

Nº 0039-DG-HONADOMANI-SB/2016

Resolución Directoral

Lima, 16 de FEBRERO de 2016



Visto, el Expediente N° 01775-16;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Que, el artículo 37 de la Ley General de Salud establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos. La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición;

Que, mediante Nota Informativa N° 035-2016-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita al Director General, que se oficialice vía Resolución Directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2016 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", remitiendo un ejemplar en 17 folios y 3 anexos;

Que, Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA establece como infracciones leves las referidas a la seguridad del paciente. 1. No cumplir con las disposiciones vigentes relacionadas a la seguridad del paciente. 2. No cumplir con la normatividad vigente en materia de Cirugía Segura; significando que la Resolución solicitada constituye un instrumento de gestión;

Que, el alcanzado como documento técnico cumple con la estructura y contenido establecido en el artículo 6.1.4 de las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA;

Que, mediante Nota Informativa N° 013-DA-HONADOMANI.SB.2016, el Director Adjunto informa que, luego de revisado el Plan para la Seguridad del Paciente- 2016" se encuentra de acuerdo a las Normas Técnicas, emitiendo opinión favorable para su aprobación;



17/2/2016 Hora 11:54 AM OS UU PLOW



Que, mediante Memorandum N° 0077.DG.HONADOMANI.SB.2016, el Director General solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud-2016 antes enunciada;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;



En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N° 34-2015/IGSS y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE- 2016" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta en diecisiete (17) folios y 3 anexos, que adjuntos forman parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y cumplimiento del citado Plan en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que el Departamento de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del Plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,



EWVP/RACL/JCVO/rpag
Cc.
DA.
OGC
OAJ
OEI
Archivo



Ministerio
de Salud

370 años al servicio del Perú

"Hospital... Amigo de la
Madre y el Niño"



Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2016



Dr. Edgardo Vásquez Pérez
Director General del HONADOMANI San Bartolomé

Dr. Augusto Díaz Falcón
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Edson Valdivia Vera
Jefe de la Unidad de Seguridad del Paciente

Lima - Perú
2016

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	03
FINALIDAD	04
BASE LEGAL	04
ÁMBITO DE APLICACIÓN	04
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	04
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS).....	16
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECIFICO (LINEAS DE ACCION).....	16
REPONSABILIDADES.....	17
ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN.....	17
ANEXOS.....	17



I. INTRODUCCION

A pesar que hace más de 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte "Error es humano", debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica.

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Una explicación a que aún se presente un alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud.

Durante la atención de un paciente, entre otros factores, sucede un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionados con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, etc., que en últimas llevan a errores y eventos adversos secundarios.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 y fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente.

Por lo tanto, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos; la seguridad de los equipos; de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

El Hospital San Bartolomé a través de la Unidad de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha establecido implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente; en concordancia con ello y los lineamientos descritos ha formulado este Plan adaptado a nuestra realidad institucional, basado en los criterios de programación establecidos por el IGSS, para desarrollar un conjunto de actividades tendientes a la disminución del riesgo en la generación de eventos adversos y a su vez fortalecer una cultura de seguridad en la atención de nuestros pacientes.



II. FINALIDAD

Contribuir a que la atención que brinda el personal de salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, sea segura y de calidad para los pacientes.

III. BASE LEGAL

Ley N° 26482 "Ley General de Salud"

Decreto Supremo N° 013-2006 -SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el "Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD".

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

Resolución Ministerial N° 533-2008-MINSA aprobación criterios mínimos "Lista de Chequeo de Cirugía Segura"

Resolución Ministerial N° 308-2010-MINSA aprueba "Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"

Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"

Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente

Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

Resolución Directoral N° 363-DG-HONADOMANI-SB/2012, que aprueba el "Documento Técnico: Metodología para el desarrollo del análisis de causa raíz del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé".

Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB/2014, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-OGC-HONADOMANI-SB-2014, Directiva Sanitaria: "Para la implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé"- V.02.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan para la Seguridad del paciente comprende a todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Durante el periodo 2015 la Unidad de Seguridad del Paciente ha desarrollado actividades orientadas a mejorar la seguridad del paciente, estas actividades han generado datos que es



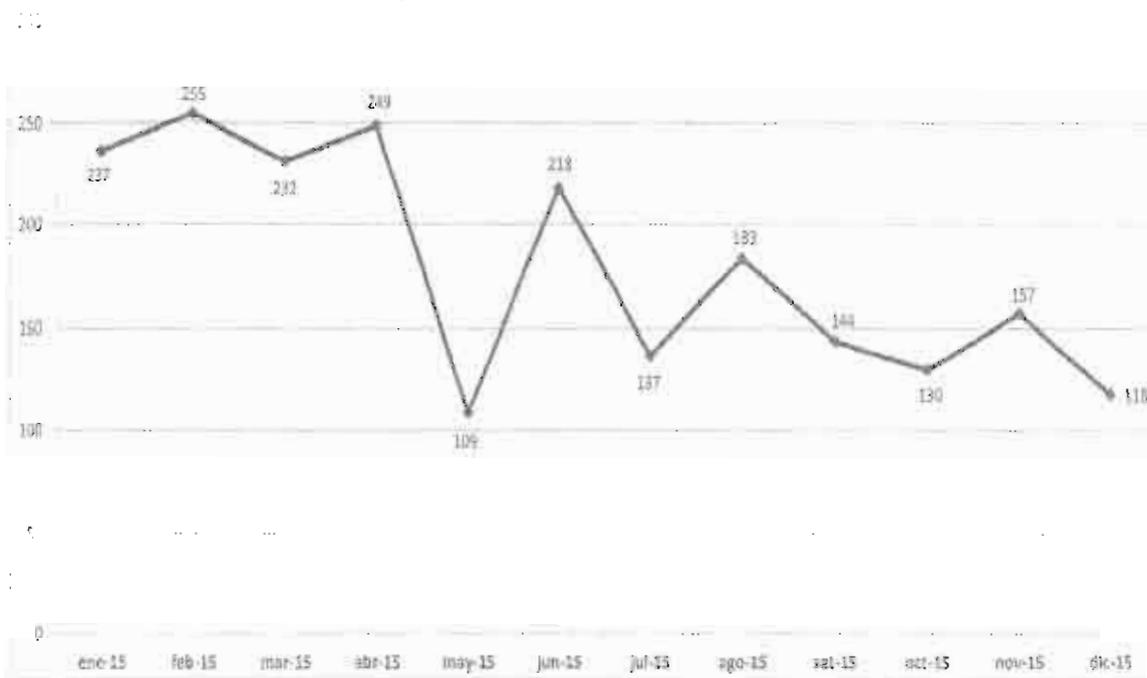
analizada y convertida en información que permite identificar cuales son los problemas de seguridad de la atención en nuestro hospital, que se presenta a continuación:

V.1 VIGILANCIA DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

Desde julio del año 2014 en el marco de la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADFOMANI-SB/2014 que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la implementación del sistema de notificación de incidentes de seguridad, en el hospital San Bartolomé se utiliza la nomenclatura de incidentes de seguridad, siendo estos de dos tipos: los incidentes de seguridad con daño (Eventos Adversos) y los incidentes de seguridad sin daño. De acuerdo al Informe Anual de incidentes de seguridad se han notificado en el año 2015 un total de 2169 incidentes de seguridad, los cuales a partir del mes de febrero han ido disminuyendo a lo largo del año, reportándose en el mes de diciembre 118 incidentes de seguridad. (Gráfico N° 1).

GRAFICO N° 1

NUMERO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOOME – 2015



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad por tipo, vemos que para el mes de diciembre del 2015, el 55.08% de ellos corresponden a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos) y el 44.92% a incidentes de seguridad sin daño (Gráfico N° 2).



