



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión
de la Calidad

HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”



DOCUMENTO TECNICO:

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

**OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
2022**

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



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE TRABAJO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	FINALIDAD.....	5
III.	OBJETIVOS.....	5
IV.	AMBITO DE APLICACION.....	6
V.	BASE LEGAL.....	6
VI.	CONTENIDO.....	7
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	7
	6.2. Análisis de la situación actual del aspecto Sanitario o Administrativo.....	8
	6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del Pei.....	8
	6.4 Actividades por Objetivos.....	14
	6.5 Presupuesto.....	21
	6.6 Financiamiento.....	22
	6.7 Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación Del Plan.....	22
VII.	RESPONSABILIDADES.....	24
VIII.	ANEXOS.....	27



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 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. Nuestro país tomando la iniciativa del Colegio Médico del Perú, emite la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA aprobando los criterios mínimos de la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura” y adicionarlos a sus prácticas locales con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención.





Por los motivos expuestos nuestro Hospital continuará en 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 de Seguridad del Paciente es de aplicación en la IPRESS III Nivel de atención del Hospital de Emergencia “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.
- Ley N° 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 143-2000/MINSA que conforma el Comité técnico para la Seguridad del Paciente.



- Resolución Ministerial N° 456-2006/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
 - Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008”.
 - Resolución Ministerial N° 308 – 2010/ MINSA que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
 - Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
 - Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 003-IGSS-V.1, denominada “Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente”.
 - Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1, denominada “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”.
 - Resolución Directoral N°107-2019-DG-HEJCU, aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - Resolución Directoral N° 081-2021-DG-HEJCU, Aprueba el Plan Anual de Gestion de la Calidad en salud del HEJCU.
 - Resolución Directoral N°053-2021-DG-HEJCU, Aprueba el Plan Anual de Seguridad del Paciente del HEJCU.
 - Resolución Directoral N° 037-2021. Aprueba el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HEJCU.
- Resolución Ministerial N° 326-2022/MINSA. Aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.”
- Resolución Directoral N°047-2022-DG-HEJCU, Comité Técnico de Calidad y Seguridad del Paciente del HEJCU.

VI. CONTENIDO:

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES.

- **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.

A. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital con la finalidad de mejorar la calidad de atención, con la participación activa del personal directivo, asistencial, técnico y administrativo. Depende del Órgano de Dirección.

B. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

El Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los departamentos, servicios y áreas asistenciales, administrativas y de servicios del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.

- Infraestructura 7^{mo}. Piso.
- Falta de programas de capacitación en Seguridad del Paciente
- Falta de notificación de eventos adversos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.
- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.
- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio.

6.3 ARTICULACION ESTRATEGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES PEI. ARTICULACION ESTRATEGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES POI.





ANÁLISIS ESTRATÉGICO

A. Realizar análisis FODA

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 sétimo piso y un módulo de orientación en el primer piso, Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL, Clima Organizacional y Acreditación. Una impresora láser para tinta negra. Muebles para CPU e impresora en buen estado. Reuniones de trabajo e informativas mensuales. Apoyo de la mayoría de los servicios y departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficientes e inadecuados equipos de cómputo (laptop). Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) inadecuados e insuficientes. Inadecuada infraestructura 7mo piso, no ofrece condiciones acordes de trabajo. Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad. Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<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 sétimo piso y un módulo de orientación en el primer piso, Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL, Clima Organizacional y Acreditación. Una impresora láser para tinta negra. Muebles para CPU e impresora en buen estado. Reuniones de trabajo e informativas mensuales. Apoyo de la mayoría de los servicios y departamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficientes e inadecuados equipos de cómputo (laptop) Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) inadecuados e insuficientes. Inadecuada infraestructura 7mo piso, no ofrece condiciones acordes de trabajo. Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad. Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.





B. Describir los Recursos Humanos:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CONDICIÓN LABORAL		
		NOMBRADO	CAS	CONTRATO POR TERCEROS
Sonia Elvira Escudero Vidal	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				
Mytzhly Dávila Cajahuanca	Médico Auditor			x
MÓDULO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO				
Nelly Maria Montero Aguilar	Responsable del PAU	x		
LIBRO DE RECLAMACIONES				
Sandy Yesenia Ramírez Salinas.	Licenciada en Enfermería			x

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:

- **LINEAS DE ACCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

A. FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio, Departamento y Personal Asistencial referente a Gestión del Riesgo Asistencial.

B. FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO - NOTIFICACIÓN -ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO.

Todas las actividades de una organización implican riesgos. Las Organizaciones gestionan el riesgo identificándolo, analizándolo y evaluando, para luego implementar medidas preventivas y correctivas de manera oportuna.

El problema de los Eventos Adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar a la atención sanitaria.

La gran mayoría de los Eventos Adversos se produce en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria; pero ello no excluye que se pueda producir en otros ámbitos de la atención





sanitaria como atención primaria y en el propio domicilio del paciente. Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio, Departamento y Personal Asistencial referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso.

C. PROMOVER BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La implementación de prácticas seguras constituye el elemento clave para mejorar la práctica clínica, por ello la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, pretende reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias ya que su uso permanente se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básica.

D. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN-REGISTRO-NOTIFICACIÓN-ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO).

Muchos de los incidentes y eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema, por ello la Ronda de Seguridad del Paciente, como herramienta de calidad, 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 de la institución prestadora de servicios de salud - IPRESS, 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.

1. Implementación de la Ficha de registro y notificación de incidentes y eventos adversos en los servicios asistenciales del HEJCU.
2. Consolidación mensual del número total de eventos adversos reportados según UPSS de la IPRESS.
3. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud.





4. Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según prácticas inseguras identificadas en las UPSS.
5. Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres.

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 elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan anual de seguridad del paciente.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	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).	Encuesta	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
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Programación de Rondas de Seguridad	Cronograma	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
	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





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital de Emergencias
José Casimiro UlloaOficina de Gestión
de la Calidad

6.4.2 Costeo de las Actividades por tarea

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Total Presupuesto (S/.)
IMPLEMENTAR EL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Elaboración del plan anual de seguridad del Paciente.	S/ 3,000.00
	Aprobación del plan anual de seguridad del paciente.	S/ 3,000.00
	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.	S/ 1,000.00
	Consolidación de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	S/ 5,000.00
	Realizar el análisis del evento adverso según protocolo de Londres.	S/ 4,000.00
	Capacitación de la Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.	S/ 2,000.00
	Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía (LVSC).	S/ 8,000.00
	Informe de la encuesta aplicada de la implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	S/ 6,000.00
	Actualización y Aprobación del equipo de Rondas de Seguridad del	S/ 4,000.00
	Programación de Rondas de Seguridad	S/ 1,000.00
	Informe de los resultados de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas mensualmente.	S/ 10,000.00
	Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	S/ 10,000.00
	Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas	S/ 8,000.00
	Monitoreo de la implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	S/ 6,000.00





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión
de la Calidad

6.5. FINANCIAMIENTO

El financiamiento del siguiente plan estará dado por el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa. Presupuesto Minsa.

6.6. ACCIONES MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN.

Periodo de ejecución:

El siguiente plan de ejecutará desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2022.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital de Emergencias
José Casimiro UlloaOficina de Gestión
de la Calidad**Matriz de Indicadores:**

La responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y del monitoreo correspondiente, es de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias
José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión
de la Calidad

VII. RESPONSABILIDADES.

- Oficina de Gestión de la Calidad: tiene la responsabilidad de dar cumplimiento al Plan Anual y su posterior monitoreo permanente.
- Jefes de Departamentos asistenciales y Oficinas administrativas: tienen la responsabilidad de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Comités y Equipos conformados: tienen la responsabilidad de remitir la información respectiva solicitada por la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Personal asistencial y administrativo: tiene la responsabilidad de cumplir con lo estipulado en los planes.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

VIII. ANEXOS.

Anexo 1
Matriz de Programación de Tareas del Plan de Seguridad del Paciente 2022

Table with 7 rows and columns: N°, PROGRAMACION DE TAREAS, UNIDAD DE MEDIDA, META, PROGRAMACION (E, F, M, A, M, J, J, A, G, O, N, D), RESPONSABLES. The main task is 'ORGANIZAR LOS EQUIPOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE'.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

