

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
2024
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ
CASIMIRO ULLOA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

| RUBRO | A CARGO DE | V. B. | FECHA |
|-------------|---|-------|-------------|
| ELABORACIÓN | OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD | | 20 AGO 2024 |
| REVISIÓN | OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACIÓN | | 20 AGO 2024 |
| APROBACION | DIRECCIÓN GENERAL | | 20 AGO 2024 |

DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2024"

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCION..... | 3 |
| II. FINALIDAD..... | 5 |
| III. OBJETIVOS..... | 5 |
| IV. AMBITO DE APLICACION..... | 5 |
| V. BASE LEGAL..... | 6 |
| VI. CONTENIDO..... | 7 |
| 6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (Definiciones Operativas) | 7 |
| 6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO | 8 |
| 6.2.1. Antecedentes | 8 |
| 6.2.2. Problema (magnitud y caracterización) | 10 |
| 6.2.3. Causas del problema..... | 10 |
| 6.2.4. Población o entidades objetivo..... | 11 |
| 6.2.5. Alternativas de Solución..... | 11 |
| 6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBEJTIVOS Y ACCIONES DEL PEI / ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI..... | 12 |
| 6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS..... | 13 |
| 6.4. 1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables..... | 13 |
| 6.4. 2 Costeo de las Actividades por tarea..... | 14 |
| 6.4. 3 Cronograma de Actividades..... | 14 |
| 6.4. 4 Responsables para el desarrollo de cada actividad..... | 14 |
| 6.5. PRESUPUESTO..... | 15 |
| 6.6. FINANCIAMIENTO..... | 15 |
| 6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN..... | 15 |
| VII. RESPONSABILIDADES..... | 15 |
| VIII. ANEXOS | 15 |



DOCUMENTO TECNICO:
"PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2024"

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha establecido lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos. La OMS también ha esbozado objetivos específicos para la Seguridad del Paciente estableciendo el plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 "Hacia la eliminación de los daños evitables de la Salud" con el fin impulsar políticas, estrategias y acciones, basadas en la ciencia, la experiencia de los pacientes, con el objeto de eliminar todas las fuentes de riesgo y daño evitables para los pacientes.

El plan de acción de la Seguridad del paciente de la OMS plantea siete estrategias
OE1: Hacer del daño evitable nulo una actitud mental y una norma de intervención en la planificación y la prestación de la atención de salud en todas partes.

OE2: Construir sistemas de salud y organizaciones sanitarias de alta fiabilidad que protejan a los pacientes diariamente de los daños.

OE3: Garantizar la seguridad de cada proceso clínico.

OE4: Implicar y empoderar a los pacientes y familiares para que ayuden y apoyen todo el proceso encaminado a una atención de salud más segura.

OE5: Inspirar, educar, preparar y proteger a todos los trabajadores de la salud para que contribuyan a la configuración y la prestación de sistemas asistenciales seguros.

OE6: Asegurar un flujo constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daños evitables y la mejora de la seguridad de la atención.

OE7: Desarrollar y mantener la sinergia, la asociación y la solidaridad de carácter multisectorial y multinacional a fin de mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, viene implementando estrategias para la Seguridad del Paciente, impulsado por la alta Dirección, caracterizado por la implementación de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos que involucra a todo el personal de la institución, análisis de los incidentes y eventos adversos identificados, ya sea por un comité especial o por las jefaturas comprometidas en este proceso; asimismo, mediante otras estrategias establecidas por la autoridad sanitaria que incluyen, la implementación de la lista de Verificación de la seguridad de la cirugía, ejecución de las rondas de seguridad del paciente en las áreas asistenciales que incluye la supervisión de la correcta higiene de manos, y promover la estandarización de los procesos asistenciales.

Pero existe un reto más grande impulsado por la OMS que es incluir en el programa de Seguridad del paciente, el punto de vista del paciente a fin de que apoyen todo el proceso. Por los motivos expuestos, nuestro hospital prioriza la ejecución de estrategias que permitan disminuir la aparición de los riesgos innecesarios durante la atención promoviendo la mejora de la calidad asistencial.

