



Resolución Directoral

Miraflores, 24 de febrero de 2023.

VISTOS:

El Expediente N° 23-003125-001 que contiene el Informe N° 031-2023-OGC-HEJCU elaborado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 019-2023-OAJ-HEJCU emitido por la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, el Informe N° 031-2023-OEPP-HEJCU emitido por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, quien a su vez remite el Informe Técnico N° 022-2023-EOM-OEPP-HEJCU y el Informe Técnico N° 011-2023-EP-OEPP-HEJCU emitidos por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización y el Coordinador del Equipo de Planeamiento ambos de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 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;


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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es: *"Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos"*;


Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es: *"Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que responden a las prioridades, nacionales, regionales y/o local"*;

Que, mediante Resolución Directoral N° 082-2022-DG-HEJCU, se aprueba la Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, cuyo objetivo es : *"Establecer, ordenar y estandarizar los procesos para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa"*;







Que, mediante Resolución Directoral N° 116-2015-DG-HEJCU, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 008-2015-HEJCU: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el HEJCU, cuya finalidad es: *“Contribuir a la implementación de medidas de protección de la seguridad del paciente, así como a la identificación de oportunidades de mejora de la calidad técnico asistencial en la atención de los pacientes de este nosocomio”*;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;



Que, por otra parte, el numeral 8.8 del citado dispositivo legal establece que la citada norma sirve de referencia para la formulación normativa de otras entidades de los diferentes niveles de gobierno o de los diferentes subsectores de salud. En ese sentido, el precitado documento sirve de referencia para la elaboración y aprobación de los documentos normativos internos que apruebe este hospital conforme a los requerimientos de las unidades orgánicas competentes;



Que, mediante Informe N° 031-2023-OGC-HEJCU, de fecha 16 de febrero de 2023, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el documento técnico: *“Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente 2023”*, del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para su revisión y aprobación por la Oficina de Asesoría Jurídica;

Que, el documento técnico: Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente 2023 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa tiene como objetivo general: *Fortalecer una cultura de gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;*

Que, mediante Informe N° 031-2023-OEPP-HEJCU, de fecha 20 de febrero de 2023, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe Técnico N° 022-2023-EOM-OEPP-HEJCU y el Informe Técnico N° 011-2023-EP-OEPP-HEJCU, emitidos por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización y el Coordinador del Equipo de Planeamiento ambos de la citada oficina, quienes emiten opinión favorable al documento técnico: *“Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente 2023”*;

Que, mediante Informe N° 019-2023-OAJ-HEJCU, de fecha 21 de febrero de 2023, la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica informa que el expediente que contiene el precitado documento cumple con los requisitos mínimos legales para su aprobación; por lo que, emite opinión legal favorable; por lo que, recomienda continuar con el trámite correspondiente;

Estando a lo señalado y contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el Documento Técnico: Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente 2023 el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado plan.

ARTÍCULO 3.- DEJAR SIN EFECTO toda disposición que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO 4.- ENCARGAR a las jefaturas de las oficinas asistenciales del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa el cumplimiento del citado plan.

ARTICULO 5.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal web institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.


MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
.....
Dr. RAÚL HINOSTROZA CASTILLO
Director General
C.M.P. 17758 R.M.E. 7675

RHC/RMK/RJAG/NCV/whfr

Distribución:

- Dirección General
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Of. Comunicaciones
- Archivo



HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA



DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023 HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RUBRO	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD		
REVISIÓN	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACIÓN		
APROBACION	DIRECCIÓN GENERAL		

ÍNDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II. FINALIDAD.....	5
III. OBJETIVOS.....	5
IV. AMBITO DE APLICACION.....	5
V. BASE LEGAL.....	6
VI. CONTENIDO.....	7
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (Definiciones Operativas)	7
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	8
6.2.1. Antecedentes	8
6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)	10
6.2.3. Causas del problema.....	10
6.2.4. Población o entidades objetivo.....	11
6.2.5. Alternativas de Solución.....	11
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBEJTIVOS Y ACCIONES DEL PEI / ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.....	12
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	13
6.4. 1 Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables.....	13
6.4. 2 Costeo de las Actividades por tarea.....	14
6.4. 3 Cronograma de Actividades.....	14
6.4. 4 Responsables para el desarrollo de cada actividad.....	14
6.5. PRESUPUESTO.....	15
6.6. FINANCIAMIENTO.....	15
6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	15
VII. RESPONSABILIDADES.....	15
VIII. ANEXOS	15



