



N° 026 - 2025 - DRSL - RL - HH - SBS/DE

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Huaral, 23 de enero de 2025

VISTO, el Expediente N°03569875, que contiene la Nota Informativa N°004 - UE-407-RL-HH-SBS-UGC-01-2025, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital "San Juan Bautista" Huaral; y el Informe Legal N°014 - UE.407-RL-HH-SBS-AL-01-2025;

CONSIDERANDO:

Que, conforme al segundo párrafo de considerandos de la Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, por la que se conformó el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, se señala la necesidad de la implementación de un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, en cuyo marco los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, establezcan y desarrollen acciones institucionales tendientes a reducir los riesgos, daños y eventos adversos que afectan a los pacientes durante el proceso de prestación de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente", cuyo artículo 3°, establece que las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, así como los demás establecimientos de salud del sector salud, son responsables de su aplicación;

Que, el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, señala como su objetivo general: "Reducir los eventos adversos en los usuarios del Sistema de Salud Nacional contribuyendo a hacer de los servicios de salud lugares seguros para la atención de los pacientes"; y en tal sentido, se debe desarrollar actividades de prevención y control orientadas a disminuir los eventos adversos en los pacientes del Hospital San Juan Bautista Huaral, las que serán implementadas en los Departamentos, Servicios y/o Unidades que prestan servicios de salud a nuestros usuarios;

Que, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Directoral N° 416-2017-DG-DIRESA LIMA del 06 de Junio del 2017, que aprueba la Directiva Administrativa N° 005-2017-DG/DEGSC "Lineamientos para el desarrollo de Rondas de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud de la Región Lima", donde designan como responsable a la Unidad de Gestión de la Calidad para la implementación de dichos lineamientos que tienen como finalidad: Promover la implementación de prácticas seguras involucrando a decisores institucionales y compartiendo experiencias para la reducción de los Eventos Adversos asociados a la atención de los pacientes en los Establecimientos de Salud de la Región Lima;

Que, mediante RM N°163-2020/MINSA, de fecha 02 de Abril del 2020, se aprueba la Directiva Sanitaria N092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", con la finalidad de contribuir con la mejora de calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyen los riesgos en atención en salud, la misma que establece en el 6.1. la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, la Directiva Sanitaria menciona en su literal 7.1 que la supervisión y evaluación de la implementación de los equipos de rondas de seguridad del paciente estará a cargo de la unidad de Gestión de la Calidad, de la Microrred, Red de Salud, DIRESA, GERESA, DIRIS, o quien haga a sus veces;





N°

- 2025 - DRSL - RL - HH - SBS/DE

Que, con Nota Informativa N°004 - UE.407-RL-HH-SBS-UGC-01-2025, de fecha 02 de enero del 2025, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite la propuesta de Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral periodo 2025;

Que, con Informe Legal N°014 - UE.407-RL-HH-SBS-AL-01-2025 de fecha 09 de enero del 2025, la Oficina de Asesoría Legal del Hospital San Juan Bautista Huaral, emite opinión favorable a la aprobación del Plan en mención;

Que, mediante Oficio N°013 - UE.407-RL-HH-OPE-01-2025, de fecha 13 de enero del 2025, la Oficina de Planeamiento Estratégico a través del Área de Planes y Programas, con Informe N°004 - UE.407-RL-HH-SBS-OPE/AP-01-2025, emite opinión favorable a la aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral periodo 2025, así mismo con Informe N°014 - UE.407-RL-HH-SBS-OPE/AO-01-2025 el Área de Organización emite opinión favorable al acto resolutorio de aprobación del plan en mención;

Que, con Ordenanza Regional N° 014-2008-CR-RL, y su modificatoria Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-RL, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Huaral y el Hospital San Juan Bautista Huaral;

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Directoral N°039 - 2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG de fecha 19 de Enero de 2023, que otorga facultades al Director Ejecutivo del Programa Sectorial II – Dirección Ejecutiva de Huaral y SBS de la Dirección Regional de Salud Lima de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Lima;

Estando a lo propuesto por la Unidad de Gestión de la Calidad, con la opinión favorable de la Oficina de Planeamiento Estratégico y la visación de la Sub Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal del Hospital San Juan Bautista Huaral;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - APROBAR el "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral, periodo 2025, el cual es parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo. - DISPONER, que los miembros del Comité de Seguridad del Paciente, son responsables de la difusión e implementación del documento técnico aprobado en el artículo precedente,

Artículo Tercero. -Disponer la notificación de la presente Resolución conforme ley.

