

Comunicada

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 074-2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 24 de Febrero de 2016

Visto; la Nota Informativa Nº 054-OGC-HVLH-2016, emitido por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I; II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la seguridad del paciente no es un problema local, sino es parte de los problemas de salud pública, más aun en los países en vías de desarrollo, donde los mecanismos de regulación de la atención en salud están menos consolidados; con tal fin, el 27 de Octubre del 2004 se establece la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes; en esta Alianza se pretende alinear a los actores en la generación de una atención de salud con la doctrina de la seguridad;

Que, en ese sentido, mediante Resolución Ministerial Nº 143-2006/MINSA, se conformó el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, con la finalidad de apoyar al Ministerio de Salud en los aspectos técnicos y acciones necesarias para poner en marcha la Alianza Interinstitucional Nacional para la Seguridad del Paciente; asimismo, como para elaborar e implementar el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente;

Que, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial Nº 676-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico denominado "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", con el fin de articular esfuerzos en torno a la seguridad del paciente de una manera sistemática y organizada, buscando que los hospitales identifiquen la naturaleza de los eventos adversos en su establecimiento, luego formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como no de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos, ofrecer la Seguridad del Paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, en virtud de lo establecido por Resolución Ministerial indicada en el párrafo precedente y con el objetivo de alinear a todos los actores en la generación de una atención de salud con la doctrina de la seguridad; mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha propuesto el "Plan de Seguridad del Paciente 2016" del Hospital Víctor Larco Herrera; el mismo que ha sido revisado



y obtenido opinión favorable por parte de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, solicitando su aprobación; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la Institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera, y;

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Denominado "**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2016**" del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto a folios dieciséis (16) forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- La Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital "Víctor Larco Herrera" es la responsable de la difusión e implementación de la presente Resolución Directoral.

Artículo 3°.- Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 4°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese.

[Firma manuscrita]
Director Ejecutivo
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Hospital Víctor Larco Herrera
Calle 12 de Octubre 1234
Lima, Perú



GEVC/LAVS/CASV/MYRV

Distribución

- Dirección Adjunta
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica



PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA

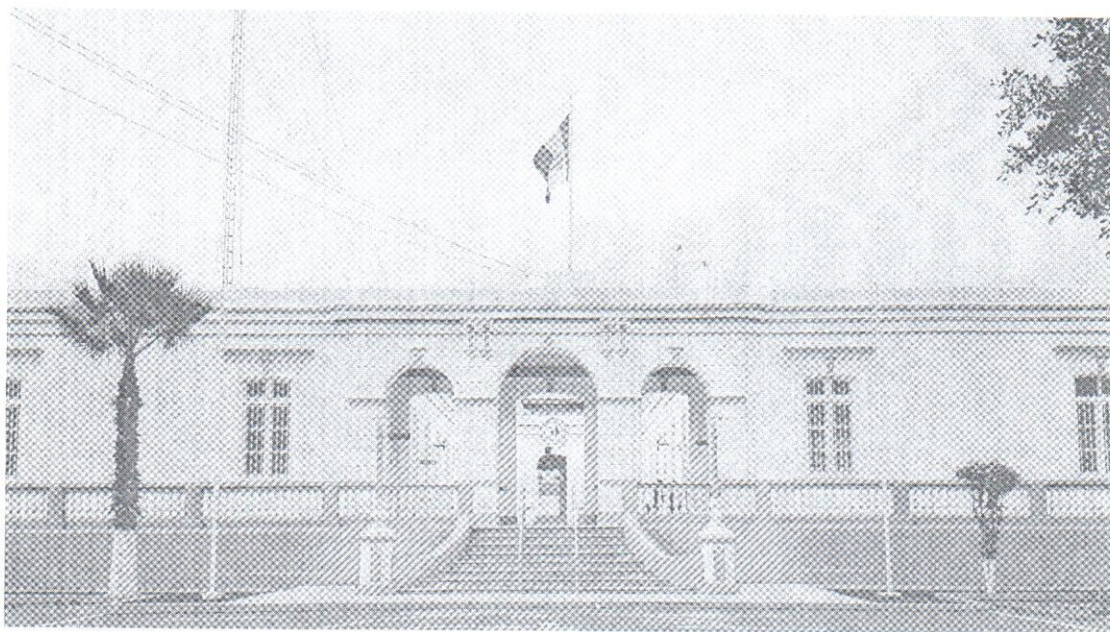
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



2016

Av. El Ejército N° 600 - Magdalena del Mar, Lima 17-Peru Teléfono: (511) 261-5516 Anexo 1201 Web: www.larcoherrera.gob.pe
Email: stravezovlh.gob.pe



1





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARGO
HERNANDEZ

"Año de la Consolidación del Mar de

ELABORADO POR:

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila
Responsable de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la calidad

