



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 425-2014-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 30 de Junio de 2014

Vistos; la Nota Informativa N°142-OEPE-HVLH-2014 y la Nota Informativa N° 056-OGC-HVLH-2014;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado, interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, tiene asignado los objetivos funcionales de la Dirección General, siendo entre ellos, inciso h) asegurar la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de la calidad eficaz y eficiente;

Que, asimismo, el artículo 17° del Reglamento precitado, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal, depende de la Dirección General y tiene asignados objetivos funcionales, siendo uno de ellos, proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud con el objetivo de reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con 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 la Directiva Sanitaria N° 009-2014-SEG.PAC-OGC-DG-HVLH/MINSA, denominada "Directiva Sanitaria que Regula el Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental en el Hospital Víctor Larco Herrera"; la misma que consta de once (11) páginas, que en documento adjunto como anexo, forma parte integrante de la presente Resolución;





Artículo 2º.- El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad será el responsable de la difusión, supervisión e implementación del cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3º.- El Coordinador de la Seguridad del Paciente elaborará un Informe Semestral del consolidado de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente reportados en dicho periodo y un informe anual del sistema de notificación de la seguridad del paciente, dirigido al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien lo elevará a las instancias correspondientes.



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

Regístrese y comuníquese

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. Cristina Eguiguren Li
Directora General
C.M.P. 17820 R.N.E. 8270

CAEL/MYRV.

Distribución:

- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina de Gestión de la Calidad
Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la
Industria Responsable y del
Compromiso Climático"

**DIRECTIVA SANITARIA N° 009-2014 - SEG.PAC - OGC - HVLH/MINSA: DIRECTIVA
SANITARIA QUE REGULA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**

Elaborado por:

Med. José Carlos Bojórquez De La Torre
Coordinador de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad

Colaboradores:

Med. Luis Enrique Bonelli Vásquez
Presidente del Comité de Seguridad del Paciente
Lic. Enf. Luz Uscata Quispe
Miembro del Comité de Seguridad del Paciente
Lic. Enf. Violeta Abdulia Flores Fernández
Miembro del Comité de Seguridad del Paciente
Q.F. María del Rosario Álvarez Pacheco
Miembro del Comité de Seguridad del Paciente

Revisado por:

Med. Cristina Alejandrina Eguiguren Li
Director General

Med. Walter Alfredo Espinoza Cuestas
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Ing. José Luis Solano Espinel
Jefe de la Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Abog. Miriam Ysabel Rodríguez Vargas
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Av. Augusto Pérez Aranibar N° 600, Magdalena del Mar, Lima 17 – Perú

Teléfono: (511) 261-5516 Anexo 1201

Página Web: www.larcoherrera.gob.pe

e-mail: jbojorquez@hvlh.gob.pe

2014





DIRECTIVA SANITARIA N° – 2014 – SEG.PAC – OGC – HVLH/MINSA: DIRECTIVA SANITARIA QUE REGULA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

I.- FINALIDAD

Contribuir a mejorar la Seguridad de los Pacientes a través de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente ocurridos durante el proceso de atención en salud mental brindado en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

II.- OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer un sistema de notificación de la seguridad del paciente en la atención en salud mental en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

Objetivo Especifico

- Estandarizar el marco conceptual empleado para el sistema de notificación de la seguridad del paciente en las áreas involucradas con el proceso de atención en salud mental dentro del Hospital "Víctor Larco Herrera".
- Garantizar la socialización del sistema de notificación de la seguridad del paciente dentro de la Institución a fin de promover la participación de los usuarios internos en dicho proceso.
- Promover una cultura de la seguridad del paciente dentro de la Institución.
- Realizar el análisis de la información obtenida de los incidentes notificados a fin de proponer, desarrollar e implementar soluciones que se puedan reflejar como acciones y/o proyectos de mejora para la seguridad del paciente dentro de la Institución.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria por todos los profesionales y no profesionales de la salud que laboran en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

IV.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud: Disposiciones Complementarias, transitorias y finales: Título Preliminar: Numeral VI.
- Decreto Supremo N° 013 – 2006 – SA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: Título Cuarto: De la Garantía de Calidad en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: Artículo 96°- 99°.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo": Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de nivel I-1 a nivel III – 1 - Versión 02: Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Documento Técnico Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA - Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera": Capítulo III: Artículo 17°.
- Resolución Directoral N° 158 – 2014 – DG – HVLH: Plan de Seguridad del Paciente – 2014 del Hospital "Víctor Larco Herrera".





