



# Resolución Directoral

Lima, 29 de Marzo de 2022

## VISTO:

La Hoja de envío de trámite con registro N° 07271-2022, conteniendo la Nota Informativa N° 019-2022-OEPE-HNDM, de fecha 23 de marzo de 2022, del Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Memorandum N° 140-2022-OGC-HNDM, de fecha 23 de marzo de 2022, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la calidad, copia del Memorando N° 343-2022-OEPE-HNDM, de fecha 22 de marzo de 2022, del Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Informe N° 016-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 014, de fecha 18 de marzo de 2022, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Informe N° 126-2022-OAJ-HNDM, de fecha 16 de marzo de 2022, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, Nota Informativa N° 012-2022-OEPE-HNDM, de fecha 11 de marzo de 2022, del Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Informe N° 013-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 011, de fecha 10 de marzo de 2022, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Memorandum N° 274-2022-DA-HNDM, de fecha 08 de marzo de 2022, de la Directora Adjunta de la Dirección General, Nota Informativa N° 061-2022-OGC-HNDM, de fecha 23 de febrero de 2022 y copia del Informe N° 011-2022-OGC-HNDM, de fecha 22 de febrero de 2022, ambos de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Memorando N° 052-2022-OEPE-HNDM, de fecha 07 de febrero de 2022, de la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Informe N° 006-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 005, de fecha 07 de febrero de 2022, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, copia del Memorandum N° 075-2022-OGC-HNDM, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## CONSIDERANDO:

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

Que, de conformidad con el numeral VI del Título Preliminar de la precitada Ley establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Acreditación, como el Procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el inciso b) del artículo 37° del mencionado Reglamento, prescribe las funciones del Director Médico de los establecimientos de salud estableciendo que deben asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en 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 como objetivo el de 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;



Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio de 2007, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad en la Atención de los Servicios de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, de fecha 21 de febrero de 2022, se aprobó la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", teniendo como objeto establecer las 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, mediante Memorando N° 075-2022-OGC-HNDM, de fecha 02 de febrero de 2022, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite y solicita la opinión técnica de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico respecto del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022; es así que a través del Memorando N° 052-2022-OEPE-HNDM, de fecha 07 de febrero del 2022, la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, adjunta el Informe N° 006-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 005, de fecha 07 de febrero de 2022, de su Equipo de Trabajo de Planes y programas, efectuando observaciones al referido Plan;

Que, con Nota Informativa N° 061-2022-OGC-HNDM, de fecha 23 de febrero de 2022, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, adjunta el Informe N° 011-2022-OGC-HNDM, de fecha 22 de febrero de 2022, remitiendo el informe sustentatorio para la aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022, el mismo que mediante Memorandum N° 274-2022-DA-HNDM, de fecha 08 de marzo de 2022, se solicita su oficialización mediante el acto resolutivo correspondiente, por parte de la Dirección Adjunta;

Que, a través de la Nota Informativa N° 012-2022-OEPE-HNDM, de fecha 11 de marzo de 2022, el Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, adjunta el Informe N° 013-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 011, de fecha 10 de marzo de 2022, de su Equipo de Trabajo de Planes y Programas, informándose que el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022, se encuentra elaborado en el marco de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, y que cuenta con la disponibilidad presupuestal para su ejecución;

Que, mediante Informe N° 126-2022-OAJ/HNDM, de fecha, 16 de marzo de 2022, la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, realiza observaciones en el citado Plan tanto en su base legal como en su estructura, citando entre otros que se debe adecuar a lo señalado en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, aprobada mediante Resolución Directoral N° 090-2022/MINSA; de fecha 21 de febrero de 2022;

Que, con Memorando N° 343-2022-OEPE-HNDM, de fecha 22 de marzo de 2022, el Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, adjunta el Informe N° 016-2022-EPP-OEPE-HNDM-MBS-N° 014, de su Equipo de Trabajo de Planes y Programas, sugiriendo que la base legal del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022 sea modificado por la Unidad de origen de acuerdo a la normatividad vigente;

