



# Resolución Directoral

Lima, 13 de Marzo de 2025

**VISTO:** El Expediente Administrativo Registro N° 08159-2025, que contiene entre otros documentos, el proyecto del Documento Técnico: "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025 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 descentralizada para facilitar a todos el acceso a los servidores de salud;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2016-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 mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, con 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° 896-2008/MINSA, en adelante el R.O.F., señala que la Oficina de Gestión de Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de 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° 16-2025-HNDM/OGC, de fecha 03 de marzo de 2025, 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 2025", 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 Memorando N° 586-2025-OEPE-EP-561-HNDM, de fecha 06 de marzo del 2025, señalando que a la fecha del informe se visualizan saldos libres disponibilidad por un monto total de S/ 5,000.00 soles en el clasificador 23.27.11.99 Servicios Diversos en la cadena funcional N° 112,9001 3999999 5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA 20 006 0008,0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, en la Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios.

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



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

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008-MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 228-2013/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 del 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 2025", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en veintidós(22) fojas, 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

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



N° 051 -2025/D/HNDM

# Resolución Directoral

Lima 13 de Marzo de 2025

Anual de Seguridad del Paciente 2025, 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](http://www.hdosdemayo.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese.



VRGP/JEVT/MYRV.

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

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025**  
**HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”**

**INDICE**

	<b>Pág.</b>
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 de la seguridad del paciente	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



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

### 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" 2025.

### 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 2025 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), alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y, cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Más de la mitad de estos daños (es decir, en uno de cada veinte pacientes) se pueden prevenir, y la mitad se debe a medicamentos.

Según algunos cálculos, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, el 80% de los cuales (entre el 23,6 y el 85%) se podrían prevenir. Algunos eventos adversos habituales que pueden provocar daños prevenibles se deben a errores cometidos durante la identificación de pacientes, el diagnóstico o la prescripción de medicamentos, así como a caídas de pacientes, transfusiones de sangre sin analizar debidamente y riesgos que se podrían evitar durante procedimientos quirúrgicos. También pueden producirse eventos adversos como infecciones asociadas con la atención de salud, úlceras de decúbito y tromboembolismos venosos. Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son una de las causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.

Se ha calculado que, cada año, los daños causados a los pacientes reducen hasta en un 0,7% el crecimiento económico mundial, y sus costos indirectos equivalen anualmente a varios billones de dólares estadounidenses.

Invertir en prevenir estos daños puede generar grandes ahorros económicos y, lo que es más importante, mejorar la evolución de los pacientes. 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 633 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 del Ministerio de Salud 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, el año 2024 se obtuvo en promedio:

- Porcentaje de Departamentos que notifican Eventos Adversos: 80%
- Tasa de prevalencia de Eventos adversos notificados: 1%
- Porcentaje de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: 98%
- Porcentaje de Cumplimiento de buenas prácticas detectadas en las Rondas de Seguridad del Paciente: 87%

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. PROBLEMAS

No se identifican ni gestionan técnicamente los riesgos en salud, lo que afecta la seguridad en la atención de los pacientes.

No se notifican los eventos adversos.

No se analizan los eventos adversos, incidentes o accidentes ocurridos durante la atención a los pacientes.

No existe Cultura de Seguridad en el personal.

No se aplican adecuadamente las buenas prácticas en la atención.

Desconocimiento en temas de seguridad del paciente y buenas prácticas de atención.

### 6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

Entre las causas del problema se encuentran:

- Factores Sistémicos y Organizativos: la complejidad de las intervenciones médicas, los procesos y procedimientos incorrectos, falta de guías de atención, las alteraciones en la coordinación del flujo de trabajo y la atención, las limitaciones de recursos, la dotación inadecuada de personal y la adquisición de competencias; cultura de calidad y seguridad del paciente incipientes
- Factores Tecnológicos: cuestiones relacionadas con los sistemas de información sanitaria, como los problemas relacionados con las historias clínicas o los sistemas de administración de medicación, y el uso indebido de la tecnología;
- Factores Humanos y Comportamentales: falta de liderazgo, falta de motivación, inadecuada comunicación entre el personal de salud, dentro de



los equipos asistenciales y con los pacientes y sus familias, falta de trabajo en equipo, cansancio, síndrome de desgaste profesional y sesgos cognitivos;

- Factores relacionados con el paciente: poca cultura sanitaria, falta de implicación e incumplimiento terapéutico;
- Factores externos: ausencia de políticas, incoherencia de las normativas, presiones económicas y financieras, y problemas asociados al entorno natural.

