



Resolución Directoral

Lima, 20 de marzo del 2025

VISTO:

La NOTA INFORMATIVA N°000008-2025-UGARANTIA/HSR, de fecha 06 de febrero del 2025, emitida por la Unidad de Garantía de la Calidad, NOTA INFORMATIVA N°000066-2025-OGC/HSR, de fecha 17 de febrero del 2025, emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad, INFORME N°000010-2025-UPLANES/HSR, de fecha 21 de febrero del 2025, de la Unidad de Planes, MEMORANDO N°000492-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 24 de febrero del 2025, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, MEMORANDO N°000029-2025-OAJ/HSR, de fecha 03 de marzo del 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica, INFORME N°000018-2025-UPLANES/HSR, de la Unidad de Planes, MEMORANDO N°000601-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de marzo del 2025, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico e INFORME N°000127-2025-OAJ/HSR, de fecha 12 de marzo de 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud N°26842 Perú establece los derechos, deberes y responsabilidades en materia de salud, tanto para los ciudadanos como para las instituciones de salud;

Que, la Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", con el propósito de mejorar la calidad de la atención en las organizaciones proveedores de servicios de salud, mediante la implementación de directrices establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. En este contexto, el "**Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2025**" se fundamenta en estos lineamientos para fortalecer la seguridad en la atención, promoviendo estándares de calidad, gestión del riesgo y mejora continua en los procesos asistenciales, garantizando un entorno seguro para los pacientes y el personal de salud;

Que según Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022 que aprueba la directiva para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud establece los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo a los instrumentos de gestión sectorial e institucional;

Que, con Resolución Directoral N°349-2024-DG-HSR-MINSA, se aprueba el Plan Operativo Institucional de Apertura 2025 del Hospital Santa Rosa, y que es considerado un documento de gestión, donde se establecen lineamientos en el marco de la modernización de la Gestión Pública, para el desarrollo de las actividades programadas del año fiscal;



Que, mediante la Ley N°32185, Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2025, en su artículo 4.2 nos dice que todo acto administrativo, acto de administración o las resoluciones administrativas que autoricen gastos no son eficaces si no cuentan con el crédito presupuestario correspondiente en el presupuesto institucional o condicionan la misma a la asignación de mayores créditos presupuestarios, bajo exclusiva responsabilidad del titular de la entidad, así como del jefe de la Oficina de Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Administración, o los que hagan sus veces, en el marco de lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público;

Que, con Memorando N° 000601-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de marzo del 2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, traslada el Informe Técnico favorable por parte de la Unidad de Planes de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, para la Aprobación del "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2025", el mismo que se encuentra articulado en el "Plan Operativo Institucional 2025" del Hospital Santa Rosa a través de la Oficina de Gestión de la Calidad mediante la actividad programada, la cual busca asegurar la planificación y ejecución de estrategias orientadas a la mejora de la seguridad del paciente, la reducción de eventos adversos y el fortalecimiento de la calidad en la atención, así mismo sus gastos será efectuados a través del centro de costos de la Oficina de la Calidad;

Que, mediante Informe N°000127-2025-OAJ/HSR, la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica opina que resulta jurídicamente viable aprobar el documento denominado "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2025"; toda vez que ésta se ciñe a los lineamientos previstos en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 - Para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud;

Con el visto de la Oficina Ejecutiva Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De conformidad con las facultades conferidas por Resolución Ministerial N° 899-2023/MINSA, de fecha 22 de setiembre de 2023, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado por Resolución Ministerial N° 1022-2007/MNSA de fecha 11 de diciembre de 2007; y Resolución Ministerial N° 026-2023-MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- DEJAR SIN EFECTO la Resolución Directoral N°134-2024-DG-HSR-MINSA de fecha 20 de mayo del 2024, que aprueba el "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2024".

ARTÍCULO 2°.- APROBAR el documento denominado "**PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2025**", el mismo que en anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo.

ARTICULO 3°.- ENCARGAR, a la Oficina de Gestión de la Calidad, efectúen las acciones que correspondan para la implementación del "**Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2025**", aprobado en el artículo segundo de la presente resolución.

ARTÍCULO 4°.- DISPONER que, la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Web Institucional del Hospital Santa Rosa.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



M.C. RAÚL NALVARTE TAMBÍN
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/RMMH/gzv

Distribución:

- ✓ Dirección General.
- ✓ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- ✓ Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Oficina de Estadística e Informática.
- ✓ Archivo.





OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2025

**INDICE**

I.	Introducción	3
II.	Antecedentes	4
III.	Base Legal	6
IV.	Ámbito de Aplicación	8
V.	Finalidad	8
VI.	Objetivos	8
6.1.	Objetivo General	8
6.2.	Objetivos Específicos	8
VII.	Contenido	9
7.1.	Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas)	9
7.2.	Análisis de la Situación Actual del Aspecto Sanitario o administrativo	10
7.2.1.	Población objetivo	11
7.2.2.	Problema	11
7.2.3.	Alternativa de solución	13
7.3.	Articulación Estratégica Institucional	13
7.4.	Articulación Operativa:	13
7.4.1.	Cronograma de Actividades:	13
7.4.2.	Indicador:	17
7.5.	Presupuesto:	18
VIII.	Responsabilidad:	18
IX.	Anexos:	18
X.	Bibliografía	28



“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

I. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países donde la atención en salud es altamente tecnificada, uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud sufre algún daño como consecuencia de la misma (evento adverso). Por ejemplo, se estima que, entre el 7 y 10% de pacientes hospitalizados contrae infecciones relacionadas con la atención de la salud, sin embargo, más del 50% de estas infecciones son prevenibles mediante la adopción de medidas sencillas y de bajo costo, como el lavado de manos.

Los eventos adversos relacionados a la atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios, debido a la creciente complejidad y tecnificación en el tratamiento de los pacientes y a la interacción de factores administrativos y organizativos con factores propios de la formación de los profesionales y factores propios del paciente. Los daños que se pueden ocasionar en el ámbito sanitario y el costo que éstos suponen a los sistemas de salud concitan el interés de múltiples organizaciones internacionales y en todos los países, las instituciones sanitarias vigilan la Seguridad en la atención de la salud.

Los costos por estancia prolongada en los hospitales, la discapacidad generada en los pacientes, los litigios, multas e indemnizaciones generados, la pérdida de la productividad y el impacto en las propias organizaciones de salud, hace imperativo abordar la seguridad del paciente como un tema prioritario.

Entendiéndose por *Seguridad del Paciente* al conjunto de estrategias de Gestión de la calidad asistencial que contribuyen a garantizar una atención más segura. Estas estrategias consisten en la identificación de riesgos y fallas en la atención y en la implantación de medidas de prevención, control de incidentes y mitigación de daños.

Adicionalmente a la implementación de estrategias de prevención y control se requiere también promover investigaciones para mejorar la seguridad y prevenir la aparición de los daños relacionados con la atención de la salud

En ese sentido, la Dirección General del Hospital Santa Rosa y la Oficina de Gestión de la Calidad, como órganos responsables de esta iniciativa, presentan el Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa, que aporta estrategias sencillas y herramientas prácticas que han demostrado ser eficaces en reducir y controlar riesgos y daños, las cuales deberán ser implementadas en los servicios asistenciales, para garantizar la seguridad de los procesos de atención y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la misma.