Artículo Cuarto. - Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital San Juan Bautista Huaral.***

Regístrese y Comuníquese

JDA/CRSV/cmss
c.c. DIRESA
c.c. Sub Dirección Ejecutiva
c.c. Oficina de Planeamiento
c.c. Unidad de Gestión de la Calidad
C.c. Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UE 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS
M.C. Juan Díaz Amado
C.M.P. 019839 - D.N.E. 019948
DIRECTOR EJECUTIVO



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD



**UNIDAD DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**

Plan Anual de Seguridad del Paciente



2025



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA - HUARAL

INDICE

| | Página |
|--------------------------------|--------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 02 |
| I. FINALIDAD..... | 03 |
| II. OBJETIVOS..... | 03 |
| III. BASE LEGAL..... | 04 |
| IV. AMBITO DE APLICACIÓN..... | 05 |
| V. ESTRATEGIAS..... | 05 |
| VI. ACCIONES ESTRATEGICAS..... | 08 |
| VII. ACTIVIDADES..... | 09 |
| VIII. ANEXOS | 10 |



I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. En la Ley General de Salud N° 26842, 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".

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés) publicara en su informe "To Err is Human" que entre 44 y 98 mil personas mueren cada año en los hospitales estadounidenses como resultado de errores que podrían haberse prevenido. Posteriormente, diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional han mostrado que los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en los sistemas sanitarios de países desarrollados. Aunque con resultados variables, alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren de algún evento adverso (EA), como consecuencia de la atención sanitaria, y alrededor del 50% de estos eventos podrían evitarse aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada.

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, e identificó 6 campos de acción. Uno de estos campos de acción es el desarrollo de "Soluciones para la Seguridad del Paciente". En esta Alianza se pretende alinear a todos los actores en la generación de una atención de salud con la doctrina de la seguridad. En el mismo sentido la OMS, en el 2019 establece el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, titulada "Acción Mundial en pro de la seguridad del paciente", cuyo objetivo es despertar una mayor concienciación y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y trabajar en pro de la acción conjunta de los Estados Miembros y la solidaridad entre ellos para mejorar la seguridad del paciente y reducir los daños causados. Los países miembros como el Perú, estamos comprometidos en articular esfuerzos a favor de la seguridad del paciente

En ese marco el Ministerio de Salud decide impulsar la seguridad del paciente como aspecto esencial de la calidad de los servicios de salud llevando a cabo estrategias innovadoras orientadas a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es uno de los elementos claves de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la "implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos".

Hablar de 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 produzcan aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia 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 propiciada por una adecuada organización asistencial.

Todos los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a una atención de salud de calidad, humanizada y segura en todo momento, en tal sentido el Hospital San Juan Bautista Huaral implementando un Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente, impulsado en conjunto con la Unidad de Gestión de la Calidad, donde participan activamente el personal asistencial y administrativo de los diferentes servicios con la finalidad de impulsar una cultura de seguridad del paciente en el cumplimiento de nuestra visión y misión institucional.

Otras de las actividades desarrolladas en el Plan, es el seguimiento a la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobada por el MINSA con Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA y la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, aprobada



con Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, realizando visitas inopinadas al centro quirúrgico, con la participación del "Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"

El Plan Anual de Seguridad del Paciente también incluye la ejecución de Rondas de Seguridad del paciente, las cuales se realizan en cumplimiento de la 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 la Atención de Salud", y el Decreto Supremo N°022-2024-SA "Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el presente año, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado", donde se realizan las Rondas de Seguridad del Paciente, de manera mensual durante los doce meses.

Del mismo modo, se realizan actividades de fortalecimiento de capacidades en el personal de salud asistencial y administrativos para mejorar las prácticas de seguridad del paciente en todas las atenciones de salud que se brinda a los usuarios de nuestros servicios y actividades promocionales con las familias y los propios pacientes para fomentar la cultura de seguridad en los pacientes que se atienden en la institución.

Por lo expuesto, se presenta el Plan de Seguridad del Paciente 2025 del Hospital san Juan Bautista Huaral, que busca en el marco de nuestra visión y misión institucional otorgar a nuestros pacientes una atención de salud de calidad, humanizada y segura, promoviendo una cultura de seguridad del paciente en nuestro personal asistencial, administrativo, los pacientes sus familias.

II. FINALIDAD

Contribuir en el desarrollo de un entorno seguro en la atención, orientada a la disminución de riesgos generados por la atención al paciente a través del cumplimiento de protocolos orientados a la seguridad del paciente En los diferentes servicios del Hospital San Juan Bautista - Huaral,

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la seguridad durante los procesos de atención del paciente a través de la Identificación de riesgos prevenibles e implementación de acciones de mejora, realizando prácticas seguras en las UPSS de Atención Directa y de Soporte del Hospital San Juan Bautista - Huaral

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar las actividades para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente 2025.
2. Promover y fortalecer una Cultura de Seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos con el Registro, Notificación y Análisis de incidentes y eventos adversos.
3. Promover y Fortalecer una cultura de adherencia a la técnica de lavado de manos
4. Promover las Buenas Prácticas de Atención en Salud para la Seguridad del Paciente y la mejora continua con el desarrollo de Rondas de Seguridad del Paciente, la correcta implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y el fortalecimiento de la práctica del lavado de manos en el personal del Hospital Huaral.



IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- ✓ Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, que aprueba las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1472-2002.SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- ✓ Decreto Legislativo 1278 que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- ✓ Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- ✓ Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de la Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010 MINSAL que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010 MINSAL que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021 MINSAL/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSAL/DGIEM-V.01 Infraestructura el Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- ✓ Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, prevención y control de las infecciones Asociadas a la atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSAL/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.



- ✓ Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA., que aprueba la Guía técnica para la implementación del proceso de la higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- ✓ Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 "Rondas de Seguridad y Gestión del riesgo para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- ✓ Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 214- 2018/MINSA, que aprueba la N.T.S. N° 139- MINSA /2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- ✓ Resolución Ministerial 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".*

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en las diferentes UPSS de atención Directa y de Soporte del Hospital San Juan Bautista Huaral.

1. UPSS de Hospitalización: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia
2. UPSS de Cuidados Intensivos
3. UCI Neonatal
4. UPSS de Centro Quirúrgico
5. UPSS de Consulta Externa
6. UPSS de Emergencia
7. UPSS de Diagnóstico por Imágenes
8. UPSS de Patología Clínica
9. UPSS de Farmacia
10. UPSS de Banco de Sangre
11. UPSS Nutrición
12. UPSS Central Esterilización
13. Medicina Física y Rehabilitación

VI. ESTRATEGIAS:

6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Acción de Mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos,
- **Acción Insegura:** es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
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.
- **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **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, directamente asociado con la atención de salud.
- **Cirugía Segura:** Es el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante operaciones, las enfermedades del cuerpo humano, asegurando la vida de la persona que será intervenida.



- **Consentimiento Informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- **Complicación:** Resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- **Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesiastas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado 'por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención.
- **Evento con daño:** Son de tres tipos:
 - Leve:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en 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.
- **Error:** Es la falta para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- **Error de Medicación:** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- **Error quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesiastas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- **Estrategia de Cirugía limpia:** Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- **Estrategia de profesionales seguros:** Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.
- **Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtiene los resultados esperados.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos a sus toxinas 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 de la admisión, a menos que la infección usualmente se hace evidente a la 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En caso de los neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.



- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- **Higiene de Manos:** Es la 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.
- **Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.
- **Prevención del Riesgo:** Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable, toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.
- **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:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, 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. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1. Antecedentes En el marco de las Políticas, Leyes, Normas Técnicas de Salud, y en cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad para el paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención, el Hospital san Juan Bautista Huaral, ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes servicios. Entre las desarrolladas el año anterior se puede mencionar:

Desarrollo de doce (14) Rondas de Seguridad, mensuales, e inopinadas, para evaluar las buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en las diferentes UPSS de Hospitalización, Consultorio Externo, Emergencia, Centro Quirúrgico, Diagnóstico por Imágenes, Centro Obstétrico, Cuidados Intensivos, Medicina Física y Rehabilitación, Central de Esterilización, Farmacia y otros servicios, que culminan en Planes de Trabajo con recomendaciones y acciones de mejora, las cuales son monitoreadas para su cumplimiento.

Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas vía aplicativo reportador en la web institucional, con reportes directos y al momento a las jefaturas de las UPSS, reuniones de análisis y seguimiento a los planes de acciones de mejoras como parte de la prevención de riesgos y eventos adversos en los pacientes. o Implementación de acciones de promoción y difusión de buenas prácticas en seguridad del paciente con la participación del personal asistencial, pacientes y familias.

Monitoreo de la práctica de lavado de manos del personal asistencial en trabajo conjunto con la Coordinación de Epidemiología en las diferentes UPSS del hospital acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica y de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, de monitoreo y evaluación, etc.)

Desarrollo de eventos de capacitación dirigidas al personal de salud asistencial en Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas y aplicación de la Lista de



Verificación de la Seguridad de la Cirugía. o Asesoría y capacitación al Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) y Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.

Promover y ejecutar practicas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Promover la implementación de prácticas seguras en cirugía a través del monitoreo del correcto registro de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía

Gestión del riesgo y sistemas de notificación de los incidentes y eventos adversos así como el análisis de causa raíz y seguimiento de acciones de mejora

Seguimiento del levantamiento de observaciones de la Ronda de la Seguridad del Paciente, para la implementación de acciones de mejora continua de la Calidad en la Atención al Paciente.

Monitorizar la metodología multimodal de higiene de manos de la Organización Mundial de Salud (OMS).

VII. ACCIONES ESTRATEGICAS POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL.

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.
- Monitoreo al Reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Seguimiento y asesoría a reuniones de análisis de Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Monitoreo a las capacitaciones al personal de salud.

