N° de acciones de mejora propuestas) x100.	Informes realizados	4		100%	Informes realizados	Responsable de Seguridad del paciente

Anexo: Modelo de análisis de causalidad de eventos adversos y eventos centinela



Anexo: Modelo de análisis de causalidad de eventos adversos y eventos centinela



Anexo: Formato De Registro Y Reporte De Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinela

I. FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____

II. ÁREA/SERVICIO/DEPARTAMENTO (ocurre el evento): _____

III. ÁREA/SERVICIO/DEPARTAMENTO (donde notifica): _____

IV. PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA: _____
Médico
Enfermera
Otro personal de Salud (Especificar): _____

V. SEGÚN LAS DEFINICIONES ESTRUCTURADAS, EL SUCESO SE TRATA DE UN:

- ☐ **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- ☐ **Evento adverso:** Es un daño involuntario, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos.
- ☐ **Eventos Centinela:** Evento que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas. Pérdidas permanentes o importantes de una función.

De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es según las consecuencias de este suceso.

- ☐ **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta en mínimo o intermedio, de corta duración y no es necesaria la intervención o está es mínima sin prolongar la estancia.
- ☐ **Moderado:** Un evento que necesita de una intervención como por ejemplo la administración de un tratamiento suplementado, prolongado la estancia hospitalaria del paciente o causa un daño o una pérdida funcional temporal, de corta duración y reversible.
- ☐ **Grave:** En este caso el resultado para el paciente es sintomática y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- ☐ **Muerte:** En este caso, el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

VI. DATOS DEL PACIENTE

DNI: _____ EDAD: _____ año () meses () días ()

HCL: _____ TIPO DE SEGURO: _____

SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

DIAGNÓSTICO: 1. _____ CIE 10 _____

2. _____ CIE 10 _____

VII. DESCRIPCIÓN DEL SUCESO: Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UGC



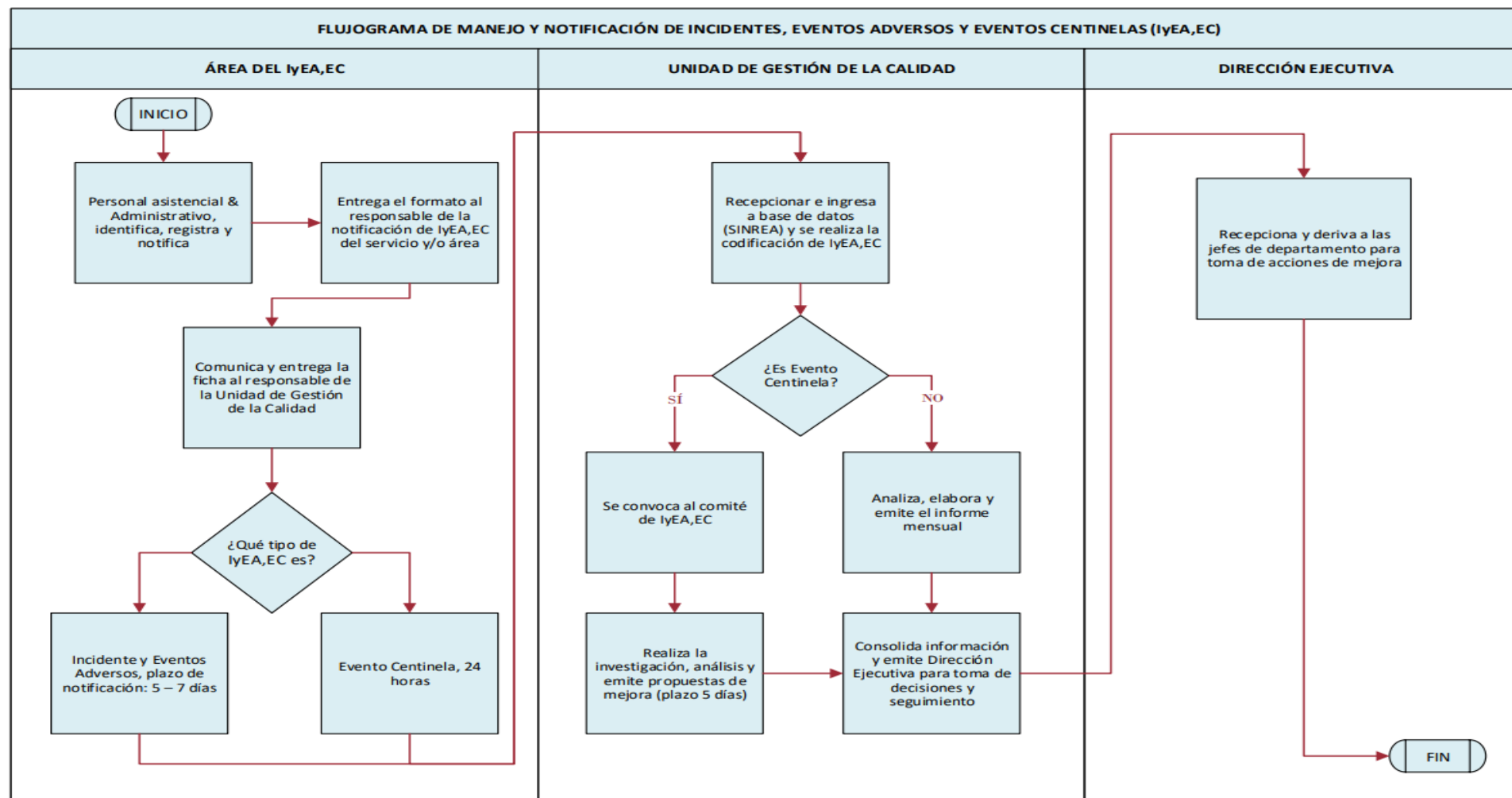
ANEXO: MATRIZ DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