II. Antecedentes

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa fue creada en el año 2007, desde entonces es el órgano encargado del asesoramiento y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal, y depende de la Dirección General del Hospital.

Según la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” se establecen las líneas de trabajo de las Oficinas de Gestión de la Calidad, tales como: Acreditación, Auditoría, Atención al Usuario, Información para la Calidad, Mejora Continua, Seguridad del Paciente.

Así mismo, de acuerdo al documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud aprobado en el año 2009, se contempla como Octava Política: “Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud” dando pie a la necesidad de elaborar un Documento institucional que abarque lo relacionado a la Seguridad del paciente, tratando de minimizar los riesgos de los pacientes que se derivan de su atención en salud.

De acuerdo a lo antes expuesto se hace necesario la elaboración del Plan de Seguridad del Paciente, la cual es de renovación anual, para este fin se presenta información de las actividades realizadas en el año 2024.

- Se elaboró y ejecuto el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024 aprobado con Resolución Directoral N° 0101-2023-MINSA-HSR-DG, siendo modificado con Resolución Directoral N° 239-2024-DG-HSR-MINSA.
- Se conformó el Equipo Responsable en Gestión de Riesgo para la Atención en el HSR con RD N° 056-2024-DG-HSR-MINSA.
- Se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad con Resolución Directoral N° 021-2024-MINSA-HSR-DG.
- Se elaboró el cronograma de Rondas de Seguridad en el Hospital Santa Rosa siendo aprobado con Resolución Directoral N° 020-2024-MINSA-HSR-DG.
- Se realizó la capacitación en “Seguridad del Paciente” donde se desarrolló los temas de: Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela utilizando el Protocolo de Londres, y Rondas de Seguridad, al personal de reciente ingreso: Residentes, internos de los diferentes Departamentos y Servicios, así como al personal asistencial según

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

solicitud y programación de la actividad, es así que en total se capacitaron a 147 profesionales.

- Se realizó Rondas de Seguridad en los servicios de hospitalización, emergencia, así como en el Centro Quirúrgico y el Centro Obstétrico, permitiendo identificar oportunidades de mejora en la atención de salud de los pacientes, a partir de estas se propusieron acciones de mejora en coordinación con las Jefaturas involucradas, informando a la Dirección y Subdirección de las observaciones, así como del cumplimiento del Plan de Acción de Mejoras Post rondas. (Tabla 1).

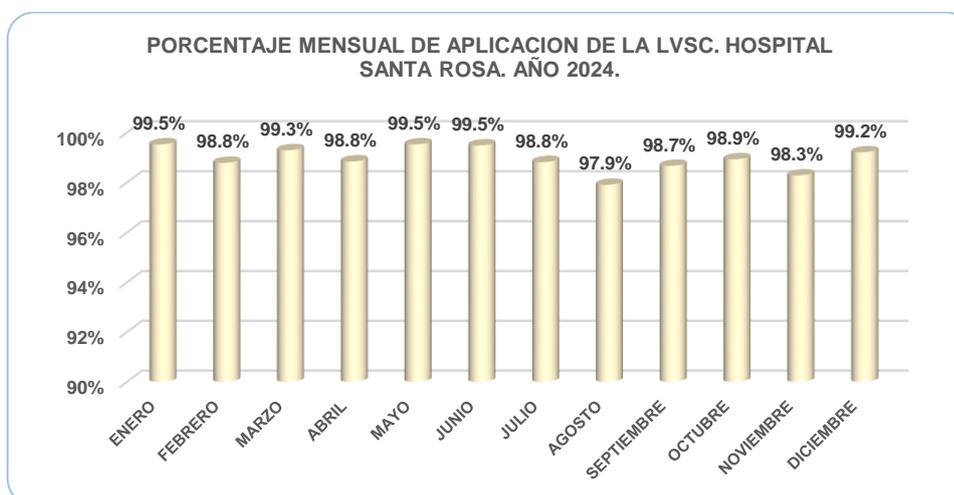
Tabla N° 1: Relación de los Departamentos y Servicios del HSR en los que se realizó Rondas de Seguridad durante el año 2024

N°	DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	RESULTADO	FECHA DE REALIZACIÓN
1	Emergencia	76%	29 de enero
2	Ginecología	70%	19 de febrero
3	Medicina	71%	11 de marzo
4	Medicina Pediátrica	94%	08 de abril
5	UCI neonatal	97%	13 de mayo
6	Centro Quirúrgico	89%	03 de junio
7	Ginecología	79%	15 de julio
8	Cuidados Críticos (Adultos)	91%	12 de agosto
9	Emergencia	77%	09 de septiembre
10	Oncología	81%	14 de octubre
11	Centro Quirúrgico	80%	04 de noviembre
12	Ginecología	84%	02 de diciembre

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Elaboración Propia

- La aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, durante el 2024 estuvo por encima del 97%, siendo la Oficina de Gestión de la Calidad la responsable de monitorear este proceso que es realizado en sala de operaciones (Grafico N° 01).

Grafico N° 01: Porcentaje Mensual de Aplicación de la LVSC - HSR - Enero a Diciembre – 2024.

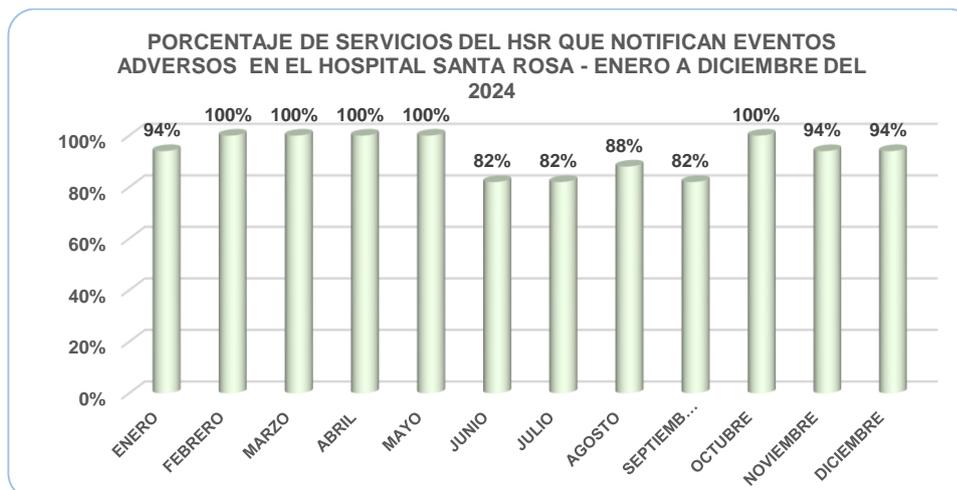


Fuente Oficina de Gestión de la Calidad – Elaboración Propia

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

- El reporte de los eventos adversos por parte de los Servicios Asistenciales estuvo por encima del 80% en todos los meses del año 2024 (Grafico N° 02), sin embargo, algunos departamentos o servicios entregaron información por fuera de la fecha establecida, la Oficina de Gestión de la Calidad se encargó del acopio de la información y el seguimiento de la entrega de esta información.