El monitoreo y seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud para la seguridad del paciente del personal de salud, se realizarán mediante visitas inopinadas a centro quirúrgico, registro, reporte y reuniones de análisis de eventos adversos y eventos centinelas, y la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las UPSS de acuerdo al cronograma aprobado para el año 2025. 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 y Ministerio de Salud.
- Informes Mensuales, Trimestrales y Semestrales (Convenio de Gestión MINSA 2025) de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 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 Unidad de Epidemiología).
- Reportes de capacitación al personal de salud

De acuerdo al modelo del Plan de Seguridad del Paciente para hospital, además del trabajo que desarrolla la Unidad de Gestión de la Calidad, para efectos de la ejecución de las actividades del presente Plan, en el Hospital San Juan Bautista – Huaral, se deben conformar mediante Resolución Directoral los siguientes equipos:



- Equipo de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral 2025, integrada por los siguientes responsables:

| Área / Responsable | Cargo |
|--|------------|
| • Subdirector Ejecutivo del HSBJH | Presidente |
| • Unidad de Gestión de la Calidad | Secretaria |
| • Jefa del Dpto. de Enfermería | Miembro |
| • Jefe de la Unidad de Epidemiología y Saneamiento Ambiental | Miembro |
| • Director Administrativo del HSBJH | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Medicina | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Cirugía | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia | Miembro |
| • Jefe del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Pediatría | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Apoyo al Diagnóstico | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Apoyo al Tratamiento | Miembro |

- Equipo Conductor para la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2023.

| Área / Responsable | Cargo |
|--|-----------------|
| • Jefe del Dpto. de Anestesiología y Centro Qx. | Presidente |
| • Jefe del Dpto. de Cirugía | Vice presidente |
| • Unidad de Gestión de la Calidad del HSBJH | Secretaria |
| • Jefe del Dpto. de Gineco Obstetricia | Miembro |
| • Jefe de SOP-Centro Quirúrgico – Dpto. Enfermería | Miembro |
| • Unidad de Epidemiología y Saneamiento Ambiental | Miembro |
| • Jefe del Dpto. de Apoyo al tratamiento | Miembro |

• **FUNCIONES DEL COMITÉ/EQUIPO:**

Presidente: Convocar y presidir las reuniones del Comité de Seguridad del Paciente, cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las reuniones del Comité, proponer las medidas correctivas convenientes.

Secretario: Llevar al día los libros de Actas de reuniones, transcribir los acuerdos de las reuniones.

Miembro: Asistir a todas las reuniones programadas, colaborar con el Presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

VIII. ACTIVIDADES (Ver matriz de actividades)

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



| POLÍTICA NACIONAL | OBJETIVO PEI - MINSA 2019 - 2025 | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICO |
|--|---|--|---|
| <p>Tercera Política Nacional de Calidad en Salud La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.</p> | <p>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.</p> | <p>Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital San Juan Bautista Huaral, promoviendo una cultura de seguridad del paciente, para prevenir la ocurrencia de eventos adversos</p> | <p>Objetivo N° 01: Diseñar las actividades para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente 2025</p> |
| | | | <p>Objetivo N° 02: Promover la Cultura de Seguridad del Paciente, fortaleciendo las competencias del personal de salud en gestión del riesgo y prácticas seguras en la atención de salud a través de la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente</p> |
| | | | <p>Objetivo N° 03: Fortalecer el sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, con Análisis e implementación de acciones de mejora en todas las UPSS del HSJBH</p> |
| | | | <p>Objetivo N° 04: Promover las Buenas Prácticas de Atención en Salud para la Seguridad del Paciente, a través de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y el fortalecimiento de la práctica del lavado de manos en el personal</p> |

IX. ANEXOS

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.
- Monitoreo al Reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Seguimiento y asesoría a reuniones de análisis de Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Monitoreo a las capacitaciones al personal de salud.

El monitoreo y seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud para la seguridad del paciente del personal de salud, se realizarán mediante visitas inopinadas a centro quirúrgico, registro, reporte y reuniones de análisis de eventos adversos y eventos centinelas, y la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las UPSS de acuerdo al cronograma aprobado para el año 2025. Estas acciones son reportadas mediante informes mensuales, trimestrales o semestrales o reportes de actividad, como corresponda en cada actividad, según se detalla:



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025 - HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | META ANUAL | | RESPONSABLE | CRONOGRAMA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------|------|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | UNIDAD | META | | E | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | | | |
| OE: 1. Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente, orientada a la reducción de riesgos en los Centros Quirúrgicos. | Aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aprobada con RM N° 308-2010/MINSA y la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N°1021-2010/MINSA | Aprobación del Plan Anual de la Seguridad del paciente 2024 | RD | 1 | Responsable de la Línea de Seguridad del Paciente. | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Verificación del Registro de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y su completo registro. | Informe | 2 | Equipo conductor, UGC | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | |
| | | Aplicación de Encuesta de la LVSC al personal del Centro Ox. Sobre el proceso de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía. | Informe | 2 | Equipo conductor, UGC | | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | |
| | | Verificación del cumplimiento del consentimiento informado y su registro completo. | Informe | 4 | Responsable de la Línea de Seguridad del Paciente | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | 1 | |
| OE: 2. Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos con el Registro. Notificación y Análisis de eventos adversos. | Estandarizar el proceso de registro y reporte de incidentes y eventos adversos. | Evaluación del Plan de la Línea de Seguridad del paciente | Informe | 4 | Responsable de la Línea de Seguridad del Paciente. | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | |
| | | Reporte de la aplicación del formato de Registro y Notificación de eventos adversos. | Informe | 4 | Responsables de Servicios Asistenciales | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | 1 | |
| | | Capacitación en eventos adversos a los servicios. | Informe | 1 | UGC | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| | | Reuniones de análisis de Eventos Adversos. | Informe | 1 | UGC. | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| OE: 3. Promover y fortalecer una cultura de adherencia a la técnica de higiene de manos. | Monitorizar la Metodología multimodal de la higiene de manos de la OMS. | Monitoreo y supervisión de la aplicación correcta del lavado de manos en los servicios críticos y no críticos. | Actividad/ Informe | 4 | U. Epidemiología | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | |
| | | Monitoreo y aplicación correcta de los cinco momentos del lavado de manos en los servicios críticos y no críticos. | Actividad/ Informe | 4 | U. Epidemiología | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| | | Capacitación, sobre técnica de higiene de manos. | Informe | 2 | U. | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | | Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios críticos. | Actividad/ Informe | 12 | Equipo de Ronda Seg. Pcte. | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| OE: 4. Establecer mecanismos de control en los servicios críticos a través de las Rondas por la Seguridad del Paciente. | Fortalecer las rondas de Seguridad del Paciente. | Seguimiento de las recomendaciones del reporte de las Rondas de Seguridad del Paciente. | Informe | 2 | UGC | | | | | | | | | | | | | | 1 | |



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° - 2025 - DRSL - RL - HH - SBS/IDE

CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AÑO: 2025

IPRESS: HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

TITULAR / RESPONSABLE IPRESS: DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

| ENERO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 15/01/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| MAYO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 07/05/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| SETIEMBRE | | |
|-----------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 03/09/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

Gobierno Regional de Lima
 Dirección Regional de Salud
 UE N° 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS

M.C. Juan Díaz Amado
 Director Ejecutivo
 Hospital Huaral

| FEBRERO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 05/02/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| JUNIO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 04/06/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| OCTUBRE | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 01/10/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

Gobierno Regional de Lima
 Dirección Regional de Salud
 UE N° 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS

M.C. Carmen Rosa Sánchez Ventimilla
 M.C. Carmen Rosa Sánchez Ventimilla
 Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad

| MARZO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 05/03/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| JULIO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 02/07/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| NOVIEMBRE | | |
|-----------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 05/11/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

Gobierno Regional de Lima
 Dirección Regional de Salud
 UE N° 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Enf. María Rubi Torres García
 Jefa de la Unidad de Epidemiología y
 Salud Ambiental

| ABRIL | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 02/04/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| AGOSTO | | |
|---------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 13/08/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

| DICIEMBRE | | |
|-----------|-------------|------------|
| Ronda | Fecha | Hora |
| Ronda 1 | 03/12/2025 | 11 / 00 am |
| Ronda 2 | ___/___/___ | ___/___ |

Gobierno Regional de Lima
 Dirección Regional de Salud
 UE N° 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Enf. Rosa María Guanillo Reyes
 Jefa del Departamento de Enfermería



PRESUPUESTO PARA EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Unidad Ejecutora: 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

Unidad Orgánica: Unidad de Gestión de Calidad

| N° | ACTIVIDADES A DESARROLLAR | COSTO | DETALLE |
|------|---|-------------|--------------------------|
| A4 | SEGURIDAD DEL PACIENTE | \$/. 470.00 | |
| A4.1 | Conformación del Comité | 10.00 | HOJAS, TONER |
| A4.2 | Elaboración del Plan de Trabajo | 20.00 | HOJAS, TONER |
| A4.3 | Implementación de Lista de Verificación Cirugía Segura | 500.00 | FORMATOS AUTOCOPIATIVOS |
| A4.4 | Aplicación de encuesta sobre dinámica de la aplicación de la LVSC | 20.00 | HOJAS, TONER |
| A4.5 | Verificación de Consentimiento Informado | 20.00 | HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS |
| A4.6 | Consolidar Reporte y Análisis de Eventos Adversos | 20.00 | HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS |
| A4.7 | Consolidar Reporte y análisis de Lavado de manos | 20.00 | HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS |
| A4.8 | Consolidar Rondas por la Seguridad del Paciente | 20.00 | HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS |
| A4.9 | Evaluación del Plan | 40.00 | HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS |



ANEXO 1

RM N°163-2020-MINSA Directiva Sanitaria N° 91-MINSA/2020/DGAIN "DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD"