Que, con Memorandum N° 140-2022-OGC-HNDM, de fecha 23 de marzo de 2022, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022, con las modificaciones requeridas es así que con Nota Informativa N° 019-2022-OEPE-HNDM, de fecha 23 de marzo de 2022, el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, informa que el Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022, remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, se encuentra alineado con la normativa vigente para la elaboración de documentos técnicos y cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para su implementación;

Que, el Plan Anual de Seguridad del Paciente - 2022 del Hospital Nacional Dos de Mayo, remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, tiene como finalidad contribuir a desarrollar una cultura de seguridad de la atención en las prestaciones que se brindan en el Hospital Nacional Dos de Mayo y como objetivo general el de promover una atención basada en prácticas seguras, por lo que resulta procedente su aprobación mediante el acto resolutorio respectivo;

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, visación de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Dos de Mayo y en armonía con las facultades conferidas con la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA y Resolución Ministerial N° 053-2022-MINSA.

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Plan Anual de Seguridad del Paciente para el año 2022, del Hospital Nacional Dos de Mayo, el mismo que consta de ocho (08) numerales, cuatro (04) anexos, en un total de catorce (14) páginas y forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La Ejecución del plan aprobado en el artículo precedente se encuentra supeditado a la disponibilidad presupuestal respectiva.

**ARTÍCULO TERCERO:** La Oficina de Gestión de la Calidad, realizará la supervisión, monitoreo, evaluación y ejecución del Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022.

**ARTÍCULO CUARTO:** El Responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
Mg. MARCO ANTONIO GAMERO ROCA  
Director General (e)  
C.M.P. 22567 R.N.E.13254

MAGR/RN/CJ/ad.

C.C.

- Dirección Adjunta.
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Oficina de Estadística e Informática (Pág. Web)
- Archivo.









PERÚ

Ministerio  
de Salud



Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Hospital Nacional "Dos de Mayo"



**DOCUMENTO TÉCNICO**

**PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE - 2022**



**DOCUMENTO TÉCNICO:  
Plan Anual de Seguridad Del Paciente 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"**

**INDICE**

	Pág.
I. Introducción.....	02
II. Finalidad.....	02
III. Objetivos .....	02
IV. Ámbito de aplicación.....	03
V. Base legal .....	03
VI. Contenido .....	04
6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	04
6.2. Análisis de la situación del aspecto sanitario o administrativo.....	05
6.3 Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativa al POI .....	06
6.4. Actividades por Objetivos.....	06
6.5. Presupuesto .....	07
6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan .....	07
VII. Responsabilidades .....	07
VIII. Anexos	
Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del plan específico.....	08
Anexo N° 02: Matriz de Indicadores del Plan Específico.....	09
Anexo N° 03: Matriz de programación de Actividades por Objetivo Específico, Metas Físicas y responsables .....	11
Anexo N° 04: Presupuesto.....	14



## I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente puede definirse como "la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria". Aunque evitar el daño a los pacientes ha sido siempre un objetivo de los profesionales, desde hace unos años, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad para la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Se trata de un componente fundamental y un aspecto básico a la hora de valorar la calidad de la atención prestada. La razón es simple: los eventos adversos y no deseados, secundarios a esta atención, representan una importante causa de elevada morbilidad y mortalidad.

La seguridad del paciente alude a uno de los aspectos considerados clave en la asistencia sanitaria de nuestros días: la calidad de los cuidados y la seguridad clínica de las intervenciones sanitarias. Se trata de un tema que siempre ha estado presente entre los profesionales de la salud, pero que actualmente ha trascendido del ámbito profesional para ser objeto de debate también en el ámbito social, como se puede comprobar por las noticias difundidas en los medios de comunicación general. En el marco de la gestión de la calidad, la seguridad del paciente constituye hoy en día una de sus dimensiones más relevantes y se ha convertido en los últimos años en una de las prioridades en la asistencia sanitaria. Una asistencia cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, pues se trata de una actividad en la que se combinan un gran número de factores inherentes al propio sistema, con actuaciones humanas.

