

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

N° 109-2018-HCH/DG



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

11 MAYO 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUIROPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
TELEFONO 011 476 1111

Lima, 10 de Mayo de 2018

VISTO:

El Expediente N° 3244-2018, que contiene el Oficio N° 032-OGC-2018-HCH, de fecha 06 de febrero del 2018, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es una responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo IX del Título Preliminar de la citada Ley, señala que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del medio ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra ella;

Que, el artículo 9 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", 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, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96, dispone que: "A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";

Que, Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, asimismo mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSSA, se aprobó la NTS N° 50-MINSA-DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, publicada el 31 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuyo objetivo es fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en el campo de la calidad de la atención, en el ámbito nacional;



Que, con Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, emitida el 30 de diciembre de 2010, se aprobó la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", que tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud

Que, por Resolución Directoral N° 191-2017-HCH/DG de fecha 07 de junio de 2017, se aprobó el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2017;

Que, de acuerdo a la propuesta realizada por la Oficina de Gestión de la Calidad, el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2018, tiene como finalidad realizar acciones de buenas prácticas para la seguridad del paciente, que contribuya a que los servicios del hospital implemente estrategias para brindar una atención segura en los procesos de atención al usuario;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas del Hospital Cayetano Heredia, brindando a la Alta Dirección un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afecten a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el acto resolutorio que apruebe el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2018;

Que, de acuerdo a la opinión favorable contenida en el Informe N° 359-2018-OAJ/HCH de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De acuerdo al literal e) del artículo 6 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2017/MINSA, entre las atribuciones y responsabilidades del Director General, se encuentra la prerrogativa de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2018, por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad el cumplimiento del Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2018, aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer la Publicación del referido Plan, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

ACRPR/BIC/phng
Distribución:

- () DG
- () OGC
- () OAJ
- () Archivo

 MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
11 MAYO 2018
EMILIANO ZEAS SUÑEZ
ASISTENTE ADM.
FEDATARIO

**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y
GESTION DEL RIESGO EN SALUD EN EL HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA-2018**

LIMA-PERU

PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA-2018

I.- INTRODUCCION

La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa; en la última década ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM) en los EE UU publicara en 1999 el informe: "To Err is Human: building a Safer Health System", su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA. En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18, en la que se instaba a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. Esta alianza propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de la seguridad de los establecimientos de salud y de las buenas prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria

Con el transcurrir del tiempo la seguridad del paciente ha evolucionado conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico, enmarcada dentro del concepto de calidad del servicio prestado a los pacientes. El ser humano comete errores y el sistema de salud tiene fallas y descuidos, esto aumenta el riesgo para el paciente de sufrir daños con diferentes grados de severidad o incluso fatales, con el agravante de que muchos de ellos son prevenibles.



En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, y la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud. Enmarcadas en las Políticas de calidad en salud 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. La salud de los pacientes es uno de los principales retos del cuidado de la salud en el país, de allí la necesidad de presentar el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Manejo de la gestión de Riesgos en el año 2018 a nivel hospitalario para desarrollar las acciones para mejorar los procesos de atención al paciente en el Hospital Cayetano Heredia.

II.- FINALIDAD

El plan de seguridad del paciente tiene por finalidad realizar acciones de buenas prácticas para la seguridad del paciente, que contribuya a que los servicios del hospital implementen estrategias para brindar una atención segura en los procesos de atención al usuario.

III.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a que en los servicios de salud del Hospital Cayetano Heredia sean lugares seguros para la atención de los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.



3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. **Objetivo Especifico 1.** Fortalecer competencias en buenas prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- b. **Objetivo Especifico 2.** Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente.
- c. **Objetivo Especifico 3.** Fortalecer el sistema de Registros, Notificación, Análisis y mejora del incidente y evento Adverso.