DOCUMENTO TECNICO:

“PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023 HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA”

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha establecido lineamientos generales para la implementación de planes y estrategias para la Seguridad del Paciente, plasmados en documentos técnicos como el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008, aprobado por Resolución Ministerial 676-2006/MINSA y la propuesta del Documento Técnico Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010 - 2012.

La Seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud en el mundo. Sin embargo, en el contexto de la situación actual en el Perú, la seguridad del paciente puede verse afectada por la aparición de un nuevo tipo de coronavirus (Covid-19), que afecta a los seres humanos; y se reporta por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. La epidemia de COVID-19 se extendió rápidamente, siendo declarada una pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020. Para el día 6 de marzo del 2020 se reportó el primer caso de infección por coronavirus en el Perú. Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV).

La OMS también ha esbozado objetivos específicos para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020 con el fin de que los dirigentes en materia de atención de la salud midan y mejoren la seguridad de los trabajadores de la salud e inviertan en ella durante el próximo año.

Los objetivos están destinados a que los centros de atención de la salud aborden cinco esferas: la prevención de las lesiones causadas por objetos punzantes, la reducción del estrés y el agotamiento relacionados con el trabajo, la mejora del uso del equipo de protección personal, la promoción de la tolerancia cero frente a la violencia contra los trabajadores de la salud, y la notificación y el análisis de los incidentes graves relacionados con la seguridad.

La sintomatología de esta enfermedad se puede presentar como un cuadro similar a una gripe común, con fiebre, tos, malestar general y disnea. La gravedad varía desde una infección asintomática o un cuadro leve del tracto respiratorio superior hasta un cuadro



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

severo o crítico con Neumonía viral e insuficiencia respiratoria, que puede llevar a la muerte y conducirse a una atención insegura.

Así como los incidentes y eventos adversos son la luz roja que también alertan acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad.

La 55° Asamblea Mundial de la Salud realizada en el año 2002 (Ginebra – Suiza) establece la "Alianza por la Seguridad del Paciente" la misma que inicia una nueva era en la historia de la medicina, de la cual el Perú forma parte.

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, viene implementando un Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente, impulsado por la alta Dirección, caracterizado por la Identificación y Notificación de Eventos Adversos que involucra a todas las áreas médicas asistenciales, enfermería, epidemiología, farmacia; así como los comités de Infecciones Intrahospitalarias, Comité para el uso racional de antimicrobianos entre otros. Así mismo los eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas son considerados como un problema de salud pública, se estima que de las 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen alguna complicación incapacitante y un millón terminan en muerte (Weiser, 2008).

Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria, para ello el Ministerio de Salud impulsa una estrategia para la cirugía segura que incluye un marco normativo así como metodologías, herramientas e instrumentos para su ejecución, los mismos que fueron planteados en el 2008 por la OMS en que se difunde la Lista de Chequeo para una Cirugía Segura como una de las estrategias prioritarias para disminuir los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas, basada en múltiples estudios que demostraron su eficacia.

Desde entonces muchos países han asumido este reto como una estrategia de bajo costo y alto impacto a nivel social. El estudio de Haynes et al (2009), demuestra que la aplicación de barreras de seguridad mediante una Lista de Chequeo para una Cirugía Segura en 8 hospitales de países de diferente nivel de desarrollo, fue eficaz para disminuir significativamente el número de complicaciones y muertes como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas.



En nuestro país, actualmente se encuentra aprobada la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” mediante la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA emitida el 20 de abril del 2010; así mismo se dispone el uso del “Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009”. Todo ello con la finalidad de adicionarlo a nuestras prácticas locales y cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención.