8	CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	Evaluación del Plan de Seguridad del Paciente	Informe	2							1						1	OGC	
9		Elaborar el cronograma de las rondas de seguridad del paciente	cronograma	1	1														Comité de Rondas de Seguridad del Paciente /OGC
10		Ejecutar e informar los resultados de las rondas de seguridad del paciente, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Rondas de Seguridad del Paciente /OGC
11		Seguimiento del cumplimiento de acciones de mejora Post Ronda para las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad.	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Rondas de Seguridad del Paciente /OGC
12		Cuantificar y reportar la aplicación de la LVSC en las cirugías realizadas en el Centro Quirúrgico.	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Departamento de Anestesiología
13	FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS	Capacitación a los Jefes de Departamentos y servicios sobre la importancia de la aplicación de LVSC.	Informe	1				1										Equipo Conductor/ OGC	
14		Capacitación al personal de enfermería del Centro Quirúrgico sobre la aplicación de LVSC.	Informe	1	1													Equipo Conductor/ OGC	
15		Evaluación de la correcta aplicación de la LVSC (observación directa de la aplicación de la LVSC)	Informe	2			1							1				Equipo Conductor/ OGC	



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

16	FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Informar los resultados de la correcta aplicación de la LVSC	Informe	2			1							1				Equipo Conductor/OGC
17		Realizar el Consolidado de Notificaciones de Incidencias y eventos adversos reportados por los servicios asistenciales.	Formato en Excel	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	OGC
18		Informe a DG las incidencias y eventos adversos reportados por los servicios asistenciales.	Informe	4				1			1				1		1	OGC
19		Aplicación del Protocolo de Londres para el análisis de ocurrencias de un evento adverso que incluye los procesos de Análisis, Comunicación interna y emisión de alerta de seguridad, Plan de Acción y seguimiento.	Informe	1											1			Comité de Rondas de Seguridad del Paciente /OGC



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad



**Anexo N° 2
Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente**

CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022

	UPSS	RONDAS DE SEGURIDAD	SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES
1	UCI	VIERNES, 28 DE ENERO DEL 2022	VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022
2	UCIM (cuidados intermedios)	VIERNES, 25 DE FEBRERO DEL 2022	MARTES, 29 DE MARZO DEL 2022
3	EMERGENCIA	MARTES, 29 DE MARZO DEL 2022	MARTES, 26 DE ABRIL DEL 2022
4	HOSPITALIZACIÓN	MARTES, 26 DE ABRIL DEL 2022	MARTES, 31 DE MAYO DEL 2022
5	CENTRO QUIRÚRGICO	MARTES, 31 DE MAYO DEL 2022	MARTES, 28 DE JUNIO DEL 2022
6	PEDIATRIA	MARTES, 28 DE JUNIO DEL 2022	JUEVES, 23 DE JULIO DEL 2022
7	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	MARTES, 26 DE JULIO DEL 2022	VIERNES, 26 DE AGOSTO DEL 2022
8	CONSULTORIO DE TRIAJE	MIÉRCOLES, 31 DE AGOSTO DEL 2022	MIÉRCOLES, 28 DE SETIEMBRE DEL 2022
9	NUTRICIÓN	VIERNES, 23 DE SETIEMBRE DEL 2022	VIERNES, 21 DE OCTUBRE DEL 2022
10	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	MARTES 25 DE OCTUBRE DEL 2022	VIERNES, 25 DE NOVIEMBRE DEL 2022
11	PATOLOGIA CLINICA	MARTES, 29 DE NOVIEMBRE DEL 2022	VIERNES, 16 DE DICIEMBRE DEL 2022
12	NEUROTRAUMA	MARTES,13 DE DICIEMBRE DEL 2022	VIERNES, 30 DE DICIEMBRE DEL 2022



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"

Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

LIC CECILIA MARTÍNEZ COLFER
JEFA DEL DEPTO. DE EMERGENCIAS
(C.E.P. 14367 R.E. 155)
H.E.J.O.U.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General
CMP 9633 RNE 2547

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. ROGER ENRIQUE CARRERON MONCAY
Jefe de la Oficina de Ejecución y Seguimiento
CMP 12345 RNE 20152



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Gestión de la Calidad