Así mismo en la legislación sectorial actual, el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal establece que es obligación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) contar con mecanismos que preserven los derechos de los asegurados, dentro de los cuales se encuentra "Brindar seguridad al asegurado en el servicio asistencial". Las IPRESS son responsables frente a los usuarios por las prestaciones de salud con oportunidad y calidad que brinden.

El principio clásico del «*primum non nocere*» es en la actualidad más pertinente que cuando se formuló originalmente, ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja, lo que conlleva mayores riesgos potenciales. Evitar estos daños nos lleva a formular el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional "Dos de Mayo" 2022.

## II. FINALIDAD.

Contribuir a desarrollar una cultura de seguridad de la atención en las prestaciones que brindamos en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

## III. OBJETIVOS.

### Objetivo General.

Promover una atención basada en prácticas seguras.

### Objetivos Específicos

- Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente.
- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Evento Adverso.
- Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente.
- Implementar Rondas de Seguridad del Paciente.
- Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.





#### IV. **AMBITO DE APLICACION.**

El presente Plan de Seguridad del Paciente 2022 es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

#### V. **BASE LEGAL.**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos de Sólidos.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, aprueba el "Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la "NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, 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".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 0078-2016/D/HNDM se aprueba la Directiva Sanitaria para la Identificación del Paciente en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2016.
- Resolución Directoral N° 0098-2016/D/HNDM, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 002-2016-DG-DA-OGC-HNDM-V.01, Buenas Practicas de Atención: Prevención de Caídas y Ulcera por Presión, Medicación Correcta 2016.



- Resolución Directoral N° 054-2017/D/HNDM, que aprueba la Guía de Intervención de Enfermería para la Prevención de Úlcera por Presión.
- Resolución Directoral N° 160-2017/D/HNDM, que aprueba el Formato para la Evaluación de Factores de Riesgo de Trombosis.
- Resolución Directoral N° 008-2018/D/HNDM, que aprueba la Guía para la Higiene de Manos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Resolución Directoral N° 179-2021/D/HNDM, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía - Hospital Nacional Dos de Mayo.

## VI. CONTENIDO

### 6.1. Aspectos Técnico-Conceptuales Definiciones Operativas.

**Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

**Acciones de mejora:** Son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.

**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.

**Eventos Adversos:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

**Evento Centinela:** Es evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida, cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en atención, no todos los eventos adversos son eventos centinela.

**Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

**Incidente: Evento** que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

**Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

**Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la



obtención de óptimos resultados para el paciente. Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.

## **6.2. Análisis de la Situación del Aspecto Sanitario o Administrativo.**

### **6.2.1. Antecedentes**

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud decidió formar una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que tuvo como objetivo facilitar el desarrollo de las políticas y a tomar medidas encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de atención sanitaria en los países miembros (55° Asamblea Mundial de la Salud 2002).

En noviembre de 2003, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA) elaboró "La Seguridad del Paciente en Siete Pasos", una guía de buenas prácticas con la intención de ofrecer a las organizaciones del NHS orientación práctica y apoyo para mejorar la seguridad del paciente. Esto fue continuado a principios de 2004 con una guía completa de referencia destacando los últimos conocimientos y evidencias en la seguridad del paciente.

En mayo del 2006 se aprueba la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", donde establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, dentro del cual se encuentra la Seguridad del Paciente.

En julio del 2006 se aprueba la Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 donde marca el rumbo para los próximos años para articular esfuerzos en torno a la seguridad del paciente de una manera sistémica y organizada.

En octubre del 2009 se aprueba la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad, donde establece en su Octava Política que los establecimientos de salud y servicios médicos "Implementen de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud". Las oportunidades de estandarizar la Seguridad del Paciente han sido diversas, gracias a la promulgación de la Política Nacional de Calidad, la cual encamina a seguir un sólo patrón de actividades en los servicios y/o unidades, teniendo como principal objetivo "la búsqueda continua a reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención".