I. DEFINICION

Ronda de Seguridad de Paciente, 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 en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, 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.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Establecer pautas para la implementación de las Rondas de Seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las instituciones prestadoras de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio.
- Educar in situ al personal.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

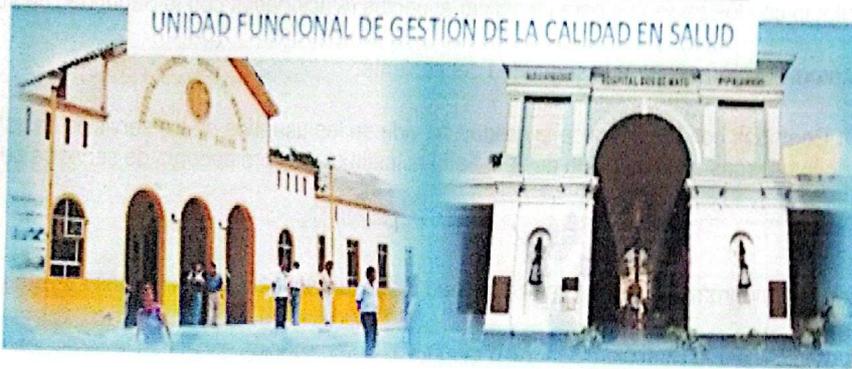
III. FINALIDAD: Contribuir con la mejora de la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud IPRESS publicas privadas o mixtas.

IV. METODO

- Elaborar Plan y cronograma de Rondas de Seguridad (seleccionando las áreas riesgos mayores identificados).
- Aprobación del Plan por la Dirección General o Ejecutiva, Comunicación escrita de la Dirección a las Unidades involucradas sobre realización en las Rondas de Seguridad, para conocimiento, involucramiento y elaboración de informe.
- El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera:
- Director General o personal designado por la Dirección.
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Jefe de la Unidad de Epidemiología.
- Jefa del Departamento de Enfermería.
- Jefe del Departamento a supervisar.
- Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
- La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista.
- Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en:
 - Registro adecuado en la Historia Clínica.
 - Seguridad de la Atención en los Servicios.
 - Identificación Correcta del Paciente.
 - Prevención de la Fuga de Pacientes.
 - Seguridad en la Medicación.
 - Prevención y Reducción del Riesgo de las Ulceras por presión.



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**



FICHA DE EVALUACIÓN

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DR. JUAN DIAZ AMADO

IPRESS: 7637

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SELECCIONADO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

MICRORED DE SALUD NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED

RED DE SALUD RED III HUARAL - CHANCAY

DIRESA/GERESA/DIRIS LIMA





LISTA DE CHEQUEO PARA EL MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CLÍNICA

RED DE SALUD.....

FECHA:

EES.....

EVALUADOR:

SERVICIO..... TURNO: (M) (T) (N)

CATEGORÍA PROFESIONAL DEL EVALUADO: MEDICO (.....) ENFERMERA (.....) CIRUJANO DENTISTA (.....) OBSTETRA (.....) TECNICO DE ENFERMERÍA (.....)

NUTRICIONISTA (.....) TÉCNICO DE LABORATORIO (.....) RESIDENTE (.....) INTERNO (.....) ESTUDIANTE (.....) OTRO (.....)

| N° | ITEM | HM con agua y jabón líquido antiséptico | | HM con Alcohol Gel | |
|----|--|--|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| | | PUNTAJE | Registrar "0" o Puntaje descrito | PUNTAJE | Registrar "0" o Puntaje descrito |
| 1 | Higiene de manos con agua y jabón líquido antiséptico. Presencia en el lavamos de: | | | | |
| 2 | llave de caño operativo y con fluido de agua | 1 | | NA | |
| 3 | Jabón líquido antiséptico con dispensador | 2 | | | |
| 3 | Dispensador de papel toalla | 2 | | | |
| 4 | Higiene de manos con desinfectante de base alcohólica. Presencia de: | | | 5 | |
| 4 | Frasco de alcohol gel con dispensador | | NA | | |
| 5 | Tiene publicado "Recordatorios" de técnica de higiene de manos y 05 Momentos para la Higiene de Manos, en el servicio evaluado y principalmente donde están ubicados los lavamanos y frascos de alcohol gel. | 5 | | 5 | |
| 6 | El personal durante sus labores no usa anillos, pulsera ni reloj. No usa esmalte y mantiene uñas cortas. | 5 | | 5 | |
| 7 | Moja sus manos con agua. | 5 | | NA | |
| 8 | Deposita en palma de la mano, cantidad suficiente de jabón / ALCOHOL GEL para cubrir todas las superficies de las manos | 5 | | 10 | |
| 9 | Frota las palmas de las manos entre sí. | 5 | | 10 | |
| 10 | Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa. | 10 | | 10 | |
| 11 | Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. | 10 | | 10 | |
| 12 | Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. | 10 | | 10 | |
| 13 | Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. | 10 | | 10 | |
| 14 | Frota la punta de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa. | 10 | | 10 | |
| 15 | Se enjuaga las manos con abundante agua. | 5 | | NA | |
| 16 | Se seca prolija y vigorosamente las manos con una hoja de papel toalla (usa una hoja precortada o 30 cm de papel toalla aprox.). | 5 | | NA | |
| 17 | Cierra la llave del caño con el mismo papel toalla que está usando (No contamina sus manos) antes de descartarlo. | 5 | | NA | |
| 18 | Si cumplió todos los pasos, Sus Manos son Seguras. | 2 | | 5 | |
| 19 | Emplea 40 a 60 segundos para realizar todo el procedimiento de Higiene de manos con agua y jabón antiséptico | 3 | | NA | |
| 19 | Emplea 20 a 30 segundos para realizar todo el procedimiento de Higiene de manos con alcohol gel (desinfectante de base alcohólica) | | NA | 10 | |
| | | Puntaje ALCANZADO | | 100 | 100 |
| | | PORCENTAJE de cumplimiento obtenido | | % cumpl. | % cumpl. |
| | | Calificación: POR MEJORAR (<80%) / ACEPTABLE (>=80%) | | PM / A | PM / A |

