

Ministerio de Salud
Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro
Hospital Nacional Dos de Mayo



N° 034 -2024/D/HNDM

Resolución Directoral

Lima 20 de FEBRERO de 2024

VISTO El Expediente Administrativo Registro N° 05394-2024, que contiene entre otros documentos el proyecto del Documento Técnico: "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9° de la Constitución Política del Perú, establece que el Estado determina la Política Nacional de Salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servidores de salud;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías de los procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios, en el citado plan señala entre sus componentes de garantía y mejora la implementación de una serie de procesos entre ellos el de Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprobó 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", la misma que entre sus definiciones operativas señala lo siguiente: "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";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio de 2021, se aprobó las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que en su numeral 6.1.4, señala entre los tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran los planes de diversa naturaleza;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, 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", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;





Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, en adelante el R.O.F., señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;

Que, mediante Informe N° 015-2024-HNDM/OGC, de fecha 9 de febrero de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad emite su opinión técnica sustentatoria, respecto al proyecto del Documento Técnico: "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", a través del cual concluye entre otros aspectos que: "La Seguridad del Paciente implica esfuerzos coordinados para prevenir incidentes que puedan afectar al paciente durante el proceso de la atención en salud";



Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones establecidas en el literal l) del artículo 8° del R.O.F., remite el Informe N° 008-2024-EPP-OEPE-HNDM, de fecha 7 de febrero de 2024, el mismo que cuenta con el Proveído N° 068-2024-OEPE-HNDM, señalando en el numeral 7 del análisis que: "El presupuesto estimado, para la ejecución de las actividades del presente plan es de cero soles (S/ 0.00).", recomendado continúe su trámite para ser aprobado via acto resolutivo;

Estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el que en veinte (20) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Oficina de Gestión de la Calidad, realice la difusión, seguimiento, evaluación, ejecución, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de manera trimestral, semestral y anualmente, los avances del "Plan de Seguridad del Paciente 2024", del Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobado por la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución realice la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

VRGP/JEVT/DLPA/dlpa.

- C.c.:
- Dirección General.
 - Órgano de Control Institucional.
 - Dirección Adjunta.
 - Ofic. Ejecutiva de Administración.
 - Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - Ofic. de Gestión de la Calidad.
 - Ofic. Asesoría Jurídica.
 - Ofic. Estadística e Informática.
 - Archivo.



M.C. VÍCTOR RAFAEL GONZÁLEZ PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
D.M.P. 2024



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| I. Introducción. | 2 |
| II. Finalidad | 2 |
| III. Objetivos. | 2 |
| IV. Ámbito de aplicación | 3 |
| V. Base Legal. | 3 |
| VI. Contenido. | |
| 6.1. Aspectos técnicos conceptuales | 4 |
| 6.2. Análisis de la situación del Aspecto Sanitario o Administrativo | 5 |
| 6.3. Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativo al POI | 6 |
| 6.4. Actividades por Objetivos | 7 |
| 6.5. Presupuesto | 8 |
| 6.6. Financiamiento | 8 |
| 6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan | 8 |
| VII. Responsabilidades | 8 |
| VIII. Anexos. | |
| Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico | 09 |
| Anexo N° 02 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales | 10 |
| Anexo N° 02 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales | 13 |
| Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas y Presupuestales | 16 |
| Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico | 17 |
| Anexo N° 05: Presupuesto Requerido | 19 |
| IX. Bibliografía | 20 |



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" 2024.

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

3.1. OBJETIVO GENERAL

Promover una atención basada en prácticas seguras

3.2. 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 asistencial.
- Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos.
- Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente.
- Implementar Rondas de Seguridad del Paciente.



- Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Evento Adverso.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan anual de Seguridad del Paciente 2024 es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

V. BASE LEGAL

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: 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".
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se 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, que aprueba la Directiva Sanitaria S/N-2016-DG-DA-OGC-HNDM: 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 Prácticas de Atención: Prevención de Caídas y Úlcera por Presión, Medicación Correcta 2016.



- Resolución Directoral N° 054-2017/D/HNDM, que aprueba la Guía Técnica: 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 TÉCNICOS CONCEPTUALES:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los hospitales de los países de ingresos bajos o medios, se producen anualmente 134 millones de eventos adversos que provocan unas 2.6 millones de muertes. Asimismo, a nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria; pudiendo prevenirse hasta el 80% de los daños. Los errores más perjudiciales se relacionan al diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son una de las causas principales de muerte y discapacidad en el mundo. Por lo expuesto, la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial.