V.- DISPOSICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **ANÁLISIS DE LAS CAUSAS PROFUNDAS O RAÍCES:** Técnica de investigación sistemática e iterativa, que va más allá de los individuos concernidos, mediante el cual se identifican los factores causales básicos o contribuyentes que subyacen a las variaciones en el desempeño asociadas a eventos adversos o cuasiincidentes (eventos centinela), reconstruyendo la secuencia de sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes (factores/peligros contribuyentes). El análisis se centra en identificar las condiciones latentes que subyacen a la variación en el desempeño y en elaborar recomendaciones de mejoras que reduzcan las probabilidades de recurrencia.

Un ACP reúne las características siguientes:

- El examen es de carácter interdisciplinario, con participación de las partes más estrechamente ligadas al proceso.
- El análisis se centra principalmente en los sistemas y los procesos, no en el desempeño individual.
- El análisis profundiza preguntando qué y por qué hasta que se examinan todos los aspectos del proceso y se identifican todos los factores contribuyentes (avanzando desde la consideración de las causas especiales hasta la de las comunes).
- El análisis identifica las modificaciones que podrían hacerse en los sistemas y procesos rediseñándolos o bien desarrollando otros nuevos que mejoraran el desempeño y redujeran el riesgo de recurrencia de eventos o cuasiincidentes.

Para ser completo, un ACP debe incluir:

- La determinación de los factores humanos y de otro tipo asociados más directamente con el evento o el cuasiincidente, y de los procesos y sistemas relacionados con su aparición (rara vez hay una sola causa subyacente).
- Análisis de los sistemas subyacentes preguntando sucesivamente por qué con miras a determinar dónde se podría reducir el riesgo mediante rediseños.
- Identificación de los riesgos y de sus posibles contribuciones al evento o al cuasiincidente.
- Determinación de posibles mejoras de los procesos o sistemas que tenderían a reducir las probabilidades de tales eventos en el futuro, o la determinación, tras el análisis, de que tales oportunidades de mejora no existen.

Para ser creíble, un ACP debe:

- Incluir la participación de los dirigentes de la organización (esto puede ir desde la contratación del equipo de ACP a la participación directa en dicho equipo y a la intervención en el diseño del plan de acción correctivo) y de las personas más estrechamente implicadas en los procesos y sistemas objeto de examen.
 - Poseer coherencia interna (es decir, no contradecirse a sí mismo ni dejar preguntas obvias sin respuesta).
 - Incluir un examen de la bibliografía pertinente.
- **ANÁLISIS DE ÁRBOLES DE FALLOS:** Método sistemático de examen prospectivo de un diseño para determinar las formas en que puede producirse un fallo. El análisis estudia las posibles causas próximas directas que podrían dar lugar al evento y busca sus orígenes. Una vez conocidos las causas y los orígenes, hay que dar con formas de evitarlos.
 - **ANÁLISIS DE LOS MODOS DE FALLO Y DE SUS EFECTOS (AMFE):** Evaluación sistemática de un proceso o producto que permite localizar fallos potenciales y determinar su mecanismo.





Método de evaluación del riesgo basado en el análisis simultáneo de los modos de fallo, sus consecuencias y sus factores de riesgo asociados.