El Hospital Nacional "Dos de Mayo" viene implementando acciones para fortalecer la Seguridad del Paciente desde el año 2005. Desde el año 2013 venimos elaborando el plan de Seguridad del Paciente anualmente, el cual ha ido incrementando el porcentaje de cumplimiento gracias a la participación de un mayor número de personal sobretodo asistencial, destacando el personal de Enfermería con el fortalecimiento de las buenas prácticas de atención dentro de las cuales destacan las rondas de seguridad, notificación de eventos adversos, lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

### **6.2.2. Problema**

La seguridad del paciente es un problema de salud pública, más aun en los países en vías de desarrollo donde los mecanismos de regulación de la atención en salud están menos consolidados.





### 6.2.3. Causas del Problema

Las causas de muchos eventos adversos son factores sistémicos, tales como deficiencias en los sistemas de organización, la falta de comunicación, entrenamiento inadecuado e interrelaciones de trabajo deficientes, condiciones, ambiente de trabajo además, el insuficiente control en la atención sanitaria que tiene con frecuencia efectos negativos sobre la calidad de atención de salud.

### 6.2.4. Población o entidades objetivo

Las Unidades Productoras de Servicios de Salud , Equipo de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor y Coordinadoras por Turnos Quirúrgicos de Cirugía Segura, Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, Comité de Análisis de Eventos Centinela y Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional " Dos de Mayo".

### 6.2.5. Alternativas de Solución

Entre las alternativas de solución se encuentra promover la Seguridad del Paciente Para prevenir, reducir los riesgos, errores y daños que pueden sufrir los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta la identificación de la naturaleza de los eventos adversos, del mismo modo se debe promover el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones. Además, se debe fortalecer la Cultura de Seguridad.

### 6.3. Articulación Estratégica al PEI, articulación Operativa al POI. Ver anexo N° 01

### 6.4. Actividades (por Objetivo específico), incluye metas por actividades, unidades de medida, fuentes de información, responsable.

#### 6.4.1. Descripción operativa

#### **OE N° 01: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente**

- Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. **Unidad de Medida: Resolución Directoral. Meta: 1. Responsable: Dirección General.**
- Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras por Turnos Quirúrgicos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. **Unidad de Medida: Resolución Directoral. Meta: 1. Responsable: Dirección General.**
- Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela. **Unidad de Medida: Resolución Directoral. Meta: 1. Responsable: Dirección General.**

#### **OE N° 02: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo**

- Capacitación en Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Eventos Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Asistencial (50 colaboradores : Personal de Salud). **Unidad de Medida: Persona Capacitada. Meta: 50. Responsable: Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación.**
- Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico (50 colaboradores : personal de salud). **Unidad de Medida: Persona Capacitada. Meta: 50. Responsables: Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico, Dpto. de Cirugía, Dpto. de Enfermería, Dpto. de Gineco-Obstetricia, Dpto. de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.**



**OE N° 03: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Evento Adverso**

- Registro, consolidación e informe Semestral de los eventos adversos. **Unidad de Medida: Informe. Meta: 2. Responsables: Oficina de Gestión de la Calidad.**

**OE N° 04: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente**

- Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas. **Unidad de Medida: Informe. Meta: 4. Responsables: Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico.**
- Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica. **Unidad de Medida: Encuesta. Meta: 2. Responsables: Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico y Oficina de Gestión de la Calidad.**
- Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. **Unidad de Medida: Informe. Meta: 2. Responsables: Oficina de Gestión de la Calidad.**

**OE N° 05: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente**

- Cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente. **Unidad de Medida: Informes. Meta: 12. Responsables: Oficina de Gestión de la Calidad, Dpto. de Enfermería, Dpto. de Farmacia y Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.**
- Cumplimiento de Verificadores de Buenas Prácticas. **Unidad de Medida: Informe. Meta: 4. Responsables: Oficina de Gestión de la Calidad.**
- Monitoreo de las acciones de mejora post Ronda de Seguridad del Paciente.

