



RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán, 08 ABR 2024

VISTO:

El expediente N°005861-2024, que contiene la Nota Informativa N° 0039-2024-UPE/HH, emitido por el Jefe de la Unidad de Planeamiento Estratégico; la Nota Informativa N°213-2024-ETGC-D/HH, emitido por la Coordinadora del E.T. de Gestión de la Calidad; y,

CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; así también establece como uno de sus componentes, la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos la Seguridad del Paciente con herramientas prácticas para hacer más seguro los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, a través de la Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, se aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud, que tiene por objeto establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud en el Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, se aprueba la Guía Técnica: "Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a la implementación del sistema de gestión de calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el artículo 9° - Garantía de Calidad y Seguridad de la Atención establece que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, mediante Nota Informativa N°213-2024-ETGC-D/HH, la Coordinadora del E.T. de Gestión de la Calidad, solicita opinión en atención al "Plan de Seguridad del Paciente 2024";

Que, mediante Nota Informativa N°0039-2024-UPE/HH, el Jefe de la Unidad de Planeamiento Estratégico, solicita aprobación a través de acto resolutivo del "Plan de Seguridad del Paciente 2024". Asimismo, remite formato de Pre-Aprobación N°021-2024, en donde el E.T. de Planeamiento considera pertinente y viable su aprobación con acto resolutivo, del mismo modo el E.T. de Presupuesto concluye que el Plan será atendido con ajuste a la disponibilidad presupuestal del presente año fiscal 2024;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Jefe de Unidad de Planeamiento Estratégico;

Que, el art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Huaycán aprobado por Resolución Ministerial N° 190 2004/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentran, la de expedir actos resolucivos en asuntos que sean de su competencia;

Con el visto de la Unidad de Planeamiento Estratégico, el E.T. de Gestión de Calidad y el E.T. de Asesoría Legal del Hospital de Huaycán;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Huaycán aprobado mediante Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA y Resolución Ministerial N° 155-2024/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - **APROBAR** el "Plan de Seguridad del Paciente 2024"; del Hospital de Huaycán, conforme los fundamentos que anteceden, que forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - **DISPONER** la implementación del Plan de Seguridad del Paciente 2024, por parte de la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, a partir de la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO. - **DISPONER** que la Unidad de Planeamiento Estratégico realice el monitoreo, supervisión y evaluación del plan descrito en el artículo primero; asimismo, debe de informar a la Dirección del Hospital sobre los avances y resultados.

ARTÍCULO CUARTO. - **ENCARGAR** al Equipo de Trabajo de Comunicaciones e Imagen Institucional la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital de Huaycán.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

**MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL DE HUAYCÁN

M.C. JUAN GERARDO ORIUNDO VERASTEGUI
CMP. 055157
DIRECTOR

JGOV/jway
DISTRIBUCIÓN
() Dirección
() U. Administración
() E.T. Gestión de Calidad
() E.T. Asesoría Legal
() U. Planeamiento Estratégico
() E.T. Comunicaciones

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024

Hospital de Huaycán

E.T. de Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

HOSPITAL DE HUAYCAN

DIRECCION

MC JUAN GERARDO ORIUNDO VERASTEGUI

Coord. E.T. de Gestión de la Calidad

Lic. IRMA CONDOR CAMPOS

Equipo Responsable

Dr. RONCEROS ARIZAGA MARCOS LEVIS

Lic. CONDOR CAMPOS IRMA

Tec. Adm. ZAPATA PARE ANYELINA RUBY

Tec. Adm. PACHECO LOPEZ VALERIA ALEXANDRA

Año



Plan de Seguridad del Paciente 2024





I. DATOS GENERALES

- a. Entidad : MINISTERIO DE SALUD
- b. Dependencia : HOSPITAL DE HUAYCAN
- c. Lugar : Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B"
- d. Centro de costo : Dirección
- e. Equipo de trabajo : E.T. Gestión de la Calidad
- f. Categoría presupuestal : 9001. Acciones Centrales
- g. Producto presupuestal : 3999999. Sin Producto
- h. Actividad presupuestal : 5000003. Gestion Administrativa
- i. Sub-finalidad /tarea : 0007981. Acciones del Sistema de Gestión de la Calidad
- j. Tiempo de duración : 1 año
- k. Director : M.C. Juan Gerardo Oriundo Verastegui
- l. Jefe de unidad orgánica : M.C. Juan Gerardo Oriundo Verastegui
- m. Coordinador de E. T. : Lic. Enf. Irma Condor Campos
- n. Beneficiarios : Usuarios externos del Hospital de Huaycán

II. INTRODUCCION

El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, en un contexto en el que los sistemas de salud deben funcionar en circunstancias cada vez más complejas. Si bien los nuevos modelos de tratamiento, tecnologías y atención pueden ofrecer amplias posibilidades terapéuticas, cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura.