- **CIRCUNSTANCIA NOTIFICABLE:** Es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (por ejemplo, el caso de un servicio muy atareado que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario, o el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite).
- **CLASE CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE:** Clasifican la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, como en qué momento y lugar del paso del paciente por el sistema de salud tuvo lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.
- **CLASE CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:** Son atributos seleccionados de un paciente, como sus datos demográficos (edad y sexo), el motivo de consulta (procedimiento y diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la Clasificación Internacional de Enfermedades – Clasificaciones derivadas específicas de los países, la Clasificación de Intervenciones y Procedimientos de la OPCS - Reino Unido, la Clasificación de Procedimientos Quirúrgicos del Nordic Medico-Statistical Committee) y otro diagnóstico/procedimiento (registrados según las clasificaciones previas).
- **CLASE TIPO DE INCIDENTE:** Es un término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas, como «proceso clínico/procedimiento» o «medicación/líquido para administración intravenosa»; y constituye una categoría «parental» bajo la cual pueden agruparse muchos conceptos. Aunque cada concepto de tipo de incidente es singular, un incidente relacionado con la seguridad del paciente puede clasificarse como más de un tipo de incidente.
- **CLASE MEDIDAS ADOPTADAS PARA REDUCIR EL RIESGO:** Se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema. Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño o la probabilidad de daño asociado a un incidente. Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzadas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan.
- **CLASE FACTORES/PELIGROS CONTRIBUYENTES:** Son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo, y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.
- **CLASE RESULTADOS PARA LA ORGANIZACIÓN:** Se refieren a las repercusiones para la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente. Abarcan las consecuencias directas para la organización, como el aumento de los recursos asignados a la asistencia del paciente, la atención de los medios de comunicación o las ramificaciones jurídicas, a diferencia de las consecuencias clínicas o terapéuticas, que se consideran resultados para el paciente.





- **CLASE DETECCIÓN:** Se define como una acción o circunstancia que permite descubrir un incidente. Por ejemplo, un incidente puede detectarse por un cambio en la situación del paciente o mediante un monitor, una alarma, una auditoría, un examen o una evaluación de riesgos. Los mecanismos de detección pueden estar incorporados al sistema como barreras oficiales o establecerse de forma no estructurada.
- **CLASE FACTORES ATENUANTES:** Son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente. Se conciben para reducir todo lo posible dicho daño una vez que el error se ha producido y ha puesto en marcha mecanismos de control del daño. Juntas, la detección y la atenuación pueden impedir que la progresión de un incidente alcance al paciente o lo dañe. Si el incidente causa daño, pueden adoptarse medidas de mejora.
- **CLASE MEDIDAS DE MEJORA:** Son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente. Se aplican al paciente (tratamiento clínico de una lesión, presentación de disculpas) y a la organización (reunión informativa con el personal, cambios de cultura, gestión de reclamaciones).
- **CUASIINCIDENTE:** Es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).
- **CULTURA DE LA SEGURIDAD:** Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión. [Cultura que presenta los siguientes] cinco atributos de nivel superior que [los profesionales sanitarios] se esfuerzan por poner en práctica mediante la aplicación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad. (1) Una cultura en la que todos los trabajadores (lo que incluye al personal de primera línea, los médicos y los administradores) aceptan responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes. (2) [Una cultura que] concede prioridad a la seguridad por encima de las metas financieras y operacionales. (3) [Una cultura que] fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y la resolución de los problemas de seguridad. (4) [Una cultura que] pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes. (5) [Una cultura que] proporciona los recursos, la estructura y la transparencia adecuadas para mantener unos sistemas de seguridad eficaces.
- **DAÑO:** Es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella, que comprende enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y la muerte, y que además puede ser físico, social o psicológico.
- **DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN SANITARIA:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptadas durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- **DIEZ CLASES SUPERIORES:** Integran el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, concebido para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente, de forma que representan un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema. Estas diez clases superiores son:
 1. Tipo de incidente
 2. Resultados para el paciente