COLABORADORES:

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015

Méd. Luis Enrique Bonelli Vásquez
Presidente del comité de Seguridad del Paciente

Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Aguirre
Miembro del comité de Seguridad del Paciente

Lic. Enf. Luz Uscata Quispe
Miembro del comité de Seguridad del Paciente

Lic. Enf. Violeta Obdulia Flores Fernández
Miembro del comité de Seguridad del paciente

Q.F. Maria del Rosario Alvarez Pacheco
Miembro del comité de Seguridad del Paciente

REVISADO POR

Méd. Psiq. Gisela Vargas Cajahuanca
Directora General HVLH

MC. Ana Erika Chinen Yara
Jefa de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Méd. Psiq. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LANCU
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

INDICE

I	INTRODUCCION	4-5
II	FINALIDAD	5
III	OBJETIVOS	5
	OBJETIVO GENERAL	5
	OBJETIVOS ESPECÍFICO	6
IV	BASE LEGAL	6-7
V	AMBITO DE APLICACIÓN	7
VI	CONTENIDO	7
6.1	ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES	7-8
6.2	ACTIVIDADES	8-9
VII	BIBLIOGRAFÍA	10
VIII	ANEXOS	11
	ANEXO Nº01: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	12-13
	ANEXO Nº 02: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	14
	ANEXO Nº 03: FORMATO PARA REPORTAR A OGCyDP-IGSS EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2016	15
	ANEXO Nº 4: MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD	16





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARGO
HERNANDEZ

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

I. INTRODUCCION

La preocupación por ofrecer asistencia sanitaria segura nace con la misma práctica sanitaria, esta preocupación se mantuvo en segundo plano hasta el inicio del siglo XX, ya que la calidad de atención sanitaria se focalizaba en conseguir resultados, sin darle demasiada importancia a los riesgos.

Sin embargo con la tecnificación y la instrumentalización de la asistencia sanitaria la práctica médica comenzó a hacer más invasiva por lo tanto con mayor riesgo. Y por los años 1950-1960 algunos estudios dieron cuenta de los mismos, pero casi no se prestó atención a estos resultados.

El nacimiento de la disciplina de Seguridad del Paciente surgió en EEUU alrededor de los 70 por varias circunstancias concurrentes: indemnizaciones por litigios en casos de mala praxis, empezaron a suponer importantes cantidades de las aseguradoras, algunos de estos casos tuvieron una repercusión mediática nacional como el de la reportera del Boston Globe con cáncer de mama que falleció tras ser administrada una dosis de quimioterapia 10 veces superior a la que le correspondía por una mala interpretación de la prescripción de su oncólogo. Al principio del decenio de 1990 empezó a disponerse de evidencias científicas sobre este problema con la publicación de los resultados del Harvard medical Practice Atudy en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en particular la publicación en 1999 de "To err is Human, building a safer health system" realizado por el instituto de medicina de los Estados Unidos, aportaron datos y colocaron el tema en la agenda de los programas políticos. Y se convierte en un problema de salud pública por el que se le da un enfoque nacional, priorizando sobre cualquier otro tema relacionado con la calidad de asistencia sanitaria la organización Mundial de salud (OMS).

A partir de esta evidencia se han puesto en marcha diferentes programas tanto nacionales como internacionales para mejorar la Seguridad del paciente.

En marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en 55 Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

En 2004 nace la "WORLD ALLIANCE FOR PATIENTE SAFETY", la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Esta alianza propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de la seguridad de los establecimientos de salud y de las buenas prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente.

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

como el estudio de los eventos adversos y la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las Organizaciones de Salud.

Entonces la Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Este documento ha sido elaborado siguiendo los lineamientos de la Oficina de Gestión de Calidad y Derecho de las personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, que determino los criterios de trabajo del 2016 mediante EJES DE TRABAJO (6 ejes); donde en relación a Seguridad del paciente tenemos:

EI EJE DE TRABAJO 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE con los objetivos estratégicos:

- 4.1- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- 4.2- Fortalecer el Sistema de Registro -Notificación - Análisis Y Mejora del Incidente y Evento Adverso
- 4.3 - Promover una cultura basada en el aprendizaje del error –Cultura de Seguridad
- 4.4 Promover Buenas Prácticas de Atención Por la seguridad del paciente (Objetivos internacionales en seguridad del Paciente)
- 4.5- Implementar el proceso de aprendizaje del ERROR (Rondas de Seguridad: Identificación –Registro –Notificación –Análisis Y mejora del Incidente y Evento Adverso)
- 4.6- Fortalecer el proceso de Análisis de Evento Centinela (intervención de Contingencia)
- 4.7- Contribuir a la reducción de Riesgos asociados a la prestación orientados hacia la acreditación y certificación de la ODD (seguimiento de planes de mitigación de riesgos)

II. FINALIDAD

Contribuir a brindar una atención segura y de calidad al paciente en los diferentes servicios de salud del Hospital "Víctor Larco Herrera".