Grafico N° 02: Porcentaje de Servicios del HSR que Notifican eventos Adversos - Enero a Diciembre – 2024



Fuente Oficina de Gestión de la Calidad – Elaboración Propia

- Se ha verificado el cumplimiento de la directiva de identificación del paciente, monitoreando la aplicación de las medidas destinadas para este fin, es decir, el uso de acrílicos de identificación en la cabecera de las camas de los pacientes, el uso del brazalete blanco de todo paciente hospitalizado o que será sometido a procedimientos o cirugías ambulatorias, así como el uso de brazaletes rojos en los pacientes alérgicos.

III. 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.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA – Se conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente. 10 de febrero del 2006.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”. 30 de mayo del 2006.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. 04 de junio del 2007.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el: “Plan Nacional Concertado de Salud”. 20 de julio del 2007.



“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

- Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA que aprueba el: “Reglamento de organización y Funciones del Hospital Santa Rosa”. 11 de diciembre 2007.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”. 29 de octubre del 2009.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA que aprueba la: “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”. 20 de abril del 2010.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la: “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”. 30 diciembre del 2010.
- 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”. 16 de marzo del 2015.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud”. 14 de abril del 2016.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”. 15 de Julio del 2016.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139.MINSA/2018. DGAIN. “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”. 13 de marzo de 2018.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la 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”. 02 de abril de 2018.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba el documento: “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”. 05 de julio del 2021.
- Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”. 15 de setiembre del 2016.
- Resolución Jefatural N° 764-2016-IGSS que aprueba la Norma Sanitaria N° 009-IGSS/V.1: “Análisis de los Eventos Centinelas en las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPRESS y en las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS del Instituto de Gestión de los Servicios de Salud – IGSS”. 06 de diciembre del 2016.

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

- Resolución Directoral N° 137-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG. “Directiva de Prevención de Caídas del Paciente Hospitalizado del Hospital Santa Rosa”. 12 de mayo del 2014.
- Resolución Directoral N° 168-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG. “Manual de Organización y Funciones de la Oficina de la Gestión de la Calidad”. 05 de junio del 2014.
- Resolución Directoral N° 065-2015-DG-HSR-IGSS. “Directiva de Identificación del Paciente en el Hospital Santa Rosa”. 05 de febrero del 2015.
- Resolución Directoral N° 271-2016-DG-HSR-IGSS. “Directiva para la Adherencia de Higiene de Manos en el Personal Asistencial del Hospital Santa Rosa”. 22 de setiembre del 2016.
- Resolución Directoral N° 172-2018-DG-HSR-MINSA que aprueba la "Directiva que aprueba el Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes del Hospital Santa Rosa". 13 de agosto del 2018.
- Resolución Directoral N° 06-2020-MINSA-HSR-DG. “Directiva de Identificación y Prevención del Riesgo de Suicidio en Usuarios del Hospital Santa Rosa”. 08 de enero del 2020.
- Resolución Directoral N° 349-2024-DG-HSR-MINSA que aprueba el “Plan Operativo Institucional (POI) Apertura 2025 del Hospital Santa Rosa”. 30 de diciembre del 2024.

IV. Ámbito de Aplicación

El presente Plan Anual de Seguridad del Paciente es aplicable en todas las unidades orgánicas asistenciales (UPSS) del Hospital Santa Rosa.

V. Finalidad

El presente plan tiene como finalidad establecer las actividades que el Hospital Santa Rosa desarrollara a lo largo del 2025 en relación a Seguridad del paciente y de esta forma garantizar una atención segura para los pacientes, mediante la adherencia a buenas prácticas de atención en salud, que contribuyan a mitigar los riesgos de presentación de incidentes relacionados con la atención en salud y eventos adversos.

VI. Objetivos

6.1. Objetivo General

Fortalecer la Seguridad de la Atención en Salud en los Servicios Asistenciales del Hospital Santa Rosa durante el año 2025.

6.2. Objetivos Específicos

- 6.2.1.** Establecer las acciones a desarrollar en Seguridad del paciente mediante la elaboración y aprobación del plan específico para el año 2025.

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

- 6.2.2. Implementar acciones para la gestión de riesgos asociadas a la atención en salud en los Servicios Asistenciales durante el año 2025.
- 6.2.3. Implementar acciones para la verificación de la Seguridad de la cirugía en los Servicios Asistenciales quirúrgicos durante el año 2025.
- 6.2.4. Implementar acciones para la correcta identificación del paciente hospitalizado en los Servicios Asistenciales para el año 2025.
- 6.2.5. Establecer actividades para la identificación del riesgo mediante las Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales para el año 2025.
- 6.2.6. Establecer actividades para la Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos para el año 2025.

VII. Contenido

7.1. Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas)

- 7.1.1. **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.¹
- 7.1.2. **Complicación:** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o el curso natural de su enfermedad.
- 7.1.3. **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.¹
- 7.1.4. **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión).²
- 7.1.5. **Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.³
- 7.1.6. **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 salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.³

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

- 7.1.7. 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.³
- 7.1.8. Infección Asociada a la Atención de Salud:** Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.⁴
- 7.1.9. Reacción adversa a medicamentos:** Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.⁵
- 7.1.10. Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.³
- 7.1.11. Ronda 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 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.¹
- 7.1.12. Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.⁶
- 7.1.13. Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.¹

7.2. Análisis de la Situación Actual del Aspecto Sanitario o administrativo

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

7.2.1. Población objetivo

El Hospital es una entidad de Salud sin una población asignada, por lo que el presente plan contempla a todos los pacientes que reciben atención en salud en los diferentes Departamentos y servicios asistenciales del Hospital Santa Rosa.

7.2.2. Problema

¿Las atenciones en salud son totalmente seguras para el paciente?

La respuesta es No, toda atención en salud implica riesgos en la seguridad del paciente, esto quiere decir que toda persona que recibe una atención en salud está expuesta a sufrir algún evento no relacionado al problema de salud por el que acudió a la institución, sino que producto o durante la atención recibida existe la posibilidad de generar situaciones potenciales de agravamiento o nuevos problema de salud diferentes al motivo de consulta (Eventos Adversos), aun así se cuente con la infraestructura, los equipos y el personal altamente capacitado.

Esta situación se presenta en todos los sistemas de salud del mundo, desde los países con mayor equipamiento y recursos hasta los países con las mayores deficiencias, siendo estos últimos los más expuestos, por lo que hace imprescindible generar herramientas de control como son la implementación de medidas destinadas a maximizar la seguridad del paciente, tratando de disminuir el riesgo que implica la atención en salud.

Existen múltiples estudios que sustentan lo indicado en los párrafos precedentes, en la tabla N° 02 se resumen algunos, siendo el más relevante para el Hospital Santa Rosa el estudio IBEAS realizado en el año 2008 ya que nuestra institución fue uno de los participantes, por lo que los resultados de dicho estudio son los resultados de evaluación en nuestro hospital durante ese año.