II. FINALIDAD

Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.



III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación - Análisis del Incidente y Evento Adverso.
- Monitorizar la implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error mediante las Rondas de Seguridad.



IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Seguridad del Paciente es de aplicación en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, del ámbito jurisdiccional de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- RM N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 456-2007/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- RM N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- RM N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- RM N° 491-2012/MINSA, Incorporar el Anexo 4: "Listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2", a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con RM N°456-2007/MINSA.
- RM N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- RM N° 255-2016/MINSA, que aprueba: "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- RM N° 163-2020-MINSA, Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- RD N° 116-2015-DG-HEJCU, aprueba la Directiva Sanitaria N° 008-DG-HEJCU-2015. V.01: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa".

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Acciones de mejoras:** Son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- **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.
- **Eventos Adversos:** 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.
- **Gestión del Riesgo:** se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **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) Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del



sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

En cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad del paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención del paciente, la Oficina de Gestión de la Calidad que es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes departamentos, servicios asistenciales y oficinas administrativas del HEJCU; entre ellos se puede mencionar:

- Visitas Inopinadas a Centro Quirúrgico, con la finalidad de comprobar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, disminuyendo los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas.
- Rondas de Seguridad, para evaluar buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en los servicios de Hospitalización.
- Registro, notificación, análisis y plan de mejoras frente a eventos adversos.
- Monitoreo del uso de brazaletes de identificación de los pacientes hospitalizados.

En el año 2023, se realizaron 12 (doce) Rondas de Seguridad en las siguientes UPSS:

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Farmacia
- Emergencia
- Hospitalización de Cirugía
- Hospitalización de Traumatología
- Hospitalización de Medicina
- Central de Esterilización
- Patología Clínica
- Diagnóstico por Imágenes
- Nutrición
- Hospitalización de Neurocirugía
- Centro Quirúrgico



6.2.2 Problema (magnitud y caracterización)

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|---|---|
| <p>El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa cuenta con diferentes Equipos la para implementación de seguridad del paciente. Tales como: Equipo Conductor para la Implementación de la LVSC u Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizamos una Autoevaluación de los estándares de Acreditación satisfactoria. • La OGC realiza acciones e informes mensuales, trimestrales, semestrales de monitoreo y seguimiento de las actividades del Plan. • Desarrollo de encuestas semestrales de aplicación LVSC. • Realizamos seguimiento al cumplimiento de recomendaciones y acciones de mejora. • Recursos humanos con experiencia. • Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario. | <ul style="list-style-type: none"> • Poco conocimiento sobre procesos relacionados a Seguridad del Paciente • Personal asistencial con sobrecarga laboral, limitando su participación en las capacitaciones tanto de forma presencial como virtual. • Resistencia al cambio por parte del personal asistencial, ante nuevas disposiciones. • Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Día Mundial de Seguridad del Paciente: 17 de septiembre. • Convenios de Gestión MINSA-INSNSB 2024 incluye el indicador de Densidad de Incidencia de IAAS y Compromiso de Mejora de Aplicación de Rondas de Seguridad y Autoevaluación. • Concurso de Proyectos de Mejora y de Buenas Prácticas a nivel nacional. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de Políticas en Salud. • Normas Técnicas de Seguridad del paciente desactualizadas. Procedimientos y normativa del MINSA aprobados sobre eventos adversos, con más de 07 años de antigüedad. • Limitación de presupuesto para disminución de brecha de recurso humano, para contratación de personal de salud (asistencial y administrativo). • Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad y seguridad del paciente dirigido al personal que labora en la Oficina de Gestión de la Calidad. |



6.2.3 Causas del problema

- Poco conocimiento sobre procesos relacionados a Seguridad del Paciente
- Personal asistencial con sobrecarga laboral, limitando su participación en las capacitaciones tanto de forma presencial como virtual.
- Resistencia al cambio por parte del personal asistencial, ante nuevas disposiciones.