La situación señalada convierte a la seguridad del paciente – durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad – como un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva para garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

En ese sentido, la seguridad del paciente tiene como objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. La piedra angular para lograr dicho objetivo es la mejora continua, basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

Por ello, el Hospital de Huaycán, a través de su Equipo Técnico de Gestión de la Calidad, propone el presente Plan de Seguridad y Salud del Paciente 2024, el cual propone un conjunto de actividades orientadas a lograr un entorno hospitalario a prueba de errores, en el que los sistemas, los procesos y tareas estén bien diseñados, centrándonos en los sistemas que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, propiciando un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad.



Plan de Seguridad del Paciente 2024





El presente plan incluye actividades y metas orientadas a lograr la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud en el Hospital de Huaycán, mediante el fortalecimiento de una cultura de seguridad que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de su atención. Ello se plantea la promoción y fortalecimiento de la Higiene de Manos, las Rondas de Seguridad del Paciente, la aplicación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía y el Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

III. BASE LEGAL

1. Ley N.º 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N.º 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley N.º 29414, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".
4. Decreto Legislativo N.º 1161, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
5. Decreto Supremo N.º 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Decreto Supremo N.º 008-2017/SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
7. Resolución Ministerial N.º 1472-2002-SA/DM, "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
8. Resolución Ministerial N.º 452-2003-SA/DM, "Manual de Aislamiento Hospitalario".
9. Resolución Ministerial N.º 753 - 2004/MINSA, "Norma técnica de Prevención y Control de las infecciones Intrahospitalarias".
10. Resolución Ministerial N.º 489-2005/MINSA, "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".
11. Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
12. Resolución Ministerial N.º 523-2007/MINSA, "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".
13. Resolución Ministerial N.º 184-2009/MINSA, "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias".
14. Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud".
15. Resolución Ministerial N.º 308-2010/MINSA, "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía".
16. Resolución Ministerial N.º 1021-2010-MINSA, "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
17. Resolución Ministerial N.º 372-2011/MINSA, "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
18. Resolución Ministerial N.º 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
19. Resolución Ministerial N.º 095/2012/MINSA, "Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad".
20. Resolución Ministerial N.º 773-2012/MINSA, "Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como práctica Saludable en el Perú.





21. Resolución Ministerial N.º 660-2014/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
22. Resolución Ministerial N.º 168-2015/MINSA, "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
23. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
24. Resolución Ministerial N.º 414-2015/MINSA, "Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
25. Resolución Ministerial N.º 255-2016/MINSA, "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
26. Resolución Ministerial N.º 1295-2018/MINSA, "Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
27. Resolución Ministerial N.º 163-2020-MINSA, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
28. Resolución Jefatural N.º 631-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N.º 005-IGSS/V.01, "Sistema de Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
29. Resolución Jefatural N.º 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N.º 009-IGSS/V.01, "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
30. Resolución Directoral N.º 00138-2005-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ, otorga la Categoría II-1 "Hospital de Baja Complejidad Huaycán".
31. Resolución Directoral N.º 54 -2024 -D-HH-MINSA, Reconforma el Equipo Conductor de Rondas de Seguridad 2024 del Hospital de Huaycán.
32. Resolución Directoral N.º 19 -2024 -D-HH-MINSA, Ratifica el Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2024 del Hospital de Huaycán.
33. Resolución Directoral N.º 22 -2023 -D-HH-MINSA, Reconforma el Equipo Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por Turno Quirúrgico para el periodo 2023 del Hospital de Huaycán.

IV. MARCO TEÓRICO

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.