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un entorno seguro en los servicios de salud que brinda el Hospital Víctor Larco Herrera mediante la reducción de riesgos y mejorando la seguridad de los pacientes.





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARGO
HERNANDEZ

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

OBJETIVOS ESPECÍFICO

Objetivo Específico 1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.

Objetivo Específico 2: Fortalecer el Sistema de Registro -Notificación - Análisis Y Mejora del Incidente y Evento Adverso.

Objetivo Específico 3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.

Objetivo Específico 4. Implementar el proceso de aprendizaje del ERROR (Rondas de Seguridad: Identificación –Registro –Notificación –Análisis Y mejora del Incidente y Evento Adverso).

Objetivo Específico 5 Fortalecer el proceso de Análisis de Evento Centinela (intervención de Contingencia)

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
5. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008.
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
9. Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de prevención y control de infecciones Intrahospitalaria.
10. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
11. 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.
12. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad".





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

13. Resolución Directoral N°026-2016-DG-HVLH que aprueba la conformación del Comité de Seguridad del Paciente en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de seguridad del paciente es de aplicación en todos los servicios asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES

- **Atención Segura.-** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- **Barrera de Seguridad.-** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Complicación.-** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- **Cultura de Seguridad.-** Se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas.
- **Daño en el paciente.-** los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:
 - Leve:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
 - Moderado:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.
 - Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
- **Error.-** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- **Evento Adverso en Salud.-** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

- **Evento centinela.-** Es un incidente o suceso 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.
- **Factor contribuyente.-** Se define como una circunstancia, acción o influencia que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.
- **Incidente.-** Suceso que resulta del proceso de atención del paciente, es involuntario no causa daño pero que pudiera favorecer para la aparición de un evento adverso.
- **Medida de mejora:** Es una medida adoptada o una circunstancia para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
- **Peligro.-** Es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.
- **Riesgo.-** Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incrementa tal probabilidad.
- **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 de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad.-** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios 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.
- **Seguridad del Paciente.-** Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **Técnicas de Calidad.-** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

6.2 ACTIVIDADES

Objetivo Específico 1: FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO.

Av. El Ejército N° 600 - Magdalena del Mar, Lima 17-Peru Teléfono: (511) 261-5516 Anexo 1201 Web: www.hospitalvictorlarco.gob.pe
Email: straverzovih.gob.pe



8





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

- **Actividad 1.1** Creación y/o actualización del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante resolución Directoral.
- **Actividad 1.2** Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.

Objetivo Específico 2: FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO -NOTIFICACIÓN - ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO.

- **Actividad 2.1** Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente a Gestión del Riesgo Asistencial
- **Actividad 2.2** Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso

Objetivo Específico 3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.

- **Actividad 3.1** Informe trimestral de evaluación del Plan de Seguridad del Paciente

Objetivo Específico 4. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD: IDENTIFICACIÓN –REGISTRO –NOTIFICACIÓN –ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO).

- **Actividad 4.1** Informe trimestral del registro, notificación y análisis del consolidado de Incidentes y Eventos Adversos relacionados con la Seguridad del Paciente en la atención de Salud Mental dentro de la Institución.
(Anexo nº 3 FORMATO PARA REPORTAR A OGCyDP-IGSS EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2016)
- **Actividad 4.2** Programación Rondas de Seguridad en las áreas asistenciales del hospital.
Anexo N° 4: modelo de cronograma anual de rondas de seguridad
- **Actividad 4.3** Informe Semestral de las rondas de seguridad del paciente

Objetivo Específico 5 Fortalecer el proceso de Análisis de Evento Centinela (intervención de Contingencia)

- **Actividad 5.1** Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres en caso ocurra en el Hospital Víctor Larco Herrera





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. www.minsa.gob.pe/DGSP
2. www.igss.gob.pe





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

VIII. ANEXOS





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

ANEXO N° 01							
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS - PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016							
ACTIVIDAD	META ANUAL PROGRAMADA		CRONOGRAMA DE PROGRAMACION				RESPONSABLE
	META	UNIDAD DE MEDIDA	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
Objetivo General: Desarrollar un entorno seguro en los servicios de salud que brinda el Hospital Víctor Larco Herrera mediante la reducción de riesgos y mejorando la seguridad de los pacientes.							
Objetivo Específico 1: FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO							
Actividad 1.1. Creación y/o actualización del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante resolución Directoral.	1	RD aprobado	X				OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Actividad 1.2. Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.	1	Plan aprobado con RD	X				OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Objetivo Específico 2: FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO -NOTIFICACIÓN - ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO.							
Actividad 2.1 Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente a Gestión del Riesgo Asistencial	1	Informe/ Actas	X				OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Actividad 2.2 Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso	1	Informe/ Actas		X			Oficina de Gestión de la Calidad
Objetivo Específico 3. PROMOVER BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE							
Actividad 3.1 Informe trimestral de evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	4	Informe/ Actas	X	X	X	X	OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Objetivo Específico 4. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD: IDENTIFICACIÓN -REGISTRO -NOTIFICACIÓN -ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO).							
Actividad 4.1 Informe trimestral del registro, notificación y análisis del consolidado de Incidentes y Eventos Adversos relacionados con la Seguridad del Paciente en la atención de Salud Mental dentro de la Institución. (Anexo 3 FORMATO PARA REPORTAR A OGCyDP-IGSS EVENTOS ADVERSOS - CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2016)	4	Informes	X	X	X	X	OGC / Comité de Seguridad del Paciente