OBJETIVOS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Son estrategias evaluadas por la Joint Commission International, para acreditar la calidad y seguridad de la atención en los hospitales y clínicas que adoptan estas acciones para la seguridad de los pacientes.

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.
- Reducir el riesgo de daño al paciente por caídas.
- Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente.

6.1.1. 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 practicas 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 ACTUAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Hospital Nacional "Dos de Mayo", es un establecimiento de salud nivel III-1, con una disponibilidad de atención hospitalaria a la fecha, de aproximadamente 653 camas, por lo que debemos realizar el monitoreo relacionado a Prácticas Seguras y Rondas de Seguridad del Paciente.

6.2.1. ANTECEDENTES

Como todo Hospital MINSa y en cumplimiento a la normatividad vigente, desde el año 2005 se han venido implementado acciones relacionadas con la seguridad del paciente como la notificación de los eventos adversos, implementación de la lista de la seguridad de la cirugía, rondas de seguridad del paciente, asimismo, implementación de prácticas seguras como identificación del paciente, prevención de caídas, prevención de úlceras de presión. Las acciones mencionadas han permitido ir fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente, aunque aún se encuentra en proceso



Desde el año 2018 se informan dentro de los Indicadores de Calidad, aquellos que tienen impacto en la seguridad del paciente, dentro de los cuales identificamos en el periodo 2018-2024 los siguientes indicadores en promedio:

- Porcentaje de Departamentos que notifican Eventos Adversos: 85%
- Tasa de prevalencia de Eventos adversos notificados: 3%
- Porcentaje de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: 95%
- Porcentaje de Cumplimiento de buenas prácticas detectadas en las Rondas de Seguridad del Paciente: 86%

Debemos tener en cuenta que las rondas de seguridad constituyen desde el año 2020 uno de los compromisos de mejora para el incentivo económico anual.

6.2.2. PROBLEMA

No hay adecuado diagnóstico ni manejo de los riesgos asistenciales, lo que afecta la seguridad en la atención de los pacientes.

6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

Entre las causas del problema se encuentran:

- Incumplimiento de las normas relacionadas a la gestión de la historia clínica.
- Inadecuada notificación de los eventos adversos relacionados con medicación, procedimientos quirúrgicos, anestesiológicos, colocación de dispositivos, infecciones asociadas a la atención en salud, etc.
- El proceso de implementación de prácticas seguras de atención no se ha completado.
- La cultura de seguridad de la atención es débil.
- Causas dependientes del paciente (edad, estado de inmunidad, polimedicación, poca colaboración, etc.)

6.2.4. POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

El plan tiene como objetivo todas las áreas asistenciales del Hospital, con mayor énfasis en las áreas quirúrgicas, de hospitalización, emergencia, cuidados críticos; así como las áreas administrativas involucradas en los procesos de atención a los pacientes.

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Entre las alternativas de solución se encuentra difundir las normas vigentes relacionadas a seguridad del paciente; promover la cultura de seguridad del paciente a través de capacitaciones y monitoreo de prácticas seguras. Asimismo, retroalimentar cada área evaluada con el compromiso de las jefaturas. Además, se debe fortalecer la Cultura de Seguridad.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

Este Documento se articula con el Objetivo Estratégico Institucional 04 (OEI.04) Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la



Modernización de la Gestión Pública. Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 04.02 (AEI.04.02) Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

Se articula con la AOI00014400580. Acciones para el fortalecimiento de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo, del Plan Operativo Institucional (POI) del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

Ver anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.

OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente

- Aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Aprobación del Cronograma anual de las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno quirúrgico
- Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela.
- Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente
- Difusión del Plan de Seguridad del Paciente
- Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente

OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo Asistencial

- Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales
- Capacitación/ Asistencia Técnica para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo de la implementación de prácticas seguras

OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación-Análisis de Evento Adverso

- Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos.

OE.4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente

- Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas.
- Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica.
- Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



OE.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente

- Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.

OE.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos

- Análisis de los eventos adversos, Centinela mediante de Metodología del protocolo de Londres.

El Anexo N° 02 muestra la Matriz de programación de Metas Físicas y Presupuestales donde se indican las metas, unidades de medida, el cronograma y los responsables y en el Anexo N° 03 los Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos.