Para brindar una atención sanitaria segura al paciente, se debe reducir al mínimo el riesgo que ello implica, entendiéndolo como el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

La 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 obtienen los resultados esperados.





La gestión del riesgo busca:

1. Evitar las **acciones inseguras**, es decir, aquellas conductas que ocurren durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo.
2. Evitar los **incidentes relacionados con la seguridad del paciente**, es decir, aquellos sucesos imprevistos y no intencionales durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.
3. Reducir al mínimo los **eventos adversos**, es decir, las lesiones o resultados indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud, debido a errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente, especialmente aquellos que producen 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 del paciente, es decir, un **evento centinela**.
4. Reducir al mínimo las **Infecciones Asociada a la Atención de Salud – IAAS**, es decir, aquella condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria.

Para ello, es necesario:

1. Identificar, analizar y evaluar el riesgo - **apreciación del riesgo**.
2. Adoptar **acciones de mejora**, mediante un conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos, con el fin de **prevenir el riesgo**, adoptando medidas orientadas a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo, modificando el sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable. Para ello es necesario implementar entre otras medidas, las siguientes:
 - a. **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.
 - b. **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.
 - c. **Lista de verificación de la seguridad de la cirugía**: Es una herramienta que se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas, reduciendo así cualquier evento adverso que pueda ocurrir.
 - d. **Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas**: 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.





En último término, se trata pues de implantar un **Cultura de Seguridad**, caracterizado por un 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.

"Añ

V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.1. Rondas de seguridad del Paciente

Durante el año 2022 se efectuaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente a razón de una por mes, a los servicios de Ginecología (2), Medicina (2), Pediatría (2), Cirugía (2), Emergencia (2), Neonatología (1) y Traumatología (1). Los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud y valoración del riesgo se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro n. ° 01
Cumplimiento de Buenas Prácticas y Valoración de Riesgo*
según Servicio evaluado. Hospital de Huaycán. Año 2022.

UPSS	% De cumplimiento de Buenas Prácticas		Valoración de Riesgo	
	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Servicio de Ginecología	80	82	IMPORTANTE	MODERADO
Servicio de Medicina	72	73	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Pediatría	86	87	MODERADO	MODERADO
Servicio de Cirugía	65	79	INTOLERABLE	IMPORTANTE
Servicio de Emergencia	73	78	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Neonatología	78		IMPORTANTE	
Traumatología	80		IMPORTANTE	

(* Intolerable (50-65%), Importante (66-80%), Moderado (81-94%), Riesgo Muy Bajo (95-99%)

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad.

Según se advierte en el cuadro anterior, la valoración de riesgo en los servicios evaluados fluctúa entre "Intolerante" y "Moderado", no habiéndose encontrado ningún servicio con riesgo muy bajo. Sin embargo, el servicio de cirugía paso de riesgo "intolerable" en el primer semestre a riesgo "importante" en el segundo semestre. Por otro lado, el servicio de ginecología paso de riesgo "importante" en el primer semestre a riesgo "moderado" en el segundo semestre. En ambos casos se evidencia mejoría.

Durante el año 2023 se efectuaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente a razón de una por mes, a los servicios de Traumatología (2), Medicina (2), Ginecología - obstetricia (2), Pediatría (2), Emergencia (2) y Cirugía y Anestesiología (2). Los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud y valoración del riesgo se muestran en el cuadro siguiente:





Cuadro n. ° 02
Cumplimiento de Buenas Prácticas y Valoración de Riesgo*
según Servicio evaluado. Hospital de Huaycán. Año 2023.

UPSS	% De cumplimiento de		Valoración de Riesgos	
	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Servicio de cirugía y Anestesiología (Traumatología)	79%	71%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Medicina	61%	71%	INTOLERABLE	IMPORTANTE
Servicio de Gineco – Obstetricia	75%	75%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Pediatría	80%	82%	IMPORTANTE	MODERADO
Servicio de Emergencia	76%	75%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Cirugía y Anestesiología	79%	71%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Promedio	75%	74%		

(*) Intolerable (50-65%), Importante (66-80%), Moderado (81-94%), Riesgo Muy Bajo (95-99%)

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad.