Actividad 4.2 Programación Rondas de Seguridad en las áreas asistenciales del hospital. Anexo N° 4: modelo de cronograma anual de Rondas de Seguridad	12	Informe	X	X	X	X	OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Actividad 4.3 Informe Semestral de las rondas de seguridad del paciente	2	Informe		X		X	OGC / Comité de Seguridad del Paciente
Objetivo Especifico 5 Fortalecer el proceso de Análisis de Evento Centinela (intervención de Contingencia)							
Actividad 5.1 Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres en caso ocurra en el Hospital Víctor Larco Herrera	2	Informe		X		X	OGC / Comité de Seguridad del Paciente





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

ANEXO N° 02

**MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2016 DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" - 2016
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Objetivo General: Desarrollar un entorno seguro en los servicios de salud que brinda el Hospital Víctor Larco Herrera mediante la reducción de riesgos y mejorando la seguridad de los pacientes.

ACTIVIDADES	META (anual)	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	OBSERVACIONES
Actividad 1.1. Actividad 1.1 Creación y/o actualización del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante resolución Directoral.	1	Acta de Instalación		
Actividad 1.2 Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.	1	Plan aprobado con RD		
Actividad 2.1 Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente a Gestión del Riesgo Asistencial	1	Directiva aprobada con R.D		
Actividad 2.2 Capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso	2	Informe/ Actas		
Actividad 3.1 Informe trimestral de evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	1	Informe/ Actas		
Actividad 4.1 Informe trimestral del registro, notificación y análisis del consolidado de Incidentes y Eventos Adversos relacionados con la Seguridad del Paciente en la atención de Salud Mental dentro de la Institución.	4	Informes		
Actividad 4.2 Programación Rondas de Seguridad en las áreas asistenciales del hospital (Anexo N° 4: modelo de cronograma anual de rondas de seguridad)	12	Informe		
Actividad 4.3 Informe Semestral de las rondas de seguridad del paciente	2	Informe		
Actividad 5.1 Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres en caso ocurra en el Hospital Víctor Larco Herrera	2	Informe		





ANEXO 3

Formato para Reportar a OGCYDP-IGSS Eventos Adversos – Criterios De Programación 2016

EVENTOS ADVERSOS	EVIDENCIA
¿TIENE IMPLEMENTADO UN SISTEMA DE REGISTRO DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS?	
Nº TOTAL DE EA REPORTADOS SEGÚN TRIMESTRE 2016	
NOMBRE DEL EVENTO ADVERSO MAS FRECUENTE IDENTIFICADO SEGÚN TRIMESTRE 2016	
NOMBRE DEL SERVICIO IDENTIFICADO, DONDE FUERON MAS FRECUENTES LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL AÑO 2015	
REGISTRAR EL NOMBRE DE LAS UPSS QUE REPORTAN EVENTOS ADVERSOS EN SU IPRESS	
¿REALIZA EL ANALISIS CAUSA RAIZ DE LOS EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS?	
NOMBRE DEL ENTO CENTINELA COMUNICADO Y COMUNICADO DEACUERDO A PROTOCOLO DE LONDRES	
Nº TOTAL DE CAPACITACIONES REFERENTE A GESTION DEL RIESGOS: INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	
INDICAR PROMEDIO DE NOTAS DEL PRE Y POST TEST DE LOS ASISTENTES AL CURSO DE CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DEL RIESGO	





ANEXO N° 4:
MODELO DE CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD EN LAS IPRESS DEL IGSS (*)

IPRESS:
RESPONSABLE (**):

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....
ROND 2	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....
ROND 2	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....

SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....	ROND 1	.....	.....
ROND 2	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....	ROND 2	.....	.....

(*) Programación: Programa de 1 a 2 Rondas de Seguridad al mes

(**) Responsable: Secretario Técnico encargada de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.

Fecha: Utilizar el formato: dd/mm/aaaa (ejemplo: 05/02/2015)

Hora: Utilizar el formato de 24 horas (ejemplo: 08:00, 15:00)