3. Características del paciente
 4. Características del incidente
 5. Factores/peligros contribuyentes
 6. Resultados para la organización
 7. Detección
 8. Factores atenuantes
 9. Medidas de mejora
 10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo
- **DISCAPACIDAD:** Es cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
 - **ENFERMEDAD:** Se define como una disfunción fisiológica o psicológica.
 - **ERROR:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.
 - **EVENTO CENTINELA:** Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida importante o permanente de una extremidad o una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.
 - **GESTIÓN DE LA SEGURIDAD:** Actividades seleccionadas y aplicadas por la organización para evaluar y controlar el impacto del riesgo ambiental y mejorar la seguridad ambiental en general. La seguridad se gestiona mediante tres estrategias de control:
 - Una estrategia basada en la retroinformación, que se utiliza para fuentes distribuidas de peligros de bajo nivel y busca controlar empíricamente la seguridad mediante mediciones continuas referidas a un determinado nivel aceptable de seguridad expresado en tasas de accidentes o lesiones. [...] Sus métodos se orientan a eventos pasados.
 - Una estrategia de anticipación, que se utiliza para sistemas con peligros de alto nivel en rápido cambio y busca controlar la seguridad mediante un diseño y un funcionamiento adecuados, teniendo en cuenta los mecanismos en los que radican los peligros del sistema y los procesos que producen accidentes. [...] Sus métodos se orientan al futuro.
 - Una estrategia que combina la anticipación y la retroinformación; se utiliza para fuentes concentradas de peligros de alto nivel que cambian lentamente y su objetivo es controlar la seguridad mediante un ajuste continuo de los métodos de anticipación en función de la experiencia obtenida por métodos basados en la retroinformación.
 - **INCIDENTE CON DAÑO (EVENTO ADVERSO):** Es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde una unidad de sangre al paciente erróneo y éste muere de una reacción hemolítica).
 - **INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente (en el contexto de nuestra Institución se denominarán simplemente **INCIDENTES**). Esto debido a **ERRORES** (involuntarios) e **INFRACCIONES** (intencionados c/s malicia). Un incidente puede





ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños.

- **INCIDENTE SIN DAÑO:** Es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde una unidad de sangre a un paciente equivocado, pero resulta que no era incompatible).
- **INFRACCIÓN:** Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. * Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.
- **LESIÓN:** Es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- **MODO DE FALLO:** Manera en que un proceso ha fallado o podría fallar, o manera en que se observa un fallo. El término puede referirse también a tipos específicos de fallo (por ejemplo, fracturas, quemaduras, desviaciones de los valores previstos) o a grados de fallo (por ejemplo, catastrófico, parcial, mínimo).
- **NOTIFICACIÓN DE EVENTO:** Principal medio por el que se identifican los eventos adversos por medicamentos y otros riesgos. Los objetivos de la notificación de eventos son mejorar la atención dispensada a un paciente, identificar y corregir fallos de los sistemas, prevenir la repetición de eventos, ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes, proporcionar un registro del evento y obtener consejo médico y asesoramiento jurídico inmediatos.
- **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES:** Proceso utilizado para documentar las incidencias que no se corresponden con lo que es habitual en el funcionamiento del hospital o la atención a los pacientes. Sistema instaurado en muchas organizaciones de atención sanitaria para recopilar y notificar incidencias adversas relacionadas con los pacientes, como errores de medicación y fallos de equipos. Se basa en informes individuales de incidentes. La eficacia de la notificación de incidentes es limitada por diversas razones, entre ellas, el temor a una acción punitiva, la renuencia de personal no médico a notificar incidentes que impliquen a médicos, el desconocimiento de lo que es un incidente notificable, y la falta de tiempo para los trámites.
- **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS:** Identificación de incidentes prevenibles (es decir, de incidencias que podrían haber derivado o derivaron en un resultado desfavorable) notificados por personal directamente implicado en el proceso en cuestión en el momento en el que se descubrió el evento. Las notificaciones de incidentes pueden referirse a eventos de todas o alguna de las tres categorías básicas (eventos adversos, eventos sin daños y cuasiincidentes).
- **RECUPERACIÓN DEL INCIDENTE:** Es el proceso mediante el cual se identifica, comprende y corrige un factor o un peligro contribuyente, con lo que se impide que evolucione hacia un incidente relacionado con la seguridad del paciente.
- **RESILIENCIA:** Es el grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes para que una organización pueda recuperar su capacidad original de prestar funciones básicas. La recuperación del incidente y la resiliencia proporcionan el contexto para discutir la detección, la atenuación, la mejora y la reducción de riesgos.
- **RIESGO:** Es la probabilidad de que se produzca un incidente.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina de Gestión de la Calidad
Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la
Industria Responsable y del
Compromiso Climático"

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.
- **SISTEMA:** Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común.
- **SUFRIMIENTO:** Consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.