Se advierte en el cuadro anterior, que la valoración de riesgo en los servicios evaluados fluctúa entre "Intolerante" y "Moderado", no habiéndose encontrado ningún servicio con riesgo muy bajo. Sin embargo, el servicio de medicina paso de riesgo "intolerable" en el primer semestre a riesgo "importante" en el segundo semestre. Por otro lado, el servicio de pediatría paso de riesgo "importante" en el primer semestre a riesgo "moderado" en el segundo semestre. En ambos casos se evidencia mejoría.

De acuerdo con los resultados expuesto, en los años 2022 y 2023, el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas ha mostrado un comportamiento fluctuante, haciendo que la valoración de riesgos varíe entre "Intolerable" e "Moderado", siendo la valoración "importante" la que más predomina. En tal sentido, en el periodo señalado, se advierte un estancamiento en el cumplimiento de buenas prácticas, lo que sigue manteniendo un riesgo significativo para la seguridad de los pacientes.

5.2. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Durante el año 2023 se realizaron 420 intervenciones quirúrgicas, habiéndose aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) a todas ellas.

Cuadro n. ° 03
Número de Intervenciones Quirúrgicas en las que se aplicó la Lista de
Seguridad de la Cirugía. Hospital de Huaycán. Año 2023.

Mes	N. ° de Intervenciones Quirúrgica
Enero	18
Febrero	45
Marzo	60
Abril	50
Mayo	44
Junio	28
Julio	30
Agosto	42
Setiembre	30
Octubre	25
Noviembre	24
Diciembre	24
Total	420

Fuente: Informe de Lista de Seguridad de la Cirugía 2023

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad





5.3. Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas

Añ

De acuerdo con el registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, durante el año 2022 se registraron y notificaron 4 eventos adversos, en los meses de enero (1), marzo (1), setiembre (1) y diciembre (1).

Por otro lado, durante el periodo 2023 se registraron y notificaron 15 eventos adversos en los meses de enero (1), febrero (2), marzo (3), abril (3), junio (1), julio (1), agosto (2), setiembre (1) y noviembre (1).

Se advierte pues que en el año 2023 hubo un incremento significativo de eventos adversos registrados y notificados, elevándose 375% con relación al año 2022.

Asimismo, se advierte que el 53% (8) de los eventos adversos registrados y notificados en el año 2023, ocurrieron en el trimestre febrero-marzo-abril

Los datos señalados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro n. ° 04
Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos
y Eventos Centinelas. Hospital de Huaycán. Año 2022-2023.

Mes	Evento Adverso	
	2022	2023
Enero	1	1
Febrero	0	2
Marzo	1	3
Abril	0	3
Mayo	0	0
Junio	0	1
Julio	0	1
Agosto	0	2
Setiembre	1	1
Octubre	0	0
Noviembre	0	1
Diciembre	1	0
Total	4	15

Fuente: Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas 2022/23.
Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad

5.4. Higiene de Manos

En el primer semestre de año 2022, se efectuó una evaluación respecto a la adherencia del lavado de manos en el Hospital de Huaycán.

Entre los principales resultados se obtuvo:

- De 197 trabajadores de salud evaluados, 152 (77.16%) cumplieron con la higiene de manos y 45 (22.84%) no lo hicieron.



Plan de Seguridad del Paciente 2024





- b. Entre los grupos profesionales, el cumplimiento del lavado de manos alcanza al 64.42% de los médicos, 66.67% de la Obstetrices, 80.46% de las enfermeras y 83.87% en los técnicos de enfermería.
- c. Los servicios no quirúrgicos son los menos adherentes frente a los quirúrgicos.

Durante el año 2023 no se efectuó la evaluación de la adherencia del lavado de manos en el Hospital de Huaycán.

VI. JUSTIFICACIÓN

La identificación de incumplimientos de buenas prácticas de atención en salud y, por lo tanto, una baja valoración del riesgo durante el año 2023, justifica la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos identificados y mitigar sus efectos, mediante una adecuada gestión del riesgo que permita mejorar la seguridad del paciente.

Para ello, contar con un Plan de Seguridad del Paciente 2024, que prevea actividades orientadas a la identificación, mitigación, evaluación y retroalimentación de situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente, resulta imprescindible, toda vez que se constituye como un instrumento necesario para la programación y ejecución temporal de las actividades programadas, así como su monitoreo, evaluación y la asignación de los recursos financieros y logísticos correspondientes.