Por los motivos expuestos en nuestro hospital, se continuará con la aplicación de un sistema de Gestión; para disminuir la aparición de los riesgos promoviendo la mejora de la calidad asistencial mediante la identificación de los eventos adversos que puedan ocasionar daños en los pacientes manejando una actitud preventiva y educativa.

II. FINALIDAD

Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de Gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
- Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación- Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso).
- Incorporar a los pacientes y familia en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente es de aplicación en la IPRESS III-E Nivel de atención del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, del ámbito jurisdiccional de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- RM N° 1263-2004/MINSA, Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01 - "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- RM N° 041-2005/MINSA, Directiva N°049-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para el Funcionamiento del Equipo de Gestión de Calidad en las Direcciones de Salud".
- RM N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 456-2007/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 596-2007/MINSA, "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 601-2007/MINSA, "Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud".
- RM N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 370-2009/MINSA, "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud".
- RM N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- RM N° 308-2010/MINSA, Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- RM N° 1021-2010/MINSA, Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- RM N° 491-2012/MINSA, Incorporar el Anexo 4: "Listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2", a la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con RM N°456-2007/MINSA.
- RM N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- RM N° 255-2016/MINSA, que aprueba: "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- RM N° 896-2017/MINSA, Crea la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA.
- RM N° 163-2020-MINSA, 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".



- RD N° 082-2022-DG-HEJCU, que aprueba la Directiva administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- RD N° 116-2015-DG-HEJCU, aprueba la Directiva Sanitaria N° 008-DG-HEJCU-2015. V.01: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa".

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (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 mejoras:** 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:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la 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:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía y que no constituyen un incidente) 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 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 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.

6.2. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1. Antecedentes

En cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad del paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención del paciente, la Oficina de Gestión de la Calidad quien es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes departamentos, servicios asistenciales y oficinas administrativas del HEJCU; entre ellos se puede mencionar:



- Visitas Inopinadas a Centro Quirúrgico, con la finalidad de comprobar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, disminuyendo los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas.
- Rondas de Seguridad, para evaluar buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en los servicios de Hospitalización.
- Registro y notificación, análisis y plan de mejoras frente a eventos adversos.
- Monitoreo del uso de brazaletes de identificación de los pacientes hospitalizados.

En el año 2022, se realizaron 12 (doce) Rondas de Seguridad en las siguientes UPSS:

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad de Cuidados Intensivos - Cuidados Intermedios
- Emergencia
- Hospitalización
- Centro Quirúrgico
- Pediatría
- Central de Esterilización
- Emergencia - Consultorio de Triage.
- Nutrición
- Diagnóstico por Imágenes
- Patología Clínica
- Neurocirugía



6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos con experiencia • Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario. • Personal con deseos de capacitación. • Contamos con una oficina en el séptimo piso y un módulo de orientación en el primer piso. • El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa cuenta con diferentes comités para implementación de seguridad del paciente. Tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comité de Auditoria médica. ○ Comité de Historias Clínicas. ○ Comité de Autoevaluadores internos. ○ Comité de Seguridad del Paciente ○ Comité de Rondas de Seguridad. • Personal asistencial y administrativo identificado con las políticas institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente. • Sobrecarga laboral del personal asistencial ante la pandemia. Limitando su participación en las capacitaciones tanto de forma presencial como virtual. • Resistencia al cambio por parte del personal asistencial, ante nuevas disposiciones. • Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Día Mundial de Seguridad del Paciente: 17 de Septiembre. • Decreto Supremo N°021-2022-SA que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto legislativo N° 1153, decreto legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de Políticas en Salud. • Falta de presupuesto para la compra de equipos y mobiliarios. • Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad y seguridad del paciente dirigido al personal que labora en la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.2.3. Causas del problema

- Poco conocimiento sobre procesos relacionados a Seguridad del Paciente



- Sobrecarga laboral del personal asistencial, limitando su participación en las capacitaciones tanto de forma presencial como virtual.
- Resistencia al cambio por parte del personal asistencial, ante nuevas disposiciones.