**OE N° 06: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.**

- Análisis de los eventos centinela. **Unidad de Medida: Informe. Meta: 4. Responsables: Jefaturas de Dptos.**

**6.4.2. Cronograma de actividades (Matriz).** Ver Anexo N° 03

**6.5. Presupuesto.** Ver Anexo N° 04

Las actividades de Seguridad del Paciente implican participación institucional, por lo que muchas actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS.

Entonces, para generar productos básicamente documentarios la Oficina de Gestión de la Calidad se requiere hojas bond, tinta para la impresora y fotocopias para los formatos, todo esto para los informes y reportes de Seguridad del Paciente. Se estima en Quinientos Nuevos Soles.

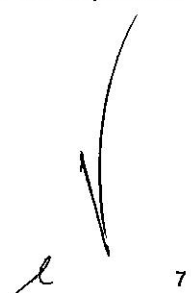
**6.6. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan**

La elaboración del Plan de Seguridad del Paciente y monitoreo del cumplimiento de las actividades propuestas es de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.

**VII. RESPONSABILIDADES:**

El personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", es responsable de la implementación, aplicación y cumplimiento de lo dispuesto en el presente Plan. Las Jefaturas de los Departamentos y Oficinas son responsables de supervisar cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

**VIII. ANEXOS:**





**Anexo N°01:  
Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Operativo**

Unidad Orgánica		Oficina de Gestión de la Calidad				
Marco Estratégico		Estructura programática y operativa			Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	
OEI 04 Fortalecer la Rectoría y 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	Gestión – Acciones para el fortalecimiento de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo	9001 Acciones Centrales	39999999	Gestión Administrativa	Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente.  Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.  Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Evento Adverso.  Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente.  Implementar Rondas de Seguridad del Paciente.  Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.

*[Handwritten mark]*





**Anexo N°02:  
Matriz de Indicadores del Plan Especifico**

Objetivo Especifico del Plan	Indicador	Unidad de medida	Formula del indicador	Meta programada	Fuente de información	Responsable
Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Plan de Seguridad del Paciente elaborado y aprobado	Plan aprobado	NA	1	Resolución Directoral	Dirección General
Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Personal capacitado en el uso de herramientas para la Gestión del Riesgo y Seguridad del paciente	Persona capacitada	Personal capacitado/entrenado en Gestión del Riesgo y Seguridad del paciente	50	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Personal capacitado en los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Persona capacitada	Personal capacitado/entrenado en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	50	Informe	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico Dpto. de Cirugía Dpto. de Enfermería Dpto. de Gineco-Obstetricia Dpto. de Cirugía de Tórax y Cardiovascular
Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis de Incidentes y Eventos Adversos	% de Departamentos asistenciales que notifican incidentes y/o eventos adversos	%	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de Departamentos que notifican incidentes y/o eventos adversos})}{\text{N}^\circ \text{ total de Departamentos}} * 100$	90%	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Oficina de Gestión de la Calidad y Jefaturas de Departamentos.
Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	% de cirugías en las que se aplican la LVSC	%	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de cirugías que aplican la LVSC})}{\text{N}^\circ \text{ total de cirugías ejecutadas}} * 100$	95%	Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía (LVSC)	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico
	Encuestas de evaluación de la implementación de la LVSC	Informe	NA	2	Encuesta	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Objetivo Específico del Plan	Indicador	Unidad de medida	Formula del indicador	Meta programada	Fuente de información	Responsable
Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	% de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías observadas por fases}} * 100$	90%	Reporte de Observaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
	% de Cumplimiento de Rondas de Seguridad	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} * 100$	90%	Cronograma de Rondas	Oficina de Gestión de la Calidad
Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	% de Cumplimiento de Verificadores de Buenas Prácticas	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores de Buenas Prácticas conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores de Buenas Prácticas evaluados}} * 100$	90%	Ficha de Evaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	% de acciones de mejora implementadas post Ronda de Seguridad	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} * 100$	90%	Ficha de Monitoreo	Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela	% de eventos centinela analizados	%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos centinela analizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de eventos centinela}} * 100$	95%	Informe aplicando Protocolo Londres	Jefaturas de Departamentos