2. CONSIDERACIONES GENERALES:

2.1. CONCEPTO DE SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Un **Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente** ofrece una interfaz que permite a los usuarios recolectar, almacenar y recuperar datos de una manera organizada y fiable. Estos elementos de datos del sistema de notificación están basados en los conceptos contenidos en cada una de las 10 clases que componen la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP); y que al agregarse en una base de datos explotable pueden ser analizados y utilizados para identificar fuentes de riesgo y factores que contribuyen a éste, para alertar a los profesionales sanitarios de problemas efectivos o potenciales, y a su vez para evaluar los sistemas, políticas y procedimientos existentes en dicha organización.

En este sentido, se espera que la implementación de este sistema en un establecimiento de salud sirva para aprender de las experiencias y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo.

Estos sistemas deben tener las siguientes características:

- No ser punitivo
- Garantizar la confidencialidad
- Ser independiente
- Contar con el análisis por expertos
- Llevar a cabo análisis a tiempo de los casos
- Tener orientación sistémica
- Garantizar la capacidad de respuesta.

2.2. INSTRUMENTOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Para la implementación del presente sistema es necesario contar con los siguientes Instrumentos validados:

- Ficha de Registro y Reporte de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente en salud mental
- Ficha de Registro del Análisis de las Causas Profundas de Eventos Centinela identificados

VI.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1. PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALUD MENTAL:

- Cuando sucede un incidente relacionado con la seguridad del paciente el personal asistencial tendrá la posibilidad de registrarlo en la Ficha de Registro y Reporte correspondiente y colocarlo en cualquiera de los buzones asignados dentro de la Institución.





- El Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente abrirá los buzones periódicamente (de preferencia semanal) y recogerá las Fichas de Registro y Reporte depositadas en dicho periodo, y e inmediatamente introducirá los incidentes reportados en la base de datos del Consolidado Trimestral.
- Todas las fichas recogidas serán archivadas bajo llave en la Oficina de Gestión de la Calidad, siendo solo accesibles por el Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente o por el Coordinador de la Seguridad del Paciente.
- El Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente distribuirá semestralmente 02 Fichas de Registro y Reporte por cada personal de salud de las áreas establecidas y repondrá de forma mensual el total (determinado) de Fichas de Notificación disponibles en los buzones.

2. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN REACTIVA DEL RIESGO DE EVENTOS CENTINELAS:

2.1. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS CENTINELAS A SER INVESTIGADOS

- El Coordinador de la Seguridad del Paciente, el Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente, y al menos uno de los miembros del Comité de Seguridad del Paciente, realizarán la selección de los eventos centinelas reportados que serán investigados.

2.2. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ANÁLISIS CAUSAL

- Una vez seleccionado un evento centinela a ser investigado el Coordinador de la Seguridad del Paciente convocará al Equipo responsable del Análisis Causal, el cual estará conformado por:
 - El Coordinador de la Seguridad del Paciente, quien liderará el equipo.
 - El Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente
 - El Comité de Seguridad del Paciente
 - El Jefe o un representante del área involucrada
- El Equipo responsable del Análisis Causal podrá solicitar la participación dentro del equipo de un representante de la Dirección General, cuando el caso lo amerite.

2.3. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS PROFUNDAS:

Para llevar a cabo esta actividad el Equipo responsable del Análisis Causal empleará la correspondiente ficha de registro, siguiendo los siguientes pasos:

A) RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL EVENTO CENTINELA PREVIA AL ANÁLISIS:

Se podrá realizar mediante:

- Revisión Documentaria
- Entrevistas a Personal de Salud
- Observación del Lugar de los Hechos

B) ESTABLECIMIENTO DE LA SECUENCIA CRONOLÓGICA DE LOS HECHOS

Dependiendo del tipo incidente se podrán emplear instrumentos como el árbol de decisión, la cronología narrativa, la línea de tiempo y la tabla persona tiempo.

C) ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para identificar los Factores/Peligros Contribuyentes el Equipo del Análisis Causal podrá emplear una o más de las siguientes herramientas: Lluvia de Ideas, Técnica de grupo nominal, Espina de





pescado, Análisis de barreras, 5W, Análisis de cambios, Diagrama de Pareto, Histograma, Diagrama de Caja y correlaciones, Gráficos de Control, etc.