6.2.4. Población o entidades objetivo

El siguiente plan está dirigido a crear y fortalecer una cultura de seguridad y buenas prácticas en el personal asistencial del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

6.2.5. Alternativas de Solución

Las actividades descritas a continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad en el personal que labora en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

- Capacitaciones relacionadas a Correcto registro de la Historia Clínica.
- Capacitaciones relacionadas a reporte y análisis de eventos adversos.
- Capacitaciones relacionadas a la importancia del correcto registro y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo mensual de buenas prácticas mediante Rondas de seguridad.
- Monitoreo constante a Centro Quirúrgico para evaluar correcta implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo constante de las diferentes UPSS con la finalidad de evaluar técnica correcta de lavado de manos.



6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBEJTIVOS Y ACCIONES
DEL PEI / ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES
OPERATIVAS DEL POI

POLITICA NACIONAL	OBJETIVO PEI – MINSA 2021 - 2024	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFIVOS
<p>Tercera Política Nacional de Calidad en Salud</p> <p>La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de la atención.</p>	<p>OEI 04</p> <p>Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.</p>	<p>Fortalecer una cultura de Gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.</p>	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
			Fortalecer el Sistema de Registro – Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
			Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
			Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso).
			Incorporar a los pacientes y familia en las acciones encaminadas a mejorar la seguridad en la atención de la salud.



6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción Operativa: Unidad de medida, metas y responsables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	Plan	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	Persona Capacitada	50	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	Persona Capacitada	30	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC).	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Programación de Rondas de Seguridad	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	Informe	12	Oficina de Gestión de la Calidad



**DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**

	Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	Informe	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	Informe	4	Oficina de Gestión de la Calidad

6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea

Las actividades descritas para el cumplimiento del presente plan se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023.

6.4.3. Cronograma de Actividades

Ver Anexo N° 02.

6.4.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CONDICIÓN LABORAL		
		NOMBRADO	CAS	CONTRATO POR TERCEROS
Rocío del Carmen Maratuech Kong	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad		x	
Jahayra Aurora Espejo Zúñiga	Secretaria		x	
PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA				
Sandy Yesenia Ramírez Salinas.	Licenciada en Enfermería			x
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD				
Cecilia Martos Robles	Médico Auditor			x
MÓDULO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO				
Nelly María Montero Aguilar	Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS)	x		
LIBRO DE RECLAMACIONES				
Mario Cesar Boulanger Alvarado	Responsable de la PAUS y Gestor de Reclamos		x	



6.5. PRESUPUESTO

El presente plan requiere de un presupuesto total de S/71,000.00 nuevos soles.

6.6. FINANCIAMIENTO

Según disponibilidad presupuestal de la entidad.

6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El siguiente plan se ejecutará desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2023, con la finalidad de poder evaluar los siguientes ítems:

- Correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Uso de Brazaletes de Identificación.
- Rondas de Seguridad.
- Adherencia de pasos y momentos del Lavado de Manos.

Dichas supervisiones se realizarán mediante Visitas Inopinadas y Rondas de Seguridad de manera mensual a cargo de las siguientes áreas:

- El Director General.
- La Oficina de Gestión de la Calidad.
- Equipo de Rondas de Seguridad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, (quien reporta a Dirección General)
- La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- El Departamento de Enfermería.

VII. RESPONSABILIDADES

- La Oficina de Gestión de la Calidad tiene la responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y su posterior monitoreo permanente.
- La Dirección General brindará el apoyo para el cumplimiento de las actividades a implementar en los Departamentos asistenciales y Oficinas administrativas, recomendadas por la Oficina de Calidad.
- Los Comités y Equipos conformados tienen la responsabilidad de remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES"
- Anexo N° 02: CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA - 2023.
- Anexo N° 03: Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO.