RECOMENDACIÓN:

PUÉDE USAR ESTA FICHA PARA MONITOREO DE CUALQUIERA DE LAS 02 TÉCNICAS DE HIGIENE DE MANOS: HM CON AGUA Y JABÓN o HM CON ALCOHOL GEL EN 1 PERSONAL ASISTENCIAL.
Debe Monitorear el cumplimiento de las técnicas de Higiene de Manos en los diferentes grupos profesionales asistenciales y personal en formación.
 APLIQUE EL MONITOREO PRIORIZANDO LOS SERVICIOS CRÍTICOS: Emergencia, Cuidados Intensivos / Intermedios, Vigilancia Intensiva, Centro Obstétrico u otro según su realidad.
 APLIQUE EL MONITOREO TAMBIÉN EN LOS SERVICIOS DE: Hospitalización, Consultorios externos, Laboratorio y Banco de Sangre, Farmacia, Nutrición, Diagnóstico por imágenes.
 Recuerde que la Higiene de Manos es una medida de Bioseguridad obligatoria, su finalidad es proteger al paciente y al personal de salud, del riesgo de ocurrencia de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Según DS N°031-2014-SA Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), Anexo III-B Infracciones Referidas a la Seguridad del Paciente: el incumplimiento de normas de Bioseguridad es considerado como una INFRACCIÓN LEVE, pausable de sanción.

Firma y sello del Evaluador

Firma y sello del Responsable del Servicio

ANEXO 2
"SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS"

I. DEFINICION

El reporte es una metodología a través de la cual se puede detectar y medir cual es el perfil de los eventos adversos en una institución. Los resultados de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de éstos y en qué medida originan atenciones inseguras.

Para que el reporte de eventos adversos, sea útil es necesario que se desarrolle:

- Un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso.
- La definición del mecanismo que difundir las lecciones aprendidas.
- El mecanismo para la implementación de barreras de seguridad.
- Identificación de los procesos inseguros deberán ser diseñados.
- Finalmente, el apoyo institucional (Alta Dirección) a las acciones de mejoramiento.

I. OBJETIVO

Fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.

II. ALCANCE

De aplicación a todos los profesionales de la salud y personal administrativo que trabajen directamente en las áreas asistenciales del Hospital San Juan Bautista Huaral.

III. CONCEPTOS

Evento: Daño o riesgo de daño en un paciente como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos para la atención en salud en los centros asistenciales. El evento incluye errores prevenibles y riesgos o peligros.

Evento Adverso: Daño en el paciente relacionado con la atención de salud y no con las complicaciones inherentes de la enfermedad.

Severidad del Daño:

- El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño.
- No causó daño, pero preciso mayor seguimiento o monitorización.
- Causo daño temporal pero no alargó la hospitalización.
- Causo daño permanente.
- Comprometió la vida del paciente.
- Causo la muerte del 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.

IV. FORMATOS

Se propone comenzar con un formato de notificación (Ficha de Registro) que contiene los siguientes campos: datos del paciente, persona que notifica, suceso, tipo de evento adverso, incidentes, descripción del evento y la identificación en el paciente.

Se notificarán todos los eventos adversos y los incidentes, aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. Existe un formulario específico a tal efecto.

V. ANALISIS Y DIFUSION DE RESULTADOS:

Una vez recibido la notificación la Unidad de Calidad procederá a realizar una evaluación previa para definir la posibilidad de realizar un análisis detallado del evento con el Comité de Seguridad del Paciente y de ser necesario se invitará al personal del servicio involucrado. Los resultados se enviarán el servicio implicado y el área notificante, así como a las direcciones y comités correspondientes.