6.2.4 Población o entidades objetivo

El siguiente plan está dirigido a crear y fortalecer una cultura de seguridad y buenas prácticas en el personal asistencial del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

6.2.5 Alternativas de Solución

Las actividades descritas a continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad en el personal que labora en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

- Capacitaciones relacionadas a correcto registro de la Historia Clínica.
- Capacitaciones relacionadas a reporte y análisis de eventos adversos.
- Capacitaciones relacionadas a la importancia del correcto registro y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo mensual de buenas prácticas mediante Rondas de seguridad.
- Monitoreo constante a Centro Quirúrgico para evaluar correcta implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo constante de las diferentes UPSS con la finalidad de evaluar técnica correcta de lavado de manos.

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBEJTIVOS Y ACCIONES DEL PEI / ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

| OBJETIVO PEI – MINSA 2021 - 2024 | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL |
|--|--|---|---|
| OEI 04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública. | Fortalecer una cultura de Gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. | Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo. | Capacitación dirigida al personal asistencial y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela |
| | | Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación - Análisis del Incidente y Evento Adverso. | Estandarizar el procesos de registro, notificación y análisis de Incidentes y Eventos Adversos |

DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2024"

| OBJETIVO PEI – MINSA 2021 - 2024 | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL |
|--|---------------------|--|---|
| | | Monitorizar la implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía. | Evaluar la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía |
| | | Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error mediante las Rondas de Seguridad. | Realizar el monitoreo de las acciones de mejora derivadas ronda de seguridad haciendo énfasis en el proceso de higiene de manos |

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables

| OBJETIVO ESPECIFICO | ACTIVIDAD OPERATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | MET A | RESPONSAB LE |
|--|--|---------------------|----------|----------------------------------|
| Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo. | Aprobación del plan de seguridad del Paciente. | Plan | 1 | Dirección General |
| | Capacitación dirigida al personal asistencial y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | Persona Capacitada | 50 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Estandarizar el procesos de registro, notificación y análisis de Incidentes y Eventos Adversos | Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Evaluar la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | Persona Capacitada | 30 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2024"

| OBJETIVO ESPECÍFICO | ACTIVIDAD OPERATIVA | UNIDAD DE MEDIDA | MET A | RESPONSABLE |
|---|---|-----------------------|-------|----------------------------------|
| | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Realizar el monitoreo de las acciones de mejora derivadas ronda de seguridad haciendo énfasis en el proceso de higiene de manos | Programación de Rondas de Seguridad | Informe | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Conformación del Equipo de rondas de Seguridad del Paciente | Resolución directoral | 1 | Dirección General |
| | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | 12 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | Informe | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |



6.4.2 Costeo de las Actividades por tarea

Las actividades descritas para el cumplimiento del presente plan se encuentran dentro del Plan de Gestión de Calidad 2024.

6.4.3 Cronograma de Actividades

Ver Anexo N° 01.

6.5 PRESUPUESTO

Se financia con presupuesto asignado a la Oficina de Gestión de la Calidad en la fuente Recursos Ordinarios y de acuerdo a disponibilidad presupuestal.

6.6 FINANCIAMIENTO

Según disponibilidad presupuestal de la entidad.

6.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

Se realizarán supervisiones a las diferentes áreas con la finalidad de poder evaluar los siguientes ítems:

- Monitoreo a la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico
- Monitoreo a la adherencia de pasos y momentos del Lavado de Manos en las UPSS visitadas a través de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las diferentes UPSS, de acuerdo al cronograma aprobado.
- Monitoreo al cumplimiento de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del Paciente en las UPSS visitadas.
- Seguimiento de la implementación del Sistema de Notificación de Incidentes y eventos adversos en salud
- Análisis de los incidentes y eventos adversos relacionados a la atención en salud.