Causa del problema

Los problemas relacionados a la seguridad del paciente son multifactoriales, por lo que las acciones o medidas a implementar deben estar dirigidas a disminuir estos factores.

James Reason en el año 2000 en su artículo, Human error. Models and management, presenta el modelo del queso suizo, el cual es el más usado para tratar de explicar las causas de ocurrencia de eventos adversos. Ver gráfico N° 03.

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

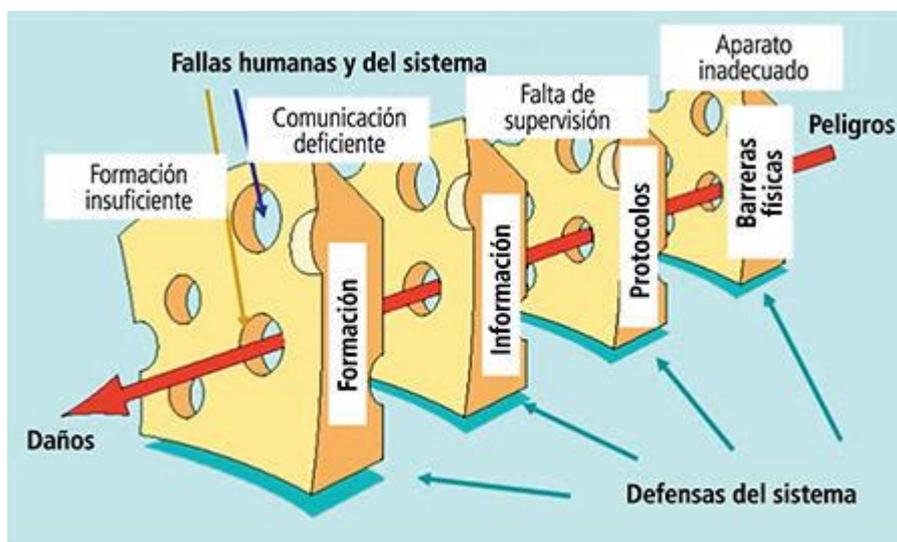
Tabla N° 02: Relación de estudios realizados sobre la ocurrencia de eventos adversos en diferentes países desde el año 1984 al 2008.

ESTUDIO	Autor/año	Número hospitales implicados	Número de pacientes	Porcentaje Eventos Adversos
EE.UU (Nueva York) (Harvard) Estudio de la Práctica Médica	Brennan 1984	51	30.195	3,8
EE.UU(Utah-colorado) (UTCOS)	Thomas 1992	28	14.565	2,9
AUSTRALIA (Calidad Atención Sanitaria) (QAHCS)	Wilson 1992	28	14.179	16,6
REINO UNIDO	Vincent 1999	2	1.014	11,7
DINAMARCA	Schioler 2002	17	1.097	9
NUEVA ZELANDA	Davis 1998	13	6.579	11,3
CANADÁ	Baker 2002	20	3.720	7,5
FRANCIA	Michel 2005	71	8.754	5,1
ESPAÑA	Aranaz 2005	24	5.624	9,3
IBEROAMERICA (IBEAS)	Aranaz/Aibar OMS/AECI-2008	58	11.555	10.5
PERU (IBEAS-PERU)	Aranaz/Equipo Perú 2008	05	2.478	11.6

Fuente: Fuente Oficina de Gestión de la Calidad – Elaboración Propia

Posteriormente tomando como base el modelo antes descrito, se planteó por Sally Taylor-Adams y Charles Vincent, el modelo para el análisis de la causa raíz de la aparición de los eventos adversos en la que se describen factores contributivos, siendo esta conocida como “Protocolo de Londres para el análisis de eventos adversos” siendo actualmente la herramienta de mayor uso para el análisis y determinación de causas, por la rapidez y facilidad de aplicación. (Ver anexo N° 03)

Gráfico N° 03: Modelo del Queso Suizo de James Reason. Año 2000



Fuente: BMJ: Human error. Models and management.

“Año de la Recuperación y Consolidación de la economía peruana”

7.2.3. Alternativa de solución

No existe una solución definitiva, lo que se pretende con el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2025, es implementar medidas y realizar actividades destinadas a la disminución del riesgo que implica la atención en salud.

7.3. Articulación Estratégica Institucional

Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI - HSR

Objetivo Estratégico Institucional (PEI-MINSA)	Acción Estratégica Institucional (PEI-MINSA)	Categoría Presupuestal	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa
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	AEI. 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.	9001 Acciones Centrales	5000003 Gestión Administrativa	Acciones para fortalecer la seguridad de la atención en los servicios asistenciales.

7.4. Articulación Operativa:

7.4.1. Cronograma de Actividades:



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

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO DE LAS UNIDADES O SERVICIOS POR UNIDAD PRODUCTORA.

DEPENDENCIA		: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD											
OBJETIVO GENERAL		: FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL AÑO 2025.																					
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA										PROGRAMACIÓN - META FÍSICA 2025													
OBJETIVO ESPECÍFICO	CAT_PRESP	META /S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	UPS / Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
ESTABLECER LAS ACCIONES A DESARROLLAR EN SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO PARA EL AÑO 2025.	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del plan de seguridad de la Atención en los Servicios Asistenciales.	Plan	Formulación del Plan de Seguridad		28													
IMPLEMENTAR ACCIONES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DURANTE EL AÑO 2025.	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para la gestión de riesgos	RD	Designación del Equipo de Gestores de riesgo del HSR		28													
							Informe	Capacitar a los Gestores de riesgo, internos de las ciencias de la salud, personal asistencial tanto los de reciente incorporación como los continuadores en el Departamento / Servicio, residentes médicos, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente.									31						
							Informe	Capacitar a los Gestores de riesgo, internos de las ciencias de la salud, personal asistencial tanto los de reciente incorporación como los continuadores en el Departamento / Servicio, residentes médicos, referente a la Notificación de Eventos Adversos y análisis de Evento Centinela utilizando el Protocolo de Londres.														31	
							Reporte	Revisar la estructura y el contenido de las propuestas de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los servicios asistenciales, verificando que cumplan con lo indicado en las normas nacionales y estén basados en el conocimiento médico actualizado.			31			30				30			31		



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

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO.

DEPENDENCIA : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																		
OBJETIVO GENERAL : FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL AÑO 2025.																											
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA									PROGRAMACIÓN - META FÍSICA 2025																		
OBJETIVO ESPECÍFICO	CAT_PRESP	META/S. F	ACT_PRESP	ACT_OPER	UPS/ Dependencia	SUB_ACT- OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC							
IMPLEMENTAR ACCIONES PARA LA VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUIRÚRGICOS DURANTE EL AÑO 2025	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para verificación de la Seguridad de la cirugía	RD	Designación del Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HSR.		28																	
							Informe	Evaluar los registros de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en las cirugías programadas y de emergencia.				31				30			30						31		
							Encuesta	Aplicar la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.												30							31
							Informe	Verificar in situ la correcta aplicación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía												31						30	
							Informe	Distribuir las Guías de Seguridad para pacientes con programación quirúrgica del HSR	31	28	31	30	31	30	31	30	31	31	31	30	31	30	31	30	31	30	31
IMPLEMENTAR ACCIONES PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL AÑO 2025	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar actividades para la correcta identificación del paciente en hospitalizado	Reporte	Distribuir en el personal asistencial recientemente incorporado el tríptico elaborado por la OGC sobre el "Uso del brazalete de identificación del paciente"										30									
							Informe	Monitorear el uso del brazalete de identificación del paciente tanto para los datos (blanco) como para alergia (rojo) y su correspondencia con los acrílicos de identificación											31						30		



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

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO.