2.4. DESARROLLO DE SOLUCIONES E IMPLEMENTACIÓN:

- Finalmente el Equipo responsable del Análisis Causal formulará medidas (con responsabilidades y plazos para su implementación) para reducir el riesgo del Evento Centinela seleccionado.
- El Coordinador de la Seguridad del Paciente presentará al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad un Informe del Análisis Causal, con las respectivas recomendaciones para reducir el riesgo del Evento Centinela seleccionado, quien lo elevará a las instancias correspondientes para su implementación.
- El Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente, se encargará de hacer un seguimiento de forma directa del cumplimiento de las medidas propuestas para reducir el riesgo del Evento Centinela seleccionado, y retroalimentar de cualquier incidencia al Coordinador de la Seguridad del Paciente.
- El Coordinador de la Seguridad del Paciente supervisará (una vez finalizado el plazo establecido) el cumplimiento de las medidas propuestas para reducir el riesgo del Evento Centinela seleccionado.

VII. RESPONSABILIDADES

1. JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Se encargará de:

- Proponer a la Dirección General la designación mediante Resolución Directoral del Monitor del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente (además del Coordinador de la Seguridad del Paciente, el cual ya se debe encontrar designado oficialmente como parte de las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad del Paciente).
- Supervisar las actividades del Coordinador de la Seguridad del Paciente.
- Supervisar el funcionamiento del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente.

2. COORDINADOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Deberá ser profesional de la salud (de preferencia médico) del equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad con conocimientos en Seguridad del Paciente, el cual se encargará de:

- Sistematizar el proceso de Notificación de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Monitorear el funcionamiento del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente.
- Supervisar las actividades del Monitor del Registro y Reporte de Incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- Liderar el equipo encargado del análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados a fin de proponer acciones de mejora por la seguridad del paciente.
- Planificar y ejecutar las actividades de capacitación en el Sistema de la Notificación de la Seguridad del Paciente.

3. MONITOR DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Deberá ser un profesional de la salud (de preferencia Lic. en Enfermería) del equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien se encargará de:

- Entrenar al personal de salud (de forma individual y/o grupal) en el llenado de la Ficha de Notificación de Incidentes relacionados con la salud mental.





- Recoger periódicamente (según establezca el Coordinador) las Fichas depositadas en el buzón de los diferentes servicios de la Institución.
- Promover la Notificación oportuna de los incidentes relacionados con la salud mental.
- Participar del equipo encargado del análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados.
- Participar en la planificación y ejecución de las actividades de capacitación en el Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente dirigidas al personal de salud de la institución.

4. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se encargará de:

- Participar en el análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados activa y pasivamente para implementar acciones correctivas y preventivas.
- Participar en la revisión y actualización periódica del Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente.
- Participar en la planificación y ejecución de las actividades de capacitación en el Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente dirigidas al personal de salud de la institución.

5. DIRECCIÓN GENERAL:

Se encargará de:

- Promover y fomentar una cultura para la identificación, prevención y reducción de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los trabajadores de la Institución.
- Proveer los recursos y facilidades para la implementación de la presente Directiva.
- Disponer la ejecución y supervisar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe del Análisis Causal.

6. JEFATURAS DE DEPARTAMENTOS Y/O JEFATURAS DE SERVICIOS:

Se encargarán de:

- Otorgar facilidades para la implementación de la presente Directiva dentro de su Departamento y/o Servicio.
- Participar en el análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados a fin de implementar las medidas propuestas para reducir el riesgo del Evento Centinela seleccionado.
- Promover y fomentar una cultura para la identificación, prevención y reducción de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el personal a su cargo.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad será el responsable de la supervisión del cumplimiento de la siguiente Directiva.
- El Coordinador de la Seguridad del Paciente elaborará un Informe Semestral del Consolidado de los Incidentes relacionados con la seguridad del paciente reportados en dicho periodo, y un Informe Anual del Sistema de la Notificación de la Seguridad del Paciente, dirigidos al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien lo elevará las instancias correspondientes.