6.5 PRESUPUESTO

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

6.6 FINANCIAMIENTO:

Las actividades del presente plan se financiarán con Recursos Ordinarios de la institución

6.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo, la supervisión y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en el presente plan, son responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.

VII. RESPONSABILIDADES

Las Jefaturas de los Departamentos y Oficinas son responsables de implementar y supervisar las actividades que le corresponden, en el ámbito de su competencia y remitir la información y evidencias respectivas a la Oficina de Gestión de la Calidad.

La Oficina de Gestión de la Calidad consolidará la información e informará a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

VIII. ANEXOS





**ANEXO N°01:
MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN OPERATIVO ESPECIFICO**

| Marco Estratégico | | Estructura programática y operativa | | | | Objetivo Específico del Plan |
|---|---|--|-------------------------|----------------------|-------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico Institucional del PEI | Acción Estratégica | Actividad operativa POI | Categoría Presupuestal | Producto | Actividad presupuestal | Objetivo General del Plan |
| OEI 04 Fortalecer la Recorrida y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la Modernización de la Gestión Pública. | AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población, con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados | Gestión – Acciones para el fortalecimiento de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos. | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | 500003 Gestión Administrativa | Promover una atención basada en prácticas seguras" |
| | | | | | | Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente. |
| | | | | | | Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial. |
| | | | | | | 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 Adversos. |

ANEXO N° 02 - A

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

Estructura programática operativa

| Objetivo General del Plan: Promover una atención basada en prácticas seguras | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS | | | | | Responsable | |
|---|---|-----------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|-------------|--|
| | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Meta Física Anual | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente | A.1.1: Aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. | Resolución Directoral | 1 | | | | | 1 | Dirección General |
| | A.1.2: Aprobación del Cronograma anual de las Rondas de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | 1 | | | | | 1 | Dirección General |
| | A.1.3: Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por Turno Quirúrgico | Resolución Directoral | 1 | | | | | 1 | Dirección General |
| | A.1.4: Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela. | Resolución Directoral | 1 | | | | | 1 | Dirección General |
| | A.1.5: Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | 1 | | | | | 1 | Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad |
| | A.1.6: Difusión del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | 1 | | | | | 1 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | A.1.7: Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo Asistencial | A.2.1: Capacitación/Asistencia técnica en Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales | Persona Capacitada | | 50 | | | | 50 | Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad |
| | A.2.2: Capacitación/Asistencia Técnica para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | Persona Capacitada | | 25 | 25 | | | 50 | Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería |
| | A.2.3: Monitoreo de la implementación de prácticas seguras | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"



| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS | | | | | Responsable |
|---|---|------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|---|
| | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Meta Física Anual | |
| OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos | A.3.1: Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Farmacia Departamento de Medicina Interna Departamento de Nutrición y dietética Departamento de Odontostomatología Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico |
| | | | | 1 | | 1 | 2 | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | | 1 | | 1 | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| OE.4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente | A.4.1: Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas. A.4.2: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica. A.4.3: Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. A.4.4: Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | Informe | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico |
| | | | | 1 | | 1 | 2 | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | | 1 | | 1 | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | | 1 | | 1 | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS | | | | | Responsible |
|---|---|------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------------|---|
| | | | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Meta Física Anual | |
| OE.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente | A.5.1: Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente. | Informe | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental |
| | A.5.2: Monitoreo de las acciones de mejora post ronda. | Informe | | 1 | | 1 | 2 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| OE.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos | A.6.1: Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres | Informe | | 1 | | 1 | 2 | Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico Departamento. de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia Departamento de Diagnóstico por Imágenes Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Farmacia Departamento de Medicina Interna Departamento de Nutrición y dietética Departamento de Odontomatología Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Departamento de Pediatría |
| | | | | | | | | |