DEPENDENCIA : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																		
OBJETIVO GENERAL : FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL AÑO 2025.																											
FORMULACIÓN DE ACTIVIDAD OPERATIVA									CRONOGRAMA 2025																		
OBJETIVO ESPECÍFICO	CAT_PRESP	META/S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	UPS / Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC							
ESTABLECER ACTIVIDADES PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO MEDIANTE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL AÑO 2025.	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Identificación del riesgo mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente	RD	Gestionar la conformación del equipo de Rondas de Seguridad mediante Resolución Directoral	31																		
							RD	Gestionar la aprobación del cronograma anual de Rondas de Seguridad	31																		
							Informe	Realizar Rondas de Seguridad del Paciente, según normas vigentes	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	30	31	30	31			
							Informe	Consolidar las medidas de seguridad del paciente implementadas a partir de las observaciones de las rondas de seguridad en los servicios.						30													31
							Informe	Consolidar los informes de monitoreo de Higiene de manos en los servicios asistenciales						30													31
ESTABLECER ACTIVIDADES PARA LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y RESPUESTA FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS PARA EL AÑO 2025.	9001. Acciones Centrales	117	5000003. GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ACCIONES PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	Reporte	Elaborar el reporte de Servicios que notifican Eventos Adversos	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	31						
							Informe	Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos			31			30					30					31			
							Informe	Realizar trimestralmente la divulgación de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de eventos adversos.			31			30						30						31	
							Reporte	Consolidar los informes de Análisis de Evento Centinela mediante el Protocolo de Londres que se realizan en el Hospital Santa Rosa.			31			30						30						31	



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

7.4.2. **Indicador:**

Indicador de Proceso: se identifica con la letra “a”.

Indicadores de Convenio de Gestión y compromisos de mejora se identifica con la letra “b”.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL CALCULO	LINEA BASE	VALOR ESPERADO	SEGUIMIENTO / EVALUACION	FUENTE	RESPONSABLE
Fortalecer la Seguridad de la Atención en los Servicios.	Establecer las acciones a desarrollar en Seguridad del paciente mediante la elaboración y aprobación del plan específico para el año 2025.	Plan anual de Seguridad aprobado (a)	Número de planes presentados y aprobados mediante resolución directoral	1	1	Anual	Resolución Directoral de aprobación de Plan	Unidad de Garantía de la Calidad
	Implementar acciones para la gestión de riesgos asociadas a la atención en salud en los Servicios Asistenciales durante el año 2025.	Porcentaje de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los servicios asistenciales (a)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los servicios asistenciales solicitados para revisión por la OGC}}{\text{N}^\circ \text{ de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los servicios asistenciales revisados por la OGC y devueltos para continuar con el proceso de aprobación.}}$	80%	100%	Trimestral	Informe de Revisión de Guías de Práctica Clínica, directivas y otros formatos de los Servicios Asistenciales	Unidad de Garantía de la Calidad
	Implementar acciones para la verificación de la Seguridad de la cirugía en los Servicios Asistenciales quirúrgicos durante el año 2025.	Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) (a)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de LVSC aplicadas en las cirugías del HSR en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Cirugías realizadas en el HSR en el mes}} \times 100$	95%	100%	Trimestral	Informe de la Aplicación de la LVSC en el HSR	Unidad de Garantía de la Calidad
	Implementar acciones para la correcta identificación del paciente hospitalizado en los Servicios Asistenciales para el año 2025.	Porcentaje de pacientes hospitalizados correctamente identificados (a)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados correctamente identificados}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes hospitalizados en los servicios asistenciales}}$	95%	100%	Semestral	Informe de Verificación del Cumplimiento del uso de Identificadores de los pacientes en el HSR	Unidad de Garantía de la Calidad
	Establecer actividades para la identificación del riesgo mediante las Rondas de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales para el año 2025.	Porcentaje de Rondas de seguridad realizadas (b)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas para el periodo evaluado}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de seguridad ejecutas en el periodo evaluado}} \times 100$	100%	100%	semestral	Informe de cumplimiento de Rondas de Seguridad	Unidad de Garantía de la Calidad
	Establecer actividades para la Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos	Porcentaje de Servicios que reportan Eventos Adversos (a)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Dptos./Servicios que reportan Eventos Adversos en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ de Dptos./Servicios que deben reportar Eventos Adversos en el mes}}$	80%	100%	Mensual	Reporte de Eventos Adversos	Unidad de Garantía de la Calidad



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

7.5. Presupuesto:

Para conseguir resultados favorables las actividades del presente plan serán financiados, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal del hospital.

DEPENDENCIA: HOSPITAL SANTA ROSA		CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD				
OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD OPERATIVA:						
CAT_PRESP	META/S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	FUENTE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR DE GASTO	TOTAL S/.
9001 Acciones Centrales	117	5000003 Gestión Administrativa	Acciones para fortalecer la Seguridad de la atención en los servicios	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 467.40
				TOTAL - Actividad Operativa.		S/ 467.40
TOTAL - Actividad Presupuestal						S/ 467.40

VIII. Responsabilidad:

1. Unidad de la Garantía de la Calidad.
2. Jefatura de Gestión de la Calidad
3. Jefaturas de los Departamentos / Servicios Asistenciales.
4. Dirección General.