VII. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Lograr la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud en el Hospital de Huaycán, mediante el fortalecimiento de una cultura de seguridad que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de su atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

OE1:

Promover y fortalecer la higiene de manos como una medida para la reducción de la transmisión de enfermedades infecto contagiosas.

OE2:

Promover y fortalecer la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.

OE3:

Promover y fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía como una herramienta para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas.

OE4:

Promover y fortalecer el Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas como una herramienta para el análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.



Plan de Seguridad del Paciente 2024



**ACTIVIDADES:**

OE1:

1. Reunión de socialización de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
2. Reunión de asistencia técnica para la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
3. Capacitación proceso de higiene de manos al personal de la salud
4. Supervisión y monitoreo de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
5. Evaluación de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.

OE2:

1. Elaboración de los Listados de Criterios de Evaluación que se aplicaran a la UPSS a visitar en cada ronda de Seguridad
2. Realizar rondas de seguridad del paciente
3. Supervisión de los planes de acción para la implementación de acciones correctivas
4. Monitoreo de la implementación de acciones correctivas

OE3:

1. Capacitación a jefes de servicios y equipos de salud en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
2. Difusión sobre la importancia del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
3. Designar a un coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno
4. Desarrollar la encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
5. Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
6. Monitoreo de los resultados quirúrgicos a partir de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
7. Evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto

OE4:

1. Registro y Notificación de Incidentes
2. Registro y Notificación de Eventos Adversos
3. Registro y Notificación de Eventos Centinelas
4. Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas notificados y propuestas de acciones correctivas
5. Supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de acciones correctivas.



**VIII. POBLACION OBJETIVO**

Dirigido a todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital de Huaycán con mayor énfasis en aquellas que participan en la entrega de servicios de salud.

IX. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

- Unidades, Servicios y/o Áreas

Centro de costo
Área de atención de enfermería en hospitalización no quirúrgica
1.1. Hospitalización en neonatología
1.2. Alojamiento conjunto
2. Atención de enfermería en hospitalización en medicina
3. Atención en enfermería en hospitalización en gineco obstetricia
4. Hospitalización en cirugía
5. Hospitalización en traumatología y otras especialidades
6. Servicio de enfermería de emergencia
6.1 Atención de enfermería prioridad I - Covid
6.2 Atención en enfermería en unidad de vigilancia intensiva.
6.5 Atención de enfermería en tópico de pediatría
6.6 Atención en tópico de gineco obstetricia
Área observación
1. Atención en enfermería en observación de medicina
2. Atención de enfermería en observación de cirugía y especialidades
3. Atención de enfermería en observación de pediatría
Servicio de centro quirúrgico y recuperación post anestésica
1. Sala de operaciones programadas (lunes a sábado)
3. Atención de recuperación post anestésica (24 horas)
Área de enfermería preventiva en consulta externa
1. Inmunizaciones
2. Control de crecimiento y desarrollo (CRED)
3. Atención y control de TBC
Área de enfermería de apoyo en consulta externa
1.1. Triage en pediatría (4 consultorios)
1.2. Triage en medicina (4 consultorios)
1.3. Triage en oftalmología (1 consultorio)
1.4. Triage de gineco-obstetricia
1.5. Triage en cirugía y especialidades
Servicio de central de esterilización
1. Supervisión y monitoreo del cumplimiento del proceso de esterilización
1.1. Limpieza y desinfección (zona roja)
1.2. Empaque (zona azul) ropería y esterilización (zona verde)



**9.1. RECURSOS FINANCIEROS:****9.1.1 Bienes en Almacén**

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total
1	Papel bond 80 g Tamaño A4	2.3.1 5.1 2	Emp. x 500	S/ 18.88	10	S/ 188.80
2	Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul	2.3.1 5.1 2	Unidad	S/ 0.80	60	S/ 48.00
3	Folder Manila Tamaño A4	2.3.1 5.1 2	Emp. x 25	S/ 4.35	4	S/ 17.40
4	Banderita Señalizadora 1.27 cm x 4.4 cm aprox. x 50 hojas	2.3.1 5.1 2	Unidad	S/ 2.14	8	S/ 17.12
5	Nota Autoadhesiva 3 in x 3 in x 5 colores x 400 hojas	2.3.1 5.1 2	Unidad	S/ 9.09	5	S/ 45.45
6	Sujetador para papel (tipo fastener) de metal	2.3.1 5.1 2	Emp. X 50	S/ 2.57	2	S/ 5.14
MONTO TOTAL						S/ 321.91