IV.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- R.M. N° 676-2006 "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/Minsa. Aprobar la NTS N° 050 MINSA/DGSP v 02" Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- R.M. N° 727-2009/ MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- R.M. N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de chequeo de cirugía segura ".
- Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSSV.1" Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos y Eventos centinela "



- Resolución Jefatural N°393-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSSV.1 "Ronda de Seguridad y gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente "

V.- ESTRATEGIAS

- Apoyo de la alta dirección del hospital para la ejecución de la múltiples actividades
- Sensibilización y capacitación a los integrantes de los comités de Seguridad y Manejo de la gestión de riesgos, equipo conductor y a los integrantes de los comités de mejora de la calidad de los diferentes servicios del Hospital
- Implementación de plan de acciones de mejora para la gestión de la reducción y mitigación de los riesgos derivados de la atención
- Sostenibilidad en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, como un proceso constante y estandarizado.
- Mejora de los sistemas de comunicación entre el equipo de salud para la identificación, notificación de incidentes y evento adverso, a fin de detectar precozmente situaciones de riesgo, incidentes y eventos adversos en los diferentes servicios.



VI.- ACTIVIDADES (Ver matriz de actividades)



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD DEL HCH- 2018

Objetivo General: Contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el Hospital Cayetano Heredia								AÑO 2018															
								PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE						
COMPONENTES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	EJES DE TRABAJO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	INDICADOR	RESPONSABLE	ENER	FEBR	MARZ	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST.	SEPT.	OCTB.	NOV	DIC.				
PLANIFICACION Y ORGANIZACIÓN	Elaborar el plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos en salud	PLANIFICACION PARA LA CALIDAD Y SEGURIDAD	Elaboración de plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos.	Plan elaborado	1	Plan aprobado	Equipo de la OGC		X														
			Aprobación del plan de seguridad del paciente y manejo de riesgos.	Plan aprobado con R.D.	1		Dirección General		X	X													
	Actualizar y Oficializar el comité de Seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la Lista de verificación de la Seguridad de la cirugía		Actualización y oficialización del comité de Seguridad y manejo de riesgos y equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Comités oficializados	2	Resolución de conformación de los comités	Jefe de la OGC Dirección General		X														
			Reunión con el comité de Seguridad y manejo de riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Reuniones	6	Actas de reuniones > del 80%	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)		X		X		X		X		X		X		X		
			Reunión de Instalación de los comités de Seguridad y Manejo de Riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Reuniones	2	100% de Comités instalados	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)		X	X													
CAPACITACION	Fortalecer competencias en Buenas prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO	Socialización del Plan del Seguridad y manejo de riesgos en salud a los comités (seguridad y el conductor)	Reuniones	2	100% de miembros de los comités socializados	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)			X													
			Reuniones de Capacitación a los miembros del comité de Seguridad y Manejo de Riesgos y Equipo conductor de la implementación de la seguridad de la cirugía	Personal capacitado	14	80% de miembros de los comités capacitados	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)		X	X													
			Capacitación integral a los representantes de los comités de mejora de la calidad de atención de los diferentes servicios en la metodología del proceso de aplicación y notificación de eventos adversos, rondas de seguridad.	Personal capacitado	20	≥80% de los integrantes de los comités de mejora	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)		X	X													
			Capacitación en servicio de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, y en la metodología del proceso de aplicación y notificación de eventos adversos	Personal capacitado	50	≥80% del personal	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)		X	X													
GESTION DE RIESGO	Promover las buenas practicas de atención por la seguridad del paciente.	LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Informe	4	≥70% de adherencia en la aplicación correcta de la LVSC	Equipo OGC -Equipo conductor			X			X			X				X			
			Aplicación de la Encuesta para "Evaluar la implementación de la Lista de la Verificación de la Seguridad de la cirugía	Informe	4	Porcentaje del cumplimiento de la encuesta	Equipo OGC			X				X			X				X		
			Evaluación de la calidad de los registros de las listas de verificación aplicadas en los centros quirúrgicos.	Evaluaciones realizadas	6	> a 80% del cumplimiento de la calidad de registro de la Lista	Equipo técnico de calidad (Mg Lourdes Diaz)			X		X	X		X		X		X	X			
			Elaboración de plan de acciones de mejora para la sostenibilidad de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía post resultados de la evaluación	Plan de acción de mejora elaborado	3	80% de cumplimiento del plan de mejora	Equipo OGC -Equipo conductor					X				X				X			