IX. Anexos:



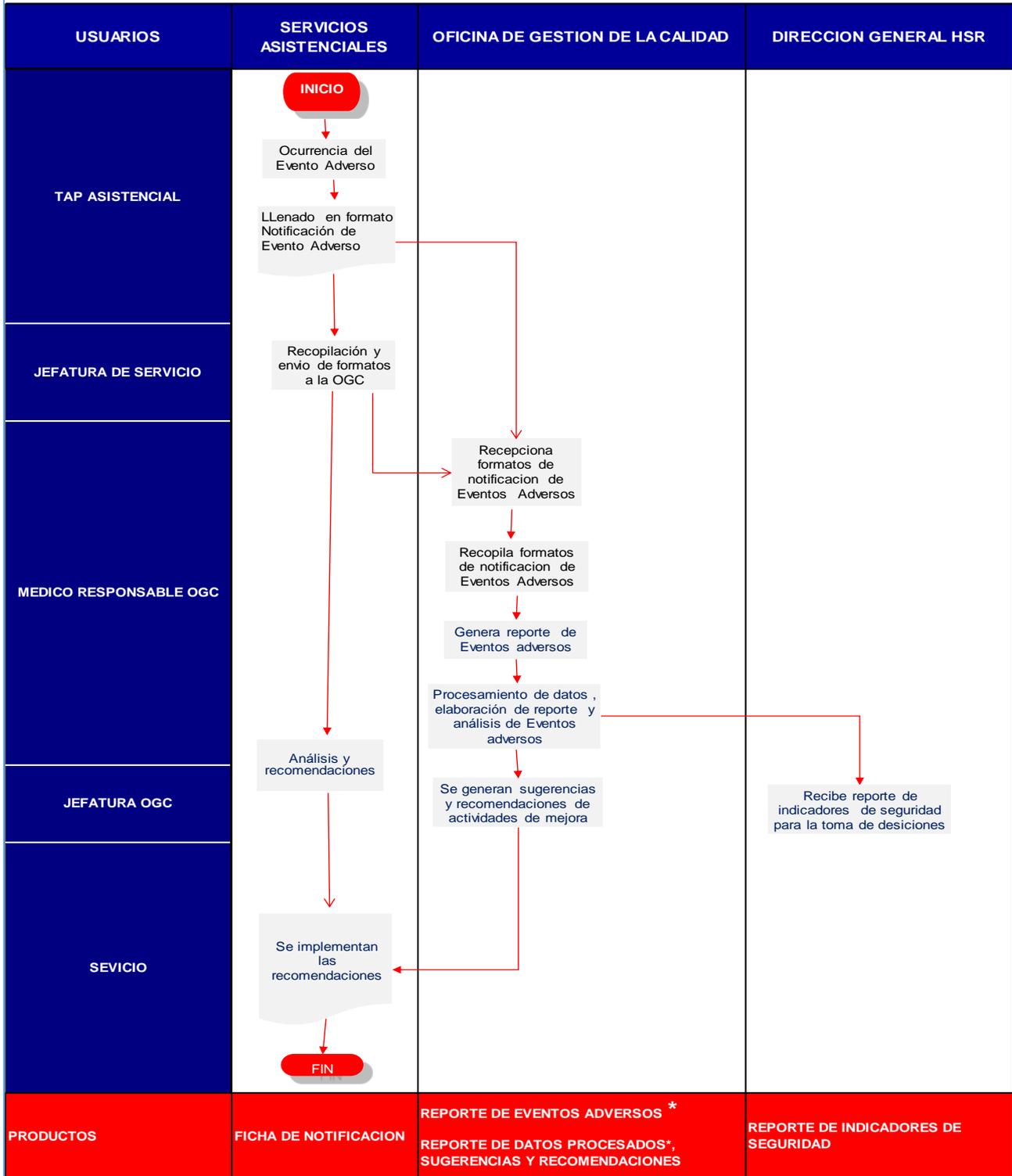
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Anexo 1: Diagrama Global de Procesos de la Notificación de incidentes y eventos adversos



DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESO DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Nombre del Proceso: IMPLEMENTACION DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Nombre del Subproceso: NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Nombre del Procedimiento: NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



*DE CARÁCTER CONFIDENCIAL



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

Anexo 2: Resolución del Ficha de registro de incidentes, eventos adversos y eventos Centinelas en el HSR:

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SANTA ROSA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Nº 298-2017
DG HSR-MINSA

Resolución Directoral

Lima, 19 de JUNIO del 2017

VISTO:

EL INFORME N°027-2017-HSR-OEPE/MINSA-UO, de fecha 16 de Junio del 2017 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite la actualización del formato de Notificación de "Registro de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas" de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Santa Rosa".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA de fecha 11 de Diciembre del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa;

Que, mediante Resolución Jefatural N°631-2018/IGSS, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas";

Que, mediante Nota Informativa N°0106-2017-MINSA-HSR-OGC, La Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico la actualización del formato de Notificación de "Registro de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas" para su revisión y aprobación;

Que, en base a la Resolución Directoral N°0207-2009-SA-DS-HSR-OEPE/DG, de fecha 11 de Mayo del 2009 La Oficina de Gestión de la Calidad, establece la actualización del formato de Notificación de "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas";

Que, habiéndose evaluado el documento en mención, el mismo que tiene como objetivo, actualizar el encabezado del formato de Notificación del "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas"; con el logo actual del MINSA y denominación Hospital Santa Rosa – Gestión de la Calidad;

Que, mediante Informe de visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico eleva a la Dirección General la actualización del formato de Notificación denominado "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas", a efectos que se apruebe y aplique por la Oficina de Gestión de la Calidad; del Hospital Santa Rosa;







"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PERÚ		Ministerio de Salud		Hospital Santa Rosa		Oficina de Gestión De la Calidad	
FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS							
SERVICIO DE OCURRENCIA				FECHA DE NOTIFICACIÓN			
N° DE HISTORIA CLÍNICA				EDAD			
DIAGNÓSTICO DE INGRESO				SEXO			
ESTADO DEL INGRESO				DIAS DE ESTANCÍA			
SEÑAL MEJORADO		AUDITORIA		SEVERIDAD		INCIDENTE (*)	
CON SEQUELA		SEÑAL LLENADO POR JEFATURA				EVENTO ADVERSO(**)	
FALLECIDO		SI / NO				EVENTO CENTINELA(***)	
* En 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 trauma de fondo del paciente							
***Es un evento adverso que produce la muerte, lesión físico-psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función							
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		GENERALES			GINECO OBSTETRICIA		
Infecciones debidas a los cuidados sanitarios (IAAS)		Reacción alérgica			Desgarro perineal		
Infecciones causadas por ventilación artificial		Reacción adversa a medicamento (RAM)			Desgarro vaginal		
Infecciones después de 3 días de hospitalización. (IAAS)		Daño por error de identificación del paciente			Desgarro cervical		
Infecciones de heridas limpias (IAAS)		Error en la medicación (prescripción, dispensación, administración)			Perforación Uterina		
Infección de sitio quirúrgico		Caída del paciente			Muerte Fetal en gestante hospitalizada / Intercuro		
Endometritis		Lesión de vasos fuera de laparoscopia			Óbito Fetal en gestante controlada		
Infección de Torax con sangrado		Extravasación de vía endovenosa			Histerectomía post partu/por cesárea por manejo inadecuado.		
Infección por catéter urinario		Hematomas por vaso punción fallida			Rotura uterina en trabajo de parto		
CIRUGÍA		Complicación por diagnóstico erróneo			Fractura de clavícula		
Lesión de órgano durante procedimiento quirúrgico		Daño por error de identificación del paciente			Otro trauma obstétrico		
Deficiencia de anastomosis en paciente nutricional		Fuga de Paciente			Desgarro de segmento		
Difundibilidad de estoma y anastomosis		Dolor no mitigado			Muerte Materna evitable		
Demora en la atención quirúrgica		Sangrado post colocación de catéter vesical			Muerte insuficiente en PAP		
Eventración abdominal		Muerte o agravamiento por insuficiencia respiratoria			Lesión vesical en cirugía Gineco-obstétrica		
Consolidación ósea defectuosa por mal alineamiento		Administración inadecuada de dieta			Fiebre recto - vaginal post quirúrgico		
Embolia pulmonar post operatoria		Daño en paciente que requiere traslado no planificado o LCI			Fiebre Vesico - vaginal post quirúrgico		
Frenobiosis venosa profunda post operatoria		Ulceras por decúbito			Deficiencia de epitelización		
Error de sitio quirúrgico		Agravamiento / muerte del paciente por demora en la atención.			Ligadura de cuerdas durante cirugía		
Óvulo de cuerpo extraño en el curso de la intervención		Agravamiento/ muerte del paciente por demora en la referencia.			PEDIATRIA		
Hemorragia interna post quirúrgica		Daño por error en la identificación del paciente			Cálculo del páncreas		
Perforación de víscera fuera de abordaje con trocar		Descompensación durante traslado del paciente			Neumotórax aspirativo		
Óvulo de pieza quirúrgica en sitio quirúrgico		NUTRICIÓN			Punción lumbar fuera		
ONCOLOGÍA		Intoxicación alimentaria en pacientes hospitalizados			Cefalea post punción lumbar		
Extravasación de quimioterapia (parenteral) / Extravasación de Citostáticos		Daño por error de identificación de dieta de paciente			Rotura accidental del catéter		