GRAFICO N° 2

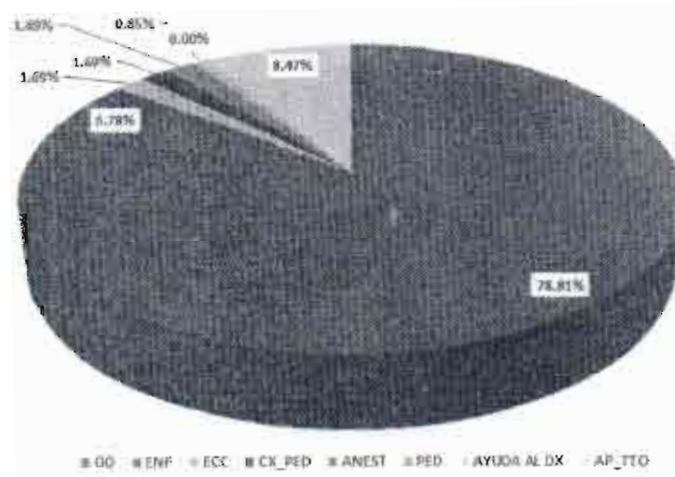


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente - OGC

Al analizar la notificación de Incidentes de Seguridad por departamentos es el de Gineco-obstétrica el que a lo largo del 2015 ha reportado la mayor cantidad de incidentes de seguridad, reportando en el mes de Diciembre el 78.81% del total de casos ocurridos en ese mes (118 casos), en segundo lugar está el Departamento de Apoyo al Tratamiento con 8.47% (10 casos), seguido del Departamento de Enfermería con 6.78% (8 casos), en tercer lugar están los Departamentos de Emergencias y Cuidados Críticos, Departamento de Cirugía Pediátrica y Departamento de Anestesiología con 1.69% (2 casos) respectivamente, en cuarto lugar el Departamento de Pediatría con 0.85% (1 caso). (Gráfico N° 3).

GRAFICO N° 3

Incidentes de Seguridad del Paciente por Departamentos - Diciembre 2015



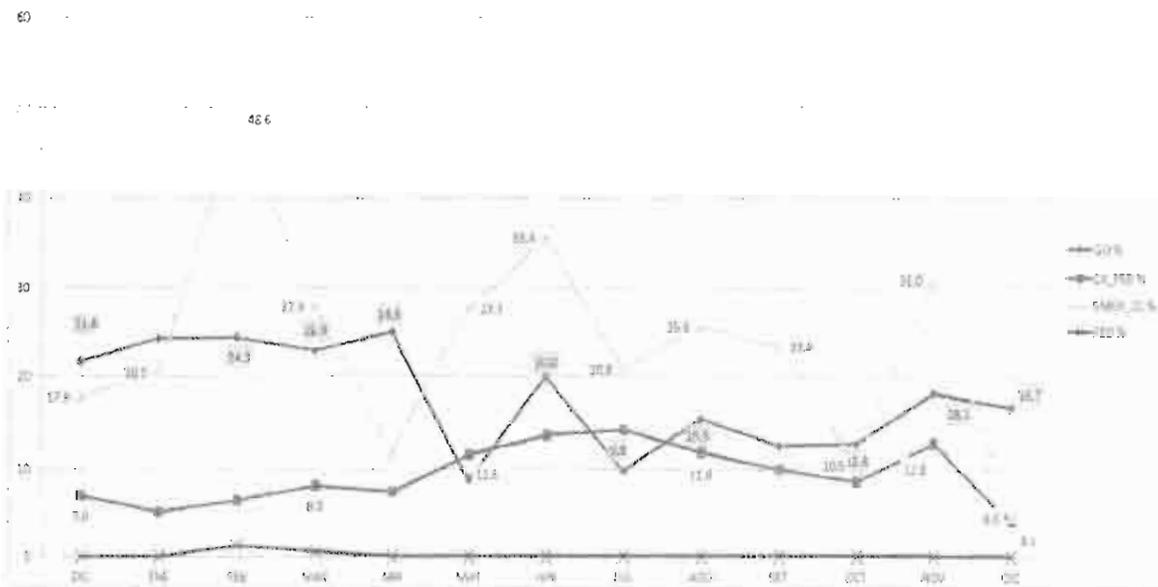
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente - OGC



Analizando la ocurrencia de incidentes de seguridad por ingresos hospitalarios, durante el año 2015 es el departamento de Emergencias y Cuidados Críticos en el que se presentó el mayor porcentaje de incidentes de seguridad en relación a sus ingresos hospitalarios; sin embargo, para el mes de diciembre lo fue el departamento de gineco-obstetricia en el cual en el 16.7% de sus ingresos hospitalarios se presentó algún incidente de seguridad (Gráfico N° 4)

GRAFICO N° 4

Porcentaje de Incidentes de Seguridad de Pacientes por Ingresos Hospitalarios HONADOMANI SB - 2015