Estas acciones son reportadas mediante informes mensuales, trimestrales o semestrales o reportes de actividad, como corresponda en cada actividad, según se detalla:

- Informes Semestrales de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.
- Informe Semestral de la Encuesta de Evaluación de la Implementación de LVSC a Dirección General.
- Informes Mensuales, Trimestrales y Semestrales (Convenio de Gestión MINSA-INSNSB 2024) de Rondas de Seguridad del Paciente a Dirección General y Ministerio de Salud.
- Informes Trimestrales del consolidado de monitoreo, supervisión y evaluación, del procedimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud.
- Reporte de evaluación de Adherencia Higiene de Manos (según cronograma en coordinación con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental)

Dichas supervisiones se realizaran mediante Visitas Inopinadas y Rondas de Seguridad de manera mensual a cargo de las siguientes áreas:

- Dirección General.
- La Oficina de Gestión de la Calidad.
- Equipo de Rondas de Seguridad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Equipo Conductor de Implementación de la LVSC.
- Coordinadores de Centro Quirúrgico para la implementación de la LVSC.
- La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- El Departamento de Enfermería.



VII. RESPONSABILIDADES

- La Oficina de Gestión de la Calidad tiene la responsabilidad de dar seguimiento al Plan
- La Dirección General brindará el apoyo para el cumplimiento de las actividades a implementar en los Departamentos asistenciales y Oficinas administrativas, recomendadas por la Oficina de Calidad.
- Los Comités y Equipos conformados, así como los departamentos asistenciales tienen la responsabilidad de remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.



VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES"
- Anexo N° 02: Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO.



IX. ANEXOS: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVO ESPECÍFICO | Actividad | Unidad de medida | | | | Responsable |
|--|--|---|------------------|--------------|---------------|--------------|----------------------------------|
| | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | |
| Fortalecer una cultura de gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. | Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo. | Aprobación del plan de seguridad del Paciente. | 1 | | 1 | | Dirección General |
| | | Capacitación dirigida a los integrantes del personal asistencial y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela. | 1 | | 1 | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis del Incidente y Evento Adverso | Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos. | 2 | 1 | | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres. | 2 | | 1 | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Monitorizar la implementación de la Lista de Verificación de | Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos. | 1 | | 1 | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | Verificación de | 1 | | 1 | | Oficina de Gestión de la Calidad |



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2024"

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVO ESPECÍFICO | Actividad | Unidad de medida | Meta | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | Responsable |
|------------------|---|---|-----------------------|------|-------------|--------------|---------------|--------------|----------------------------------|
| | la seguridad de la Cirugía | Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC). | Informe | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | Equipo conductor LVSC |
| | | Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) | Informe | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | Conformación del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | 1 | 1 | | | | Dirección general |
| | | Programación de Rondas de Seguridad | Informe | 1 | 1 | | | | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error mediante las Rondas de Seguridad. | Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente. | Informe | 12 | 3 | 3 | 3 | 3 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas | Informe | 2 | | 1 | | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |



| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVO ESPECÍFICO | Actividad | Unidad de medida | Meta | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | Responsable |
|------------------|---------------------|--|------------------|------|-------------|--------------|---------------|--------------|--|
| | | Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos. | Informe | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental |

Anexo N° 2: MATRIZ DE INDICADORES

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR (DENOMINACIÓN) | FORMA DE CALCULO | VALOR ESPERADO | PERIODICIDAD | RESPONSA BLE |
|---|--|---|----------------|--------------|--|
| Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error mediante las Rondas de Seguridad | Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente | $\frac{\text{N° de RSP ejecutadas}}{\text{N° total de RSP programadas en el HEJCU}} \times 100$ | 100% | trimestral | Oficina ejecutiva de Administración/ Servicios Asistenciales |
| Monitorizar la implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía | Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía | $\frac{\text{N° de LVSC aplicadas}}{\text{N° de intervenciones quirúrgicas}} \times 100$ | 90% | semestral | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo. | Porcentaje de jefes asistenciales capacitados en Seguridad del Paciente | $\frac{\text{N° de jefes de departamento capacitados}}{\text{total de jefes de departamento}} \times 100$ | 50% | anual | Oficina de Gestión de la Calidad |