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

Anexo 3: Esquema de Clasificación de los factores contribuyentes para el análisis de eventos adverso utilizando el protocolo de Londres.

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

National Patient Safety Agency (NPSA) – National Health Service (NHS)
Reino Unido

A LA HORA DE ASIGNAR UNA CAUSA EN EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, DEBERA CODIFICARSE SEGÚN LAS TABLAS QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN

FP FACTORES DE PACIENTE: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.

FI FACTORES INDIVIDUALES: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

FT FACTORES DE TAREA: Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN: Aspectos relacionados con cualquier aspecto de la comunicación (oral, escrita o no-verbal) que afecte a la realización de las tareas o al desempeño de las funciones.

FSE FACTORES SOCIALES Y DE EQUIPO: Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

FFE FACTORES DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

FER FACTORES DE EQUIPAMIENTO Y RECURSOS: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la pensión al error.

CT CONDICIONES DE TRABAJO: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente,...

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos. La agrupación de los factores contribuyentes en un sistema de clasificación es importante por numerosas razones. Primeramente proporciona un marco para el análisis y un nivel de



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

consistencia que de otra forma sería difícil de encontrar. En segundo lugar, el uso de un marco estandarizado proporciona la oportunidad de recoger y agrupar datos dispersos de una manera consistente. Estos pueden ser luego analizados tanto a nivel micro como macro, para identificar los aspectos que han de ser tenidos en cuenta en el trabajo de mejora y para proporcionar las soluciones previstas para mejorar la seguridad del paciente. Por ej: si un aspecto recurrente en su Sistema de Incidentes en la Seguridad del Paciente es – “fracaso en el seguimiento de los procedimientos/protocolos porque están desfasados, o lejos de los procesos y las prácticas actuales” – como organización debe saber que existe un aspecto de gestión organizativo que necesita ser “arreglado”.

Para cada uno de los factores contributivos identificados será necesario considerar si el aspecto es causante o influyente.

FACTORES INFLUYENTES: Un factor influyente es algo que influye en la ocurrencia o el resultado de un evento adverso. En general el evento adverso habría sucedido en cualquier caso, y la eliminación de la influencia puede no prevenir la ocurrencia del evento; pero generalmente mejorará la seguridad del sistema.

FACTORES CAUSANTES: Un factor causante es algo que provoca directamente el evento adverso. La eliminación de estos factores conllevará bien la desaparición del evento adverso o la reducción de posibilidades de ocurrencia en el futuro. Los factores causales suelen estar íntimamente ligados al evento adverso estudiado.

Hay numerosas formas de organizar la información de los factores identificados en este paso del análisis de incidentes (diagramas de Espina de Pez y representaciones tabulares) para ayudar en este proceso.

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

FI FACTORES INDIVIDUALES

FACTORES INDIVIDUALES	COMPONENTES
FI1 Aspectos físicos	FI11 Salud general, problemas de (ej.: nutrición, dieta, ejercicio, forma física,...) FI12 Discapacidades físicas (ej.: problemas de visión, dislexia,...) FI13 Fatiga
FI2 Aspectos psicológicos	FI21 Stress (ej.: distracción / preocupación) FI22 Enfermedades de salud mental específicas (ej: depresión) FI23 Impedimentos mentales (ej.: enfermedad, drogas, alcohol, dolor) FI24 Falta de Motivación (ej.: aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral) FI25 Factores cognitivos (ej.: falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)
FI3 Aspectos sociales	FI31 Problemas domésticos / Modo de vida inadecuado
FI4 Aspectos de personalidad	FI41 Baja autoestima/ autoestima demasiado alta FI43 Gregario/ interactivo, solitario FI43 Evita riesgos/ tendencia por los riesgos

FES FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES

FACTORES DE EQUIPO	COMPONENTES
FES1 Congruencia de Rol o función	FES1 No están las funciones, definiciones del rol perfectamente entendidas FES1 No están los roles, funciones claramente definidos
FES2 Liderazgo	FES21 No hay liderazgo efectivo – clínicamente FES22 No hay liderazgo efectivo – administrativamente FES23 El líder no puede dirigir FES24 Las responsabilidades del líder no están claras y/o entendidas FES25 El líder no es respetado
FES3 Apoyo y factores culturales	FES31 No existen mecanismos de apoyo para los trabajadores FES32 Reacción inadecuada del equipo frente a incidentes de seguridad del paciente FES33 Reacción inadecuada del equipo frente a conflictos FES34 Reacción inadecuada del equipo frente a recién llegados FES35 Equipo no abierto no receptivo

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN

FACTORES DE COMUNICACIÓN	COMPONENTES
FC1 Comunicación verbal	FC11 Órdenes / indicaciones verbales ambiguas FC12 Tono de voz y forma de expresión inapropiada a la situación FC13 Uso incorrecto del lenguaje FC14 Dirigido a la(s) persona(s) inadecuada(s) FC15 No se usan los canales de comunicación establecidos, reconocidos (ej: jefe de servicio)
FC2 Comunicación escrita, registros	FC21 Los registros e informes son difíciles de leer FC22 Los datos importantes no se guardan juntos ni están fácilmente accesibles cuando se necesitan FC23 Los datos están incompletos o no actualizados? (ej: disponibilidad de historial clínico, valoración de los riesgos para el paciente,...) FC24 Las circulares no llegan a todos los miembros del equipo FC25 Los comunicados no se dirigen a las personas adecuadas
FC3 Comunicación no verbal	FC31 Aspectos de lenguaje corporal (cerrado, disperso, agresivo, cara severa,...)