Responsable:[illegible]

- No se Reportaron Incidentes y/o Eventos Adversos (___)



ANEXO: FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN EN CASO DE INCIDENTES, DE EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA



II. BIBLIOGRAFÍA

- Amaya, S. L. (2009). conceptos y análisis de eventos adversos. *Cent Gest Hosp*, 48, 6-21.
- Andrade, H., Martínez, F., Moreno, Y., Novoa, M., & Ramírez, V. (2018). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Buga, Valle*. Universidad Católica de Manizales, Colombia.
- Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. (2010) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Homs-Romero, È., Esperón Güimil, J. A., Loureiro Rodríguez, M., Cegri Lombardo, F., Cueto Pérez, M., Paniagua Asensio, M. L., ... & Rodríguez Cambor, M. (2018). Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. *Gerokomos*, 29(1), 39-44.
- Joaquim, B., Elisa C., Lidia L., Carola O., Rosa S., (2019). Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. España. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.
- Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (OMS). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
- Martín, J. L. V., Delgado, J. M., Hernández, A. P., Escribano, J. G., Puche, J. R., & Andrés, J. M. A. (2021). Diseño del Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD): metodología del cribado y análisis de incidentes y eventos adversos. *Revista de investigación de calidad de atención médica*, 36(4), 231-239.
- Martínez, V. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015*. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>
- Organización Mundial de la Salud - IBEAS. (2015). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- Pérez Olvera, J. A. (2020). *Identificación de factores de riesgo asociados al desarrollo de reacción transfusional* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Schwendimann, R., Blatter, C., & Dhaini, S. (2018). La ocurrencia, los tipos, las consecuencias y la capacidad de prevención de los eventos adversos en el hospital: una revisión de alcance. *Investigación de servicios de salud de BMC*.
- Viena de Lima, A., Antunes, F., & Oliveira, G. (Julio de 2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Universidad Potiguar. Enfermería Global* (55), 314-323.