PERÚ

Ministerio de Salud

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

CODIGO RENIPRESS DEL ESTABLECIMIENTO

7637

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

MICRORED DE SALUD

NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED

RED DE SALUD

RED III HUARAL - CHANCAY

DIRESA/GERESA/DIRIS

LIMA

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLINICA

TIPO DE SEGURO

SEXO DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE10)

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE*

EVENTO ADVERSO**

EVENTO CENTINELA***

* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente

*** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

CATEGORIA

TIPO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO:

Transferir datos de la Ficha a Tabla de Eventos

* Haga clic en botón rojo al finalizar el registro del evento adverso para transferir los datos a la hoja acumulada



ANEXO 3**RM N°1021-2010/MINSA****"GUIA TECNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA"****I. FINALIDAD**

Contribuir a la Seguridad del paciente y la calidad de atención de pacientes quirúrgicos mediante la implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía en el Hospital San Juan Bautista de Huaral.

II. OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

- a) Establecer el procedimiento a seguir en los lineamientos en la verificación de criterios mínimos para la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital San Juan Bautista de Huaral.
- b) Identificar, analizar y planear solución ante prácticas inseguras durante la atención de pacientes quirúrgicos.
- c) Sensibilizar al personal que interviene en la atención de Centro Quirúrgico: Anestesiólogos, Cirujanos Generales, Traumatólogos, Urólogos, Otorrinolaringólogos, Oftalmólogos, Ginecólogos y personal de Enfermería; sobre la importancia de una cirugía segura.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de observancia obligatoria por el personal en general que labora o presta servicio bajo cualquier modalidad en Sala de Operaciones 1 y 2 y el personal de los Departamentos de Anestesiología, Cirugía, Ginecología y Enfermería del Hospital San Juan Bautista Huaral.

IV. DEFINICIONES OPERACIONALES**a) Pausa quirúrgica**

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

b) Barrera de Seguridad

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falta activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

c) Estrategia de cirugía limpia

Incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

d) Estrategia de Anestesia Segura

Presencia de un anestesiólogo entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes.

V. FUNCIONES GENERALES DEL EQUIPO CONDUCTOR:

- Incorporar el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Proceso de atención quirúrgica, con la máxima eficiencia y mínima interrupción.
- Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a la realidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- Identificar a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía correspondiente.
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Remitir información periódica a la Dirección Ejecutiva sobre los avances en el proceso de implementación.
- Retroalimentación de los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



- Plantear propuestas que mejora en consenso con el personal involucrado.
- Difusión de los logros institucionales a nivel Departamento y/o Servicio, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

VI. ACTIVIDADES DEL EQUIPO CONDUCTOR:

- a) Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía:
El Equipo Conductor debe realizar la encuesta y enviar informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- b) Supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar la supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía una vez al mes con visitas inopinadas, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- c) Auditoria de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar la auditoria de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía mensualmente y serán 5 por cada integrante del equipo conductor, donde se evaluará el correcto llenado.
- d) Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar una medición basal trimestral del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.

VII. RESPONSABILIDADES

La aplicación de la presente LVCS es responsabilidad de los jefes de los Departamentos de Anestesiología, Cirugía y Gineco-Obstetricia y la Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico.

VIII. FORMATOS

- Formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Instructivo del Formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

IX. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

El seguimiento del "Plan de la Garantía de la Calidad y Seguridad del Paciente 2023", se realizará en base al cuadro denominado cronograma de actividades y metas del Hospital San Juan Bautista Huaral 2023, con los siguientes formatos:

- "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo Para La Seguridad Del Paciente".
- "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- "Encuesta para Evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"

X. RESPONSABILIDADES

Las Unidades Productoras de Servicios de Salud, el Equipo de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor de Cirugía Segura y la Unidad de Gestión de la Calidad del hospital San Juan Bautista de Huaral son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del presente Plan.





Anexo 2. ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA "LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA"

(R.M. N° 1021-2)

Fecha: (para reporte semestral)

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la Información: Dirección del EESS () Unidad de Calidad (X) Centro Quirúrgico () Ofic Epidemiología () Dpto. Enfermería () Dpto. / Serv. De Cirugía () Otro (especificar)

Nombre y cargo del profesional que informa :

Semestre que informa:

1. En su establecimiento de salud ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía? SI NO

En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

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

3. Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento? SI NO

Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía? SI NO

En caso que respondiera SI, relacionados a :

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

Procesos administrativos como:

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

Otros especificar :

4. Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía? SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?
¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

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

6. Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía? SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el Número de quirófanos presupuestados

8. Indique el Número de quirófanos operativos

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

10. Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas durante: El año pasado El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico? SI NO

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

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

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

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

16. Cuál es el número de cirugías electivas realizadas: El año pasado El primer semestre de este año

17. Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas: El año pasado El primer semestre de este año

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

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

GRACIAS