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

FT FACTORES LIGADOS A TAREA

FACTORES DE TAREA	COMPONENTES
FT1 Guías, Protocolos, políticas y procedimientos	FT11 No actualizadas FT12 No disponible y inaccesible FT13 No inteligible ni usable FT14 Inadecuado: no claro, ambiguo; incorrecto; contenido complejo FT15 Desfasado, no disponible o ilocalizable, no realista; inexistente FT16 No cumplir las, no seguir las FT17 Dirigidas a personal inadecuado (ej: destinadas a una audiencia inadecuada)
FT2 Ayudas a la toma de decisiones	FT21 Falta de disponibilidad de ayudas, “check list” (herramientas de valoración de riesgos, informáticas, fax para permitir la valoración a distancia de resultados) FT22 Dificil acceso a especialistas y personal con mayor experiencia FT23 Dificil acceso a gráficos y diagramas o mapas FT24 Información incompleta – resultados de análisis, historial clínico...
FT3 Diseño de procedimientos o tareas	FT31 Las guías, protocolos no pueden llevarse a cabo por falta de tiempo FT32 El personal no está de acuerdo con el diseño de tareas , procedimientos y/o protocolos FT33 Con realismo, no todos los pasos de las tareas se pueden llevar a cabo

FFE FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	COMPONENTES
FFE1 Competencia de la formación o entrenamiento	FFE11 Falta de conocimientos adecuados FFE12 Destrezas inadecuadas FFE13 Tiempo de experiencia corto, falta de tiempo FFE14 Calidad de la experiencia no apropiada FFE15 Desconocimiento de la tarea FFE16 Evaluación y valoración inadecuadas
FFE2 Supervisión de la formación o entrenamiento	FFE21 No hay una supervisión adecuada FFE22 No disponibilidad de monitores FFE23 No adecuación de los monitores
FFE3 Disponibilidad / Accesibilidad de la formación o entrenamiento	FFE31 Falta de formación en el propio trabajo FFE32 Falta de formación en Emergencias FFE33 Falta de formación en trabajo en equipo FFE34 Falta de formación Básica FFE35 Falta de cursos de actualización
FFE4 Conveniencia de la formación o entrenamiento	FFE41 Contenidos incorrectos FFE42 Destinatarios incorrectos o sin destinatarios FFE43 Forma de expresión inadecuada FFE44 Horario inadecuado



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

FER FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS

EQUIPAMIENTO	COMPONENTES
FER1 Monitores de aparatos	FER11 Información incorrecta FER12 Información inconsistente y/o poco clara FER13 Información ilegible FER14 Con interferencias
FER2 Funcionamiento/ Fiabilidad	FER21 Funcionamiento incorrecto FER22 Tamaño inadecuado FER23 No fiabilidad FER24 Especificaciones de seguridad no efectivas FER25 Programa de mantenimiento inadecuado
FER3 Situación	FER31 Situación o lugar incorrectos para el uso FER32 Almacenamiento adecuado Usabilidad
FER4 Usabilidad/ utilización	FER41 Controles no claros FER42 Manual de usuario inadecuado FER43 Equipamiento no familiar FER44 Nuevo equipo no utilizable. Necesidad de nuevo equipo FER45 Falta de estandarización

CT CONDICIONES DE TRABAJO

FACTORES DE AMBIENTE DE TRABAJO	COMPONENTES
CT1 Factores administrativos	CT11 Ineficiencia en general de los sistemas administrativos ej: nivel de confianza CT12 Forma inadecuada de requerir datos médicos CT13 Forma incorrecta de encargar medicamentos CT14 No confianza en el apoyo administrativo
CT2 Diseño del entorno físico	CT21 Diseño inadecuado de oficinas: sillas de ordenador, altura de mesas, pantallas anti-reflejos, pantallas de seguridad, botones anti-pánico, situación de archivadores, lugares de almacenamiento,... CT22 Diseño de zona incorrecto: longitud, forma, visibilidad, espacioso, estrecho,...
CT3 Entorno	CT31 Aspectos domésticos – limpieza inadecuada CT32 Temperatura inadecuada CT33 Iluminación deficiente CT34 Nivel de ruidos excesivo
CT4 Plantilla	CT41 Habilidades o destrezas no adecuadas CT42 Ratio inadecuado del personal/ paciente CT43 Valoración inadecuada de la carga de trabajo CT44 No hay Liderazgo CT45 Uso excesivo de personal temporal CT46 No permanencia de la plantilla / rotación excesiva de plantilla
CT5 Carga de trabajo/ horas de trabajo	CT51 Fatiga ligada a los turnos de trabajo CT52 Sin descansos entre horas de trabajos CT53 Ratio personal/ paciente inapropiado CT54 Tareas ajenas CT55 Sin esparcimiento social, descanso o tiempo de recuperación
CT6 Tiempo	CT61 Retrasos debidos a fallos del sistema o de diseño CT62 Presión de tiempo



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

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS

FACTORES ORGANIZATIVOS	COMPONENTES
FOE1 Estructura organizativa	FOE11 No existe estructura jerárquica, conduce a discusiones, problemas no compartidos,... FOE12 No hay responsabilidades claramente delimitadas FOE13 Modelo administrativo frente a modelo clínico
FOE2 Prioridades	FOE21 No Orientadas hacia la seguridad de paciente FOE22 No orientadas a evaluación externa FOE23 Enfocadas en exceso al balance financiero
FOE1 Riesgos externos	FOE11 Ausencia/inadecuación de política de subcontratación/externalización FOE32 Subcontratas con responsabilidad no delegada FOE33 Arrendamiento, subcontratas inadecuadas de equipos
FOE4 Cultura de Seguridad	FOE41 Balance inadecuado seguridad / Eficiencia FOE42 No se siguen de las reglas FOE43 Términos y condiciones inadecuadas en los contratos FOE44 No hay liderazgo basado en el ejemplo (ej: no hay evidencia visible de compromiso con la seguridad del paciente) FOE45 Cultura no abierta, falta de concienciación

FP FACTORES DE LOS PACIENTES

FACTORES DE LOS PACIENTES	COMPONENTES
FP1 Condición clínica	FP11 Comorbilidad pre-existente FP12 Complejidad del estado del paciente FP13 Gravedad/Severidad del estado del paciente FP14 Difícil de tratar clínicamente
FP2 Factores sociales	FP21 Cultura / Creencia religiosa que dificulten la condición FP22 Hábitos nocivos, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...) FP23 Idioma diferente o no comprensible FP24 Bajo nivel económico (miseria) FP25 No existencia de redes de apoyo
FP3 Factores físicos	FP31 Estado físico – malnutrición, problemas de sueño
FP4 Factores mentales y psicológicos	FP41 Motivación (agenda, incentivos) FP42 Stress (presión familiar, financiera, ...) FP43 Presencia de desorden mental FP44 Trauma
FP5 Relaciones interpersonales no adecuadas	FP51 Personal a paciente y paciente a personal FP52 Paciente a paciente FP53 Entre familia – parientes, padres, hijos



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

X. Bibliografía

1. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la 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”
2. National Quality Forum. Patient Safety Terms and Definitions. 2009.
3. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”. 15 de Julio del 2016.
4. Lineamientos Nacionales para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Dirección General de Epidemiología. 2015.
5. R.D. N° 1308-2005-DG-DIGEMID/MINSA, que aprueba la Guía de Farmacovigilancia Intensiva a Medicamentos estratégicos y sus anexos.
6. Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS que aprueba la Norma Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”. 15 de setiembre del 2016.