ANEXO N° 02 - B

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

| Estructura programática operativa | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------------------|--|--|
| Objetivo General del Plan: Promover una atención basada en prácticas seguras | | | | | | | | | | | | | | |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/) | | | | | Responsable | | | | | | |
| | | | Categoría presupuestal | Producto | Actividad presupuestal | Genérica de gasto | I Trimestre | | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | Total Presupuesto (\$/) | | |
| OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente | A.1.1: Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente. | Resolución Directoral | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Dirección General | |
| | A.1.2: Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente | Resolución Directoral | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Dirección General | |
| | A.1.3: Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno quirúrgico | Resolución Directoral | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Dirección General | |
| | A.1.4: Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela. | Resolución Directoral | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Dirección General | |
| | A.1.5: Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente. | Resolución Directoral | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad | |
| OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial | A.1.6: Difusión del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | Gestión Administrativa | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Oficina de Gestión de la Calidad | |
| | A.1.7: Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | | | S/ 0.00 | Oficina de Gestión de la Calidad | |
| | A.2.1: Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales | Persona Capacitada | | | | | | S/ 0.00 | | | | | S/ 0.00 | Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad |
| | A.2.2: Capacitación/ Asistencia Técnica para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | Persona Capacitada | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 | Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/) | | | | | | | Responsable | | |
|---|---|------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|---|
| | | | Categoría presupuestal | Producto | Actividad presupuestal | Genérica de gasto | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | | IV Trimestre | Total Presupuesto (S/) |
| OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis de Eventos Adversos | A.3.1: Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos | Informe | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | Gestión Administrativa | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia Departamento de Diagnóstico por Imágenes Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Farmacia Departamento de Medicina Interna Departamento de Nutrición y dietética Departamento de Odontostomatología Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| OE.4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente | A.4.1: Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas. A.4.2: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica. A.4.3: Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. A.4.4: Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | Informe | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | Gestión Administrativa | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Actividad | Unidad de medida | PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/) | | | | | | | Responsable | | | |
|---|---|------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|------------------------|--|
| | | | Categoría presupuestal | Producto | Actividad presupuestal | Genérica de gasto | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | | IV Trimestre | Total Presupuesto (S/) | |
| OE.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente | A.5.1: Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente. | Informe | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Enfermería Departamento de Farmacia Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental |
| | A.5.2: Monitoreo de las acciones de mejora post ronda. | Informe | | | | | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | S/ 0.00 | Oficina de Gestión de la Calidad |
| OE.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos | A.6.1: Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres | Informe | 9001 ACCIONES CENTRALES | 3999999 SIN PRODUCTO | Gestión Administrativa | | | S/ 0.00 | S/ 0.00 | | | S/ 0.00 | Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia Departamento de Diagnóstico por Imágenes Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Farmacia Departamento de Medicina Interna Departamento de Nutrición y dietética Departamento de Odontología Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Departamento de Pediatría |
| | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL PRESUPUESTO S/. | | | | | | | | | | | S/ 0.00 | | |

ANEXO N° 03

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | Actividad | Unidad de medida | CUMPLIMIENTO DE METAS FISICAS | | | | | | EJECUCION PRESUPUESTAL | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------------------|------------|-------------|------------|
| | | | I SEMESTRE | | II SEMESTRE | | ANUAL | | I SEMESTRE | | II SEMESTRE | ANUAL |
| | | | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado | Programado |
| <p>Objetivo General del Plan: Promover una atención basada en prácticas seguras</p> <p>OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</p> <p>OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial</p> <p>OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación -- Análisis de Eventos Adversos</p> <p>OE.4: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente</p> <p>OE.5: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente</p> <p>OE.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos</p> | A.1.1: Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente. | Resolución Directoral | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.2: Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente | Resolución Directoral | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.3: Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno quirúrgico | Resolución Directoral | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.4: Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela. | Resolución Directoral | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.5: Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente | Resolución Directoral | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.6: Difusión del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | 1 | | | | 1 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.1.7: Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente | Informe | 2 | | 2 | | 4 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.2.1: Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales | Persona Capacitada | 50 | | | | 50 | S/ 0.00 | | | | S/ 0.00 |
| | A.2.2: Capacitación/ Asistencia Técnica para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | Persona Capacitada | 25 | | 25 | | 50 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.2.3: Monitoreo de la implementación de prácticas seguras | Informe | 2 | | 2 | | 4 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.3.1: Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos | Informe | 2 | | 2 | | 4 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.4.1: Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas. | Informe | 2 | | 2 | | 4 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.4.2: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica. | Encuesta | 1 | | 1 | | 2 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.4.3: Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | Informe | 1 | | 1 | | 2 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.4.4: Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | Informe | 1 | | 1 | | 2 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.5.1: Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente. | Informe | 6 | | 6 | | 12 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| | A.5.2: Monitoreo de las acciones de mejora post ronda. | Informe | 1 | | 1 | | 2 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 |
| A.6.1: Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres | Informe | 1 | | 1 | | 2 | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | |

ANEXO N°04:

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN

| Declaración de Objetivos | Indicador | | Unidad de medida | Meta Programada | Fuente de Información | Responsable |
|--|---|--|--------------------|-----------------|---|--|
| | Nombre del Indicador | Fórmula del Indicador | | | | |
| Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente | Plan de Seguridad del Paciente elaborado y aprobado | | Plan aprobado | 1 | Resolución. Directoral | Dirección General |
| | Personal capacitado/entrenado en Gestión del Riesgo y Seguridad del paciente | | Persona capacitada | 50 | Informe | Oficina de Personal Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación Oficina de Gestión de la Calidad |
| Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial | Personal capacitado/entrenado en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | | Persona capacitada | 50 | Informe Lista de Asistencia | Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería |
| | Porcentaje de Departamentos asistenciales que notifican incidentes y/o eventos adversos | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Departamentos que notifican incidentes y/o eventos adversos}}{\text{N}^\circ \text{ total de Departamentos}} \times 100$ | Porcentaje | 90% | Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas | Oficina de Gestión de la Calidad y Jefaturas de Departamentos. |
| Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Incidentes y Eventos Adversos | Porcentaje de cirugías en las que se aplican la LVSC | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías que aplican la LVSC}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirugías ejecutadas}} \times 100$ | Porcentaje | 95% | Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía (LVSC) | Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico |
| | Encuestas de evaluación de la implementación de la LVSC | | Informe | 2 | Encuesta | Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad |
| Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente | Porcentaje de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías observadas por fases}} \times 100$ | Porcentaje | 90% | Reporte de Observaciones | Oficina de Gestión de la Calidad |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

| Declaración de Objetivos | Indicador | | Unidad de medida | Meta Programada | Fuente de Información | Responsable |
|--|--|---|------------------|-----------------|-------------------------------------|---|
| | Nombre del Indicador | Fórmula del Indicador | | | | |
| Implementar Rondas de Seguridad del Paciente | Porcentaje de cumplimiento de Rondas de Seguridad | N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas N° de Rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100 | Porcentaje | 90% | Cronograma de Rondas | Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad |
| | Porcentaje de cumplimiento de criterios evaluados en las Rondas de Seguridad | Valor de aplicativo MINSA | Porcentaje | 80% | Aplicativo MINSA | Oficina de Gestión de la Calidad |
| Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela | Porcentaje de eventos centinela analizado | N° de eventos centinela analizados | Porcentaje | 95% | Informe aplicando Protocolo Londres | Jefaturas de Departamentos |
| | | N° total de eventos centinela | | | | |

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

ANEXO N°05
PRESUPUESTO REQUERIDO

| Objetivo Específico del Plan | Actividad Operativa | Costo de la Actividad |
|--|---|-----------------------|
| Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente | Aprobación del Equipo de Rondas de seguridad del paciente. | S/. 00.00 |
| | Aprobación del cronograma anual de las rondas de seguridad del paciente | S/. 00.00 |
| | Aprobación del Equipo Conductor y Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno quirúrgico | S/. 00.00 |
| | Aprobación del Comité de Análisis de Eventos Centinela. | S/. 00.00 |
| | Elaboración y Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente | S/. 00.00 |
| | Difusión del Plan de Seguridad del Paciente | S/. 00.00 |
| | Monitoreo del Plan de Seguridad del Paciente | S/. 00.00 |
| Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial | Capacitación/ Asistencia técnica en Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos, Análisis de Evento Centinela, Rondas de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo Asistenciales | S/. 00.00 |
| | Capacitación/ Asistencia Técnica para fortalecer los aspectos técnicos de la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía | S/. 00.00 |
| Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos | Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos. | S/. 00.00 |
| Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente | Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas. | S/. 00.00 |
| | Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica. | S/. 00.00 |
| | Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | S/. 00.00 |
| | Seguimiento de las acciones de mejora desarrolladas en base a los resultados de la encuesta de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. | S/. 00.00 |
| Implementar Rondas de Seguridad del Paciente | Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente. | S/. 00.00 |
| | Monitoreo de las acciones de mejora post ronda. | S/. 00.00 |
| Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos | Análisis de los eventos adversos, Centinela mediante de Metodología del protocolo de Londres. | S/. 00.00 |
| TOTAL | | S/. 00.00 |



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPP-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud "
2. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
3. Ministerio de Salud. 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".