9.1.2 Bienes y Servicios por adquirir

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones
1	ROSQUITAS DE MANTECA CON AJONJOLI	2.3.1 1.1 1	UNIDAD	S/3.00	300	S/ 900.00	85 gr. aprox
2	BEBIDA HIDRATANTE	2.3.1 1.1 1	UNIDAD	S/ 3.50	300	S/ 1050.00	500 ml aprox.
MONTO TOTAL						S/ 1950.00	

CONSOLIDADO DE COSTO DE RECURSOS

N°	BIENES Y SERVICIOS	PRECIO TOTAL
1	BIENES EN ALMACEN	S/ 321.91
2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS PARA ADQUISICION	S/ 1950.00
TOTAL		S/ 2271.91



X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	MES					RESPONSABLE		
									JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT		NOV	DIC
<p>OE1: Promover y fortalecer la higiene de manos como una medida para la reducción de la transmisión de enfermedades infecciosas y contagiosas.</p>	Reunión de socialización de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Acta	6				6									Comité de Seguridad del Paciente
	Reunión de asistencia técnica para la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Acta	6					1	1	1						Comité de Seguridad del Paciente
	Reunión de capacitación al personal de la salud	Acta	6				2	2								Comité de Seguridad del Paciente
	Supervisión y monitoreo de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	8					1	1	1	1	1	1	1	1	ET Gestión de la Calidad
	Evaluación de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	1												1	ET Gestión de la Calidad
<p>OE2: Promover y fortalecer la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.</p>	Elaboración de los Listados de Criterios de Evaluación que se aplicaran a la UPSS a visitar en cada ronda de Seguridad	Listado	6				6									Comité de Rondas de Seguridad del Paciente
	Realizar rondas de seguridad del paciente	Hoja de Resultados de Evaluación	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Rondas de Seguridad del Paciente
	Supervisión de los planes de acción para la implementación de acciones correctivas	Informe	4			1									1	ET Gestión de la Calidad
	Monitoreo de la implementación de acciones correctivas	Informe	9				1	1	1	1	1	1	1	1	1	ET Gestión de la Calidad



XI. RESPONSABILIDADES

1. El Equipo de Trabajo Gestión de la Calidad en forma trimestral remitirá a la Dirección General el Informe de cumplimiento de ejecución del Plan de Seguridad del paciente.
2. La Dirección General remitirá a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este - DIRIS LE el informe semestral de ejecución del Plan de Seguridad.

XII. ANEXOS:

ANEXO N. ° 1

Cronograma de Rondas de Seguridad

ANEXO N. ° 2

Modelo de plan de acción para la implementación de acciones correctivas

ANEXO N. ° 3

Modelo Ficha de monitoreo

ANEXO N. ° 4

Flujograma de registro notificación y análisis de eventos centinelas

ANEXO N. ° 5

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

ANEXO N. ° 6

Notificación de Eventos Adversos





ANEXO N. ° 1
Cronograma de Rondas de Seguridad

RONDAS DE SEGURIDAD	AÑO 2023											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Ronda 1	X											
Ronda 2		X										
Ronda 3			X									
Ronda 4				X								
Ronda 5					X							
Ronda 6						X						
Ronda 7							X					
Ronda 8								X				
Ronda 9									X			
Ronda 10										X		
Ronda 11											X	
Ronda 12												X

ANEXO N. ° 2
Modelo de plan de acción para la implementación de acciones correctivas

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS: HOSPITAL SOLITOS CESAR GARAYAR GARCIA		TRIMESTRE:	SELECCIONE:	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS: CONSULTA EXTERNA		FECHA APLICACION:	(DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR PRIORIDAD					
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)





