



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 11 de Marzo de 2019

VISTO: El Expediente N° 2813-2019 con el Oficio N° 028-OGC-2019-HCH, remitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, respecto a la aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2019, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo IX del Título Preliminar de la citada norma, señala que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de 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 los servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionárselos mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra los riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, el artículo 96° de la norma acotada en el acápite anterior, 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 la 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, mediante 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, 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 y teniendo 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, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, publicada el 31 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad de Salud, cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional y teniendo como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, la sexta política del Documento Técnico acotado en el párrafo precedente, señala que las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", teniendo como finalidad contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas área la gestión de la calidad y cuyo objetivo general es brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, el literal e) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;



Que, el artículo 11° del Reglamento citado en el párrafo precedente, indica que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;



Que, resulta necesario aprobar el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia 2019, el mismo que tiene por finalidad realizar acciones de gestión de riesgos y 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 y cuyo objetivo general es contribuir a fortalecer la cultura por la seguridad del paciente a través de la gestión de riesgos en los procesos de atención del usuario en el Hospital Cayetano Heredia;

Estando a lo peticionado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, lo opinado por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 209-2019-OAJ/HCH;

Con visación del Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud en el Hospital Cayetano Heredia - 2019; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas correspondientes para el cumplimiento del Plan aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

- () ACPR/BIC/ACV
- DISTRIBUCIÓN:
- () DG
- () OEPE
- () OGC
- () OAJ
- () OCOM

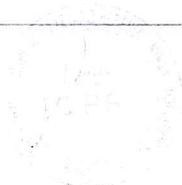
**MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
[Firma]
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICADO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
12 MAR. 2019
[Firma]
Sr. Emiliano Elias Suarez Quijano
SECRETARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

**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-2019**

LIMA-PERU



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA-2019

I.- INTRODUCCION

La medicina actual enfrenta retos sin precedentes, generados por un lado, por los cambios epidemiológicos y demográficos, y por el otro, el gran costo financiero y social que esto representa. Es un hecho que los grandes avances tecnológicos permiten mayor precisión diagnóstica y efectividad terapéutica, con una mayor tendencia a la mínima invasión, sin embargo, pese a todo esto, existen riesgos asociados con la atención médica los cuales pueden desencadenar en Eventos Adversos con consecuencias graves. 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

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. 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, 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 2019 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 gestión de riesgos y 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 fortalecer la cultura por la seguridad del paciente a través de la gestión de riesgos en los procesos de atención del usuario en el Hospital Cayetano Heredia.

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.
- d. **Objetivo Especifico 4.** Identificar los incidentes y eventos adversos más comunes en los servicios del Hospital Cayetano Heredia
- e. **Objetivo Especifico 5.** Realizar el análisis causa raíz de los eventos adversos, identificando las acciones inseguras, para la implementación de las acciones de mejora.
- f. **Objetivo Especifico 6.** Evaluar la calidad de registro de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en centros quirúrgicos
- g. **Objetivo Especifico 7.** Evaluar el proceso de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

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 que Aprueba 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 "
- 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 Atención en Salud "
- Resolución Ministerial N° 896-2017, que crea la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud y determina sus funciones generales.

V.- ESTRATEGIAS

- Apoyo de la alta dirección del hospital para la ejecución de las 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 Gestión de Riesgos a través de las rondas de seguridad.
- 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.
- Análisis Causa raíz de los eventos adversos para la mejora continua.

VI.- ACTIVIDADES (Ver matriz de actividades)



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	1,000.00
Gestión del incidente y evento adverso	Material de escritorio, fotocopias	100.00
Evaluación	Material de escritorio	100.00
Total		5,750.00

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 rondas de seguridad ejecutadas
- Porcentaje de acciones de mejora implementadas en los servicios en el Hospital Cayetano Heredia.
- Porcentaje cumplimiento del registro adecuado de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía según fases, en el Hospital Cayetano Heredia.
- Porcentaje cumplimiento de la metodología de la Lista de Verificación de la seguridad de la cirugía según fases, en el Hospital Cayetano Heredia.



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD DEL HCH- 2019								AÑO 2019												
COMPONENTES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	EJES DE TRABAJO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	INDICADOR	RESPONSABLE	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PLANIFICACION Y ORGANIZACION	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		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 90%	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^a Lourdes Díaz)		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	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^a Lourdes Díaz)		X	X											
	CAPACITACION		Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO	Socialización del Plan de Seguridad y manejo de riesgos en salud a los comités (seguridad y el conductor)	Reuniones	2	100% de miembros de los comités socializados	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^a Lourdes Díaz)				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	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^a Lourdes Díaz)			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 comités de seguridad		Personal capacitado			20	≥80% de los integrantes de los comités de mejora	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^a Lourdes Díaz)			X		X	X							
Capacitación en servicio a 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 (M ^a Lourdes Díaz)				X	X	X							
GESTION DE RIESGO	Evaluar el proceso de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía	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 Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe	4	Porcentaje del cumplimiento de la encuesta	Equipo OGC			X			X			X			X	



	Evaluar la calidad de los registros de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.		Evaluación de la calidad de los registros de las listas de verificación aplicadas en los centros quirúrgicos.	Evaluaciones realizadas	4	> a 80% del cumplimiento de la calidad de registro de la Lista	Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)	X			X			X			X			
GESTION DE RIESGO	Promover las buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente	RONDAS DE SEGURIDAD	Difusión de dípticos y trípticos: Gestión de riesgos seguridad del paciente y Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente	Informe de difusión	1	Difusión en el 100% de servicios	Equipo OGC				X									
			Realización de las rondas de seguridad	Rondas	6	>90% de cumplimiento de Buenas prácticas	OGC Equipo de Rondas de Seguridad	X	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 asesoramiento de planes de mejora	Equipo de OGC y Equipo de Rondas	X	X	X	X	X	X	X						
			Seguimiento de las recomendaciones del Informe de las Rondas del Equipo de Seguridad en los Servicios	Informe	2	≥90% de las Acciones de Mejora post Ronda implementadas en los plazos	Equipo de OGC y Equipo de Rondas				X									X
	Identificar los incidentes y eventos adversos e identificar las causas de los mismos para la implementación de acciones de mejora en los servicios del Hospital Cayetano Heredia.	REGISTRO, NOTIFICACION Y ANALISIS DE LA OCURRENCIA DE INCIDENTES DE EVENTOS, EVENTOS ADVERSOS EN SALUD	Actualización de la Directiva de Notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente y Análisis Causa Raíz	Directiva aprobada	1	Directiva aprobada	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)				X									
			Difusión de la Directiva de Notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente y Análisis Causa Raíz	Directiva difundida	14	Difusión en el 100% de servicios	Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)					X								
			Consolidación de los registros de Eventos adversos por servicios	Reportes	12	≥90% de los servicios reportan los EA	Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)	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	incidencia de eventos adversos en función de los egresos hospitalarios	Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)			X			X			X				X
			Análisis con la metodología de Causa raíz (Protocolo de Lógica 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
			Seguimiento de la implementación de recomendaciones del informe de análisis causa raíz	Informe de seguimiento	2	90% de recomendaciones implementadas	Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)						X							
EVALUACION	Evaluar 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	Jefe de la OGC -Equipo técnico de calidad (M ^g . Lourdes Díaz)						X					X		
PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AL PRIMER SEMESTRE 2019																				