**ANEXO N°03**  
**MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO, METAS FISICAS Y RESPONSABILIDADES -**  
**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2022**

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2022												META DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
Promover una atención basada en prácticas seguras	Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Plan de Seguridad del Paciente elaborado y aprobado	Resolución Directoral			1											1	Dirección General
	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial, Rondas de Seguridad del Paciente, Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de eventos centinela.	Persona Capacitada									25	25				50	Oficina de Gestión de la Calidad
		Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico.	Persona Capacitada					25									50	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico Dpto. de Cirugía Dpto. de Enfermería Dpto. de Gineco-Obstetricia Dpto. de Cirugía de Tórax y Cardiovascular





Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2022												RESPONSABLE			
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
Promover una atención basada en prácticas seguras	Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos	Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos	Informe						1									1	Oficina de Gestión de la Calidad y Jefaturas de Departamentos
	Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Aplicadas	Informe			1												1	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico
Promover una atención basada en prácticas seguras		Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según Guía Técnica.	Encuesta						1									1	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
	Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Monitoreo de la Correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe						1									1	Oficina de Gestión de la Calidad
Implementar Rondas de Seguridad del Paciente		Ejecución del Cronograma de Rondas de Seguridad	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Oficina de Gestión de la Calidad Dpto. de Enfermería Dpto. de Farmacia Oficina de Epidemiología
	Verificación de las Buenas Prácticas	Informe															1	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Monitoreo de las acciones de mejora post Ronda de Seguridad del Paciente	Informe															1	Oficina de Gestión de la Calidad	



Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2022												META DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE		
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN	Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Informe			1					1							4	Dpto. de Anestesia y Centro Quirúrgico Dpto. de Cirugía Dpto. de enfermería Dpto. de Gineco-Obstetricia Dpto. de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Dpto de Banco de sangre y Hemoterapia Dpto de Diagnóstico por Imágenes Dpto de Emergencia y Cuidados Críticos Dpto de Especialidades Médicas Dpto de Farmacia Dpto de Medicina Interna Dpto de Nutrición y dietética Dpto de Odontología Dpto de Patología Clínica y Anatomía Patológica Dpto de Pediatría



ANEXO N°04

PRESUPUESTO REQUERIDO

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la Actividad
Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo de Rondas.	S/. 0.00
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Equipo Conductor para la implementación de la LVSC y las Coordinadoras de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	S/. 0.00
	Actualización de la Resolución Directoral que conforma el Comité de Análisis de Eventos Centinela.	S/. 0.00
Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo	Capacitación en Gestión del Riesgo Asistencial , Rondas de Seguridad del Paciente , Sistema de Registro , Notificación de Incidentes , Eventos Adversos , Análisis de eventos centinela	S/. 50.00
	Capacitación para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía dirigido a personal que labora en las Áreas Quirúrgicas y Centro Quirúrgico .	S/. 50.00
Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos	Registro, consolidación e informe semestral de los eventos adversos.	S/. 0.00
Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Evaluación trimestral de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Aplicadas.	S/. 0.00
	Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según Guía Técnica.	S/. 50.00
	Monitoreo de la Correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	S/. 100.00
Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente	S/. 200.00
	Monitoreo de las acciones de mejora post ronda	S/. 50.00
<b>Total</b>		<b>S/. 500.00</b>

\* El presupuesto considerado es un costo aproximado para los informes y reportes como son hojas para impresión, tinta para la impresión, y copias de los formatos de seguridad del paciente.

