



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 046.-2021-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar 05 de mayo 2021

Visto; La Nota Informativa N° 046-2021-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas, señala que la Seguridad del Paciente, es un principio fundamental de la atención sanitaria;

Que, asimismo la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, tiene por objeto promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS);

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, se define a la Seguridad del Paciente como reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente. Por lo tanto, se hace necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno 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, mediante Resolución Directoral N° 035-2017-DG-HVLH, de fecha 15 de febrero del 2017, se Conformó el Equipo de Cultura de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Que, mediante Resolución Directoral N° 128-2020-DG-HVLH de fecha 09 de octubre del 2020, se aprueba el documento denominado "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2020", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

Que mediante Resolución Directoral N° 184-2020-DG-HVLH de fecha 31 de diciembre del 2020, se conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Víctor Larco Herrera"

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Plan de Seguridad del Paciente del Año 2021, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, con el objetivo específico entre



otros, de establecer mecanismos de control en los servicios a través de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, mediante Nota Informativa N° 041-2021-OEPE-HVLH/MINSA; el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, señala que el mencionado documento, cumple con la estructura indicada en las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA;

Que, 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"; y,

Con el visto bueno del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, 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 lo previsto por 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 1º.- Aprobar con eficacia anticipada al 11 de enero del 2021, el Documento Denominado: "**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2021**", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios diez (10), forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

Artículo 3º.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 128-2020-DG-HVLH de fecha 09 de octubre del 2020.

Artículo 4º.- Publicar, la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCh/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



2021





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ELABORADO POR:

Responsable de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad

COLABORADORES:

El siguiente plan estará conformado por los siguientes colaboradores

Comité de Seguridad del Paciente:

Director Adjunto

Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración

Jefe de la Oficina De Gestión de la Calidad

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Representante de la Unidad de Gestión de Riesgos

Jefe de la Oficina de Servicios generales y Mantenimiento

Jefa del Departamento de Enfermería.

Jefa del Departamento de Farmacia.

REVISADO POR

M.C Elizabeth Magdalena Rivera Chávez

Director General HVLH

Eco. Juan Ricardo Coronado Román

Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

M. C José del Carmen Farro Sánchez

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





INDICE

I JUSTIFICACIÓN	4
II ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
III BASE LEGAL.....	5
IV DISPOSICIONES GENERALES.....	6
4.1 DEFINICIONES:	6
4.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	8
V DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	9
VI RESPONSABILIDADES	10





PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

I JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico ("Lo primero es no hacer daño") rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros y otro personal de salud. Pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de la atención sanitaria. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad y tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento. El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, es momento de crear y difundir soluciones para la seguridad del paciente.

Afortunadamente, el equipo de gestión de nuestra institución viene formulando estrategias para la reforma de la atención sanitaria en términos de una calidad y oportunidad. Asimismo, busca la eliminación o corrección de prácticas inseguras o poco económicas que pudieran afectar la armonía de los procesos hospitalarios. Debido a la pandemia del SARS-CoV-2 el cronograma de este año ha sido modificado puesto que aún tenemos pendiente el levantamiento de rondas del año anterior

FINALIDAD





"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Contribuir al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar los 4 pasos de la cultura de seguridad del paciente.

- Paso 1: Establecer los procedimientos para la adecuada higiene de manos.
- Paso 2: Fortalecer los procedimientos para la adecuada ejecución de las buenas practica de seguridad del paciente.
- Paso 3: Ejecución de auditorías médicas.
- Paso 4: Establecer los procedimientos para el adecuado registro y notificación de los eventos adversos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer mecanismos de control en los servicios a través de Rondas de Seguridad del paciente.
- Programación Rondas de seguridad en las áreas asistenciales del hospital.
- Seguimiento de las recomendaciones de Rondas de seguridad del paciente.
- Informe Semestral de las rondas de seguridad del paciente.
- Informe anual de rondas de seguridad del paciente

II ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplicará en la UPSS de hospitalización, Emergencia y Consulta Externa.

III BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Aprobada con Resolución Ministerial N°214-





2018/MINSA y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial 265-2018/MINSA

- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la N.T.S N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en 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° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN. "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión de riesgo en la atención de Salud". Aprobada por Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA.

IV DISPOSICIONES GENERALES

4.1 DEFINICIONES:

- a. Atención Segura.- Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistente con el conocimiento profesional actual.
- b. Auditoria de la calidad de la atención en salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsquedas sistemática de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- c. 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.





"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- d. **Complicación.-** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o enfermedad.
- e. **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 suceden en la atención de las personas.
- f. **Evento Adverso (EA):** Lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no- calidad.
- g. **Evento Centinela:** Tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- h. **Higiene de manos:** Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria, consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- i. **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- j. **Notificación:** Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica, o quien haga sus veces, de cualquier unidad notificante, qué haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda.
- k. **Prevención del riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.
- l. **Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente la probabilidad.





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- m. **Riesgo de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionada 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.
- n. **Reporte:** Es la comunicación formal que realiza cualquier personal de salud que haya detectado o recibido la declaración de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica u otro evento de importancia para la salud pública, al responsable de la vigilancia o a quien haga sus veces en una unidad.
- o. **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- a. Para la implementación de los 4 pasos de la cultura de seguridad del paciente se programará una "Ronda de Seguridad" por cada pabellón de la UPSS de Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa. Dicha actividad tiene una duración de 2 horas aproximadamente, previa elaboración del cronograma de actividades.
- b. La actividad estará liderada y será convocada por la Dirección Adjunta del hospital.
- c. El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, será el secretario técnico del equipo, quien se encargará de la custodia de la información relacionada a la ronda.





"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- d. Para la ejecución de los 4 pasos se convocará al equipo de Ronda seguridad del paciente y a los comités de auditoría (médica y salud). Todos los integrantes del equipo firmarán el reporte de los resultados obtenidos.
- e. El responsable la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá elaborar el informe mensual dirigido a la Dirección General y el informe trimestral dirigido al Ministerio de Salud. El cual deberá contener los resultados de los 4 pasos previamente citados.
- f. El equipo de Ronda de Seguridad del Paciente estará a cargo del seguimiento, monitoreo y evaluación de las recomendaciones sugeridas luego de la ronda.

V DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Paso 1: Establecer los procedimientos para la adecuada higiene de manos.

Para llevar a cabo este objetivo, el Comité de Bioseguridad aplicará los instrumentos respectivos, en cumplimiento de la normatividad vigente.

Paso 2: Fortalecer los procedimientos para la adecuada ejecución de las buenas prácticas de seguridad del paciente.

Para llevar a cabo este objetivo, el equipo de Ronda de Seguridad del Paciente, aplicará las fichas de buenas prácticas de seguridad del paciente, aprobada con R.D. N° 184-2020-DG-HVLH, a fin de realizar cuando sea el caso el diagnóstico, seguimiento y monitoreo de las recomendaciones previamente emitidas.

Paso 3: Ejecución de auditorías médicas.

Para llevar a cabo este objetivo, los comités de auditoría (médica y salud) aplicarán los instrumentos de auditoría respectivos, en cumplimiento de la normatividad vigente.

Paso 4: Establecer los procedimientos para el adecuado registro y notificación de los eventos adversos.





"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Para llevar a cabo este objetivo, el equipo de Ronda de Seguridad del Paciente reforzara la necesidad de reportar y notificar oportunamente los incidentes y eventos adversos. Asimismo, se recogerán las fichas registradas. Posteriormente, se realizara el análisis e informe de los mismos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tipo de indicador: Resultado y eficacia

Formula del indicador: Número de rondas de seguridad ejecutadas/número total de rondas

Meta: 100%

VI RESPONSABILIDADES

Las actividades precitadas estarán a cargo del Equipo de Seguridad del Paciente y la Oficina de Calidad de la IPRESS.

El Director del hospital estará a cargo de facilitar la implementación de las estrategias de mejora.