IX. ANEXOS.

Anexo 1
FORMATO 1: "MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

Unidad Orgánica: Oficina de Gestión de la Calidad.																		
Estructura Operativa										Estructura programada del presupuesto								
Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS				Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Forma de gasto	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/.)				Responsable			
			I	II	III	IV					I	II	III	IV				
			TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE					TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE		Total Presupuesto (S/.)		
Objetivo General del Plan: Fortalecer el proceso de Auditoría de la Calidad como una herramienta que garantice la mejora continua de la calidad en los procesos de atención asistenciales y administrativos, con la participación de todo el personal que labora en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.																		
IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	Plan	1										S/6,000.00			S/6,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jerárquas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificación de los Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	Persona Capacitada	50											S/1,000.00			S/1,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	Informe		1										S/2,500.00			S/2,500.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	Informe		1	1	1								S/1,000.00			S/4,000.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	Persona Capacitada		30														S/2,000.00



Anexo N° 2
CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	UPSS	RONDAS DE SEGURIDAD	SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES
1	UCI	MARTES, 31 DE ENERO DEL 2023	JUEVES, 23 DE FEBRERO DEL 2023
2	FARMACIA	JUEVES, 23 DE FEBRERO DEL 2023	MARTES, 28 DE MARZO DEL 2023
3	EMERGENCIA	MARTES, 28 DE MARZO DEL 2023	JUEVES, 27 DE ABRIL DEL 2023
4	HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA	JUEVES, 27 DE ABRIL DEL 2023	MARTES, 30 DE MAYO DEL 2023
5	CENTRO QUIRÚRGICO	MARTES, 30 DE MAYO DEL 2023	MARTES, 27 DE JUNIO DEL 2023
6	HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGIA	MARTES, 27 DE JUNIO DEL 2023	JUEVES, 27 DE JULIO DEL 2023
7	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	JUEVES, 27 DE JULIO DEL 2023	MARTES, 29 DE AGOSTO DEL 2023
8	HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	MARTES, 29 DE AGOSTO DEL 2023	MARTES, 28 DE SETIEMBRE DEL 2023
9	NUTRICIÓN Y DIETETICA	MARTES, 28 DE SETIEMBRE DEL 2023	MARTES, 31 DE OCTUBRE DEL 2023
10	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	MARTES, 31 DE OCTUBRE DEL 2023	JUEVES, 30 DE NOVIEMBRE DEL 2023
11	PATOLOGIA CLINICA	JUEVES, 30 DE NOVIEMBRE DEL 2023	JUEVES, 28 DE DICIEMBRE DEL 2023
12	HOSPITALIZACIÓN DE NEUROCIURUGIA	JUEVES, 28 DE DICIEMBRE DEL 2023	VIERNES, 29 DE DICIEMBRE DEL 2023



Anexo N° 3
Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

INDICADOR (DENOMINACIÓN)	FORMA DE CALCULO	VALOR ESPERADO	PERIODOICIDAD	RESPONSABLE
Porcentaje de ups que hacen uso de indicadores	$\frac{\text{N° de unidades orgánicas que hacen uso de indicadores}}{\text{N° total de unidades orgánicas en el HEJCU}} \times 100$	50%	Mensual	Oficinas Administrativas / Servicios Asistenciales
Porcentaje de usuarios externos satisfechos con la atención en urgencias y emergencias	$\frac{\text{N° de usuarios satisfechos en urgencias y emergencias}}{\text{N° de usuarios encuestados en situación de emergencias y urgencias}} \times 100$	80%	Trimestral	Oficina de gestión de la calidad
Porcentaje de usuarios externos satisfechos con la atención en hospitalización	$\frac{\text{N° de usuarios satisfechos en hospitalización}}{\text{N° de usuarios encuestados en hospitalización}} \times 100$	80%	Trimestral	Oficina de gestión de la calidad
Porcentaje de proyectos de mejora implementado	$\frac{\text{N° de proyectos de mejora implementados}}{\text{N° proyectos de mejora programados}} \times 100$	50%	Trimestral	Oficina de gestión de la calidad
Porcentaje de quejas y reclamos resueltos	$\frac{\text{N° de quejas atendidos}}{\text{N° de quejas registrados}} \times 100$	90%	Mensual	Oficina de gestión de la calidad
Porcentaje de usuarios internos satisfechos	$\frac{\text{N° de unidades orgánicas N° de usuarios internos satisfechos}}{\text{N° total de usuarios internos}} \times 100$	80%	Mensual	Oficina de gestión de la calidad
Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje obtenido por el sistema de acreditación del MINSA.	85%	Mensual	Oficina de gestión de la calidad.