#### 6.2.4. POBLACIÓN OBJETIVO

El plan tiene como objetivo al personal de todas las áreas del Hospital, con 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 encuentran:

- ✓ 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.
- ✓ Retroalimentar cada área que haya presentado algún tipo de evento adverso.
- ✓ Analizar cada evento adverso que se presente y tomar las medidas para evitar o mitigar su ocurrencia.
- ✓ Realizar rondas de seguridad que permitan detectar posibles riesgos asistenciales y recomendar medidas para evitar su ocurrencia.

#### 6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

Este Documento articula con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del Ministerio de Salud, en el Objetivo Estratégico Institucional 03 (OEI.03) Contribuir al acceso a servicios de salud eficaces y de calidad de la población del país. Asimismo, articula con la Acción Estratégica Institucional 03.08 (AEI.03.08) Programa de mejoramiento continuo de la calidad de las atenciones en salud, eficientes, oportunas y sostenibles, en los servicios de salud.

Se articula con el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo", en la Actividad Operativa AOI00014400580 Acciones para el fortalecimiento de las buenas prácticas en seguridad del paciente y gestión del riesgo.

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
- Gestionar actividades por la Semana de la Seguridad del Paciente

**E.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 las prácticas seguras (Aplicación de la lista de verificación de la 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: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos**

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

**OE.5: 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.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente**

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



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**

El presupuesto requerido para las actividades de la Semana de Seguridad del Paciente, es de dos mil soles (S/ 2000.00); y se encuentra incluido en el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad año 2025, aprobado con Resolución Directoral N° 028-2025/D/HNDM

#### **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 General del Plan	Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal		
(OEI.03) Contribuir al acceso a servicios de salud eficaces y de calidad de la población del país	AEI.03.08 Programa de mejoramiento continuo de la calidad de las atenciones en salud, eficientes, oportunas y sostenibles, en los servicios de salud	AOI00014400580 Acciones para para el fortalecimiento de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo.	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 de los Eventos Adversos.  Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos  Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente.  Implementar Rondas de Seguridad del Paciente.





ANEXO N° 02 - A

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual		
<b>OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</b>	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
	A.1.8: Gestionar actividades por la semana de la Seguridad del Paciente	Informe	1		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo Asistencial</b>	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 Riesgos 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 en la atención de pacientes	Informe	1	1	1	1		4	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
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	
<p><b>OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos</b></p>	<p>A.3.1: Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos</p>	<p>Informe</p>	1	1	1	1	4	<p>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</p>
<p><b>OE.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos</b></p>	<p>A.4.1: Análisis de los Eventos Centinela mediante la Metodología del Protocolo de Londres</p>	<p>Informe</p>		1		1	2	<p>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</p>

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
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.5: 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.	Informe	1	1	1	1	4	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	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	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
	A.4.3: Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	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	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería
OE.6: 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

ANEXO N° 02 - B

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

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 (\$/)		
<b>OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</b>	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	
	A.1.6: Difusión del Plan de Seguridad del Paciente	Informe				9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa					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.1.8: Gestionar actividades por la semana de Seguridad del Paciente	Informe								S/ 2000.00			S/ 2000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial</b>	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		S/ 0.00	Departamentos Quirúrgicos Departamento de Enfermería	



Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

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.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	39999999 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 Odontología Departamento de Patología Clínica y Anatómica Patológica Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad
OE.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	A.4.1: Análisis de los Eventos Centineia mediante la Metodología del Protocolo de Londres	Informe					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 Odontología Departamento de Patología Clínica y Anatómica Patológica Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
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/)	
OE5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	A.5.1: Evaluación de los formatos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aplicadas.	Informe						S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	A.5.2: Aplicación semestral de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía según Guía técnica.	Encuesta							S/ 0.00			S/ 0.00	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
	A.5.3: Monitoreo de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe							S/ 00.00			S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	A.5.4: 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	39999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa				S/ 0.00		S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería
OE6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	A.6.1: 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.6.2: Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	Informe							S/ 0.00			S/ 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad
			TOTAL PRESUPUESTO S/.								S/ 2000.00		

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
<b>OE.1: Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</b>	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.1.8: Gestionar actividades por la semana de Seguridad del Paciente	Informe		1	1	S/0.00	S/2000.00	S/2000.00
<b>OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial</b>	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/00.00
	A.2.3: Monitoreo de la implementación de prácticas seguras	Informe	2	2	4	S/0.00	S/0.00	S/0.00
<b>OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos</b>	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

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

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
OE.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	A.4.1: 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
	A.5.1: 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
OE.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	A.5.2: 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.5.3: 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.5.4: 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
OE.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	A.6.1: Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	6	6	12	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00
	A.6.2: Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	Informe	1	1	2	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00

ANEXO N°04:

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
OE.1: 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
OE.2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial	Número de personal capacitado o 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
	Número de personal capacitado o 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
OE.3: Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos	Porcentaje de Departamentos asistenciales que notifican incidentes y/o eventos adversos	Nº de Departamentos que notifican incidentes y/o eventos adversos x 100	Porcentaje	90%	Fichas de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas	Oficina de Gestión de la Calidad Jefaturas de Departamentos.
	Porcentaje de eventos centinela analizado	Nº de eventos centinela analizados x 100	Porcentaje	95%	Informe aplicando Protocolo Londres	Jefaturas de Departamentos
OE.4: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos	Porcentaje de cirugías en las que se aplican la LVSC	Nº de cirugías que aplican la LVSC x 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 Anestesiología y Centro Quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad
OE.5: Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente	Porcentaje de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC	Nº de cirugías que aplican correctamente las fases de la LVSC x 100	Porcentaje	90%	Reporte de Observaciones	Oficina de Gestión de la Calidad
	Nº de cirugías observadas por fases					

Documento Técnico: Plan Anual de Seguridad del Paciente 2025  
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
OE.6: Implementar Rondas de Seguridad del Paciente	Porcentaje de cumplimiento de Rondas de Seguridad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} \times 100$	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

**ANEXO N°05**  
**PRESUPUESTO REQUERIDO 2025**

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la Actividad
<b>Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente</b>	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
	Gestionar actividades por la Semana de la Seguridad del Paciente	S/. 2000.00
<b>Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo asistencial</b>	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
<b>Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación – Análisis de Eventos Adversos</b>	Registro, consolidación y análisis de los incidentes y/o eventos adversos.	S/. 00.00
<b>Promover los Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente</b>	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
<b>Implementar Rondas de Seguridad del Paciente</b>	Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente.	S/. 00.00
	Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	S/. 00.00
<b>Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Adversos</b>	Análisis de los eventos adversos, Centinela mediante de Metodología del protocolo de Londres.	S/. 00.00
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 2000.00</b>

El presupuesto se encuentra incluido en el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2025, aprobado con RD N°028-2025/D/HNDM



## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud* [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2023: Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-seguridad-paciente-2023-involucrar-pacientes-seguridad-paciente>.
3. Ministerio de Salud de Argentina. *Manual de Seguridad del Paciente* [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual\\_de\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf).
4. Ministerio de Salud de Colombia. *Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2020 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/quia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Carta de derechos para la seguridad del paciente* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60462>.
6. Ministerio de Sanidad de España. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/>.
7. Organización Panamericana de la Salud. *La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2012 [citado 2025 Feb 21]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9302>.