ANEXO N. ° 3: Modelo de Ficha de Monitoreo

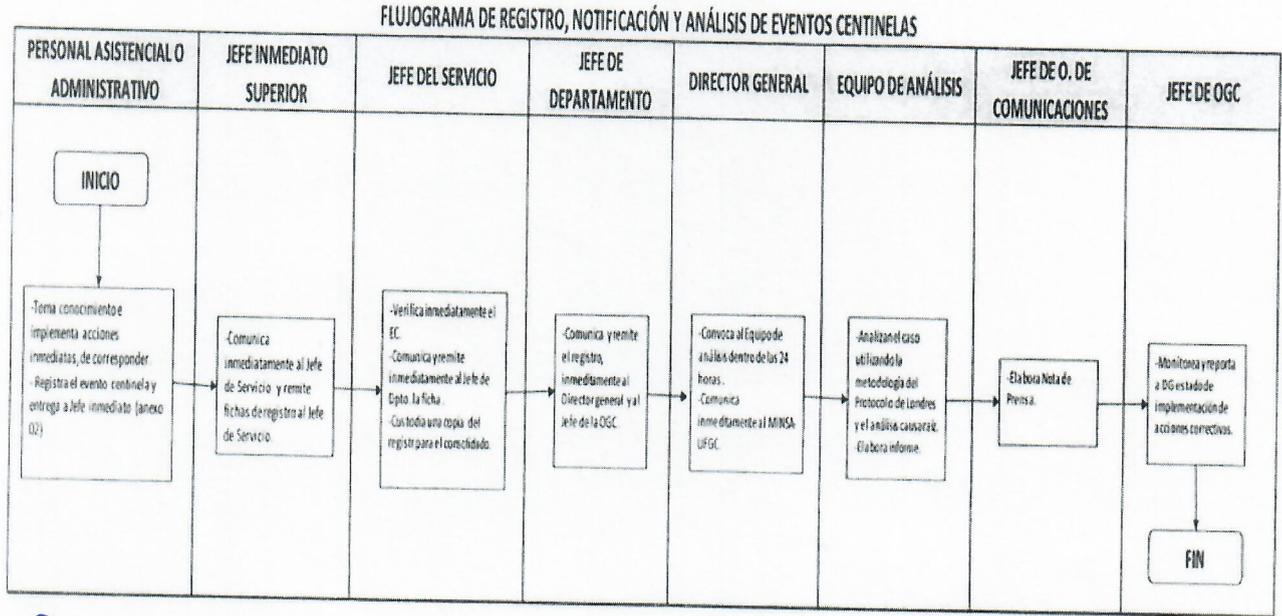
FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL: ISOLATO CESAR GARAYAR GARCIA	TRIMESTRE:	SELECCIONE:	AÑO:	SELECCIONE:
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	RES P. EPIDEMIOLOGIA:		(OOHHHHAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RES P. DE LA UPSS:			
RES P. DE ADMINISTRACION:		RES P. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
RES P. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR REGISTRO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)	MONITOREO (días/meses/años)	IMPLEMENTACION
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE

ANEXO N. ° 4 Flujograma de registro notificación y análisis de eventos centinelas





ANEXO N. ° 5 Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la administración de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el (a) paciente salga del quirófano
ENTRADA Con el (a) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo	PAUSA Con el (a) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	SALIDA Con el (a) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano
¿Ha confirmado el (a) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función	El (a) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico	El (a) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Sí	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
¿Tiene el (a) paciente... ...Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg. en niños) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? <input type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ Fecha _____		
Firma del / de la coordinador(a) _____ Firma del / de la cirujano(a) _____ Firma del / de la anestesiólogo(a) _____ Firma del / de la enfermero(a) _____		

ANEXO N. ° 6 Notificación de Eventos Adversos



EQUIPO DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DE HUAYCAN

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES ,EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DE SERVICIOS /AREA

SERVICIO / AREA MES/AÑO DE REPORTE

N° DE FICHA	FECHA DE NOTIFICACION	N° DE H.C.	SEXO DEL PACIENTE	EDAD	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	SERVICIO/ AREA	MARCA CON "X" SEGÚN			FECHA DEL INCIDENTE/ EVENTO	HORA APROXIMADA DEL INCIDENTE/ EVENTO	DESCRIPCION DEL EVENTO
							INCIDENTE	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA			



PERSONAL DE SALUD QUIEN CONSOLIDA LA INFORMACION:

NO MEDICO-ESPECIFICAR _____

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE SALUD _____