GESTION DE RIESGO	Promover las buenas practicas de atención por la seguridad del paciente.	RONDAS DE SEGURIDAD	Difusión de dípticos y trípticos: Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente	Informe de difusión	1	Difusión en el 100% de servicios	Equipo OGC			X											
			Seguimiento de las recomendaciones de las rondas del año 2017	informe	1	≥90% de las Acciones de Mejora post Ronda implementadas en los plazos establecidos	Equipo de OGC y Equipo de Rondas			X	X										
			Realización de las rondas de seguridad.	Rondas	6	≥90% de cumplimiento de Buenas practicas	OGC-Equipo de Rondas de Seguridad			X	X	X		X		X		X			
			Asesoría en la elaboración del plan de acción de mejora Post ronda de Seguridad del paciente	Informe	6	≥90% de esesoramiento de planes de mejora	Equipo de OGC y Equipo de Rondas				X	X		X		X		X			
			Seguimiento de las recomendaciones del Informe de las Rondas del Equipo de Seguridad en los Servicios	Informe	3	≥90% de las Acciones de Mejora post Ronda implementadas en los plazos establecidos	Equipo de OGC y Equipo de Rondas					X						X		X	
	Fortalecer el sistema de registros Notificación, Análisis y mejora del incidente y evento Adverso.	REGISTRO NOTIFICACION Y ANALISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD	Actualización y Difusión de la Directiva de Notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente y Análisis Causa Raiz	Directiva difundida	14	Difusion en el 100% de servicios	Equipo técnico de calidad (Mg. Lourdes Diaz)				X										
			Consolidado de los registros de Eventos adversos por servicios	Reportes	12	≥90% de los servicios reportan los E A	Equipo Técnico de calidad (Mg. Lourdes Diaz)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Elaboración de informes de los consolidados de los incidentes y eventos adversos	Informe	4	Indidencia de eventos adversos en función de los egresos hospitalarios	Equipo Técnico de calidad (Mg. Lourdes Diaz)				X		X				X		X		
			Análisis con la metodología de Causa raíz /Protocolo de Londres de los Eventos adversos	Análisis realizado	6	% de Eventos adversos analizados con informe	Equipo de OGC y Equipo de Rondas		X		X		X		X		X		X		
			Análisis con la metodología de Causa raíz de Eventos centinela /Protocolo de Londres	Análisis realizado	A demanda	% de Eventos centinela analizados con informe	Equipo de OGC y Equipo de Rondas														
			Seguimiento de la implementación de recomendaciones del informe de análisis causa raíz	Informe de seguimiento	2	90% de recomendaciones implementadas	Equipo técnico de calidad (Mg. Lourdes Diaz)							X							X
EVALUACION	Eveluar el cumplimiento del plan de seguridad	CUMPLIMIENTO DEL PLAN	Evaluación del Plan de Seguridad y manejo de riesgos en el HCH	Informes	2	Evaluación del plan	Equipo técnico de calidad (Mg. Lourdes Diaz)						X						X		



VII.- PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el plan anual de seguridad del paciente del Hospital Cayetano Heredia se detalla a continuación

LINEAS DE ACCION	MATERIAL E INSUMOS	COSTO
Planificación y organización	Material de escritorio	50.00
Capacitación en seguridad del paciente	Docencia externa Material de escritorio, Impresiones, fotocopias, refrigerios	4,500.00
Gestión del riesgo	Material de escritorio, impresiones, fotocopias, afiches, trípticos	3,500.00
Gestión del incidente y evento adverso	Material de escritorio , fotocopias	100.00
Evaluación	Material de escritorio	100.00
Total		8,250.00

VIII.- EVALUACIÓN

La evaluación del plan se realizará dos veces al año, siendo los indicadores:

- Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan anual de Seguridad del paciente.
- Porcentaje de servicios que reportan eventos adversos en el Hospital Cayetano Heredia.
- Tasa de Incidencia de eventos adversos / incidentes.



- Porcentaje de cumplimiento de Buenas Practicas para la seguridad del paciente en la atención de salud en el Hospital Cayetano Heredia.
- Porcentaje de acciones de mejora implementadas en los servicios en el Hospital Cayetano Heredia.
- Porcentaje de grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía según fases, en el Hospital Cayetano Heredia.