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

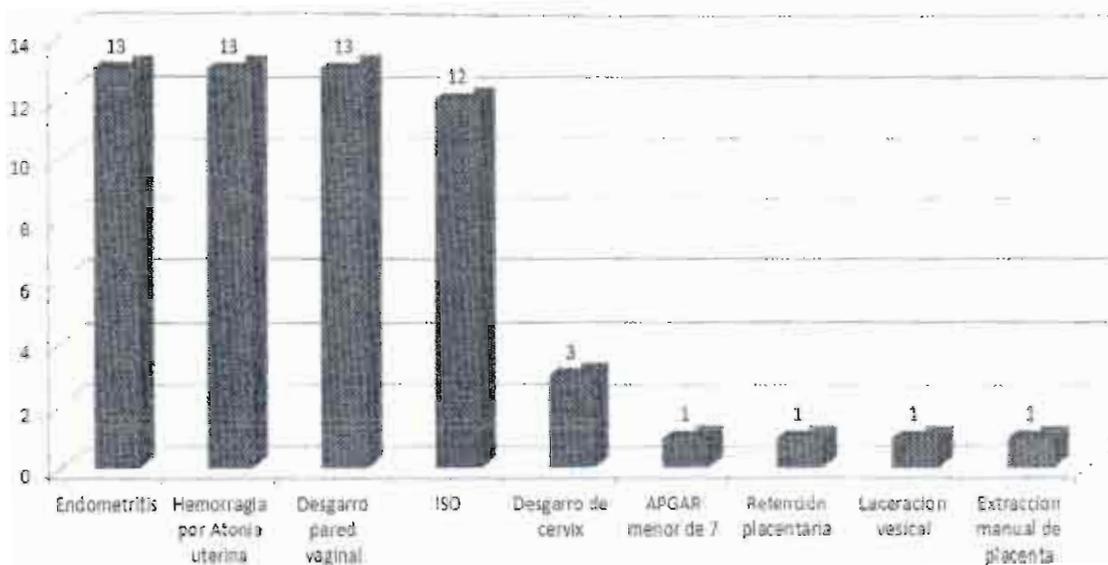
En relación a los eventos adversos (Incidentes de seguridad con daño), es en el departamento de gineco obstetricia en el que ocurren la mayoría de ellos; en el año 2015 los eventos adversos más frecuentes fueron los relacionados a las infecciones, específicamente las endometritis tanto por parto vaginal como las de cesárea y las infecciones de sitio operatorio, seguidas de los desgarros de III y IV grados y las hemorragias por atonía uterina. Para el mes de diciembre el comportamiento de los eventos adversos en el departamento de gineco-obstetricia fue como se muestra en el gráfico N° 5.

Es necesario resaltar que durante el año 2015, los departamentos de pediatría y odontoestomatología han realizado reporte nulo de la ocurrencia de incidentes de seguridad.



GRAFICO N° 5

Eventos Adversos presentados en el Departamento de Gineco-obstetricia
Diciembre 2015

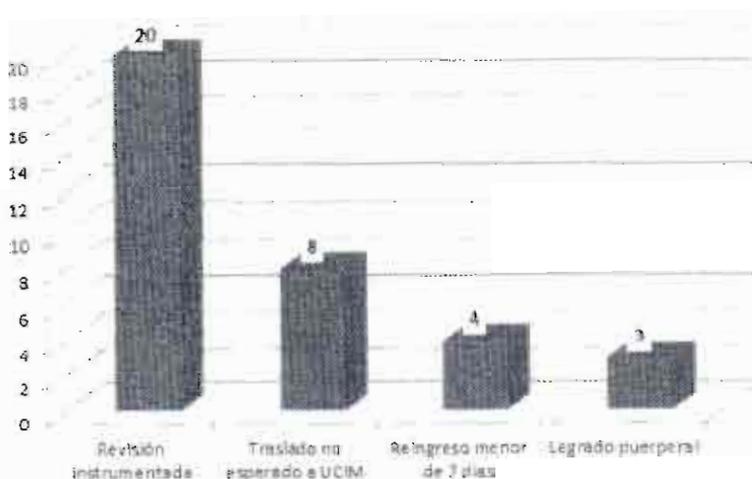


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Los incidentes de seguridad sin daño, son reportados principalmente por los departamentos de gineco-obstetricia y de enfermería, siendo los más frecuentes la revisión instrumentada y los reingresos menores a 7 días (Gráficos N° 6, N° 7 y N° 8)

GRAFICO N° 6

Incidentes de Seguridad Sin Daño en el Departamento de Gineco Obstetricia
Diciembre 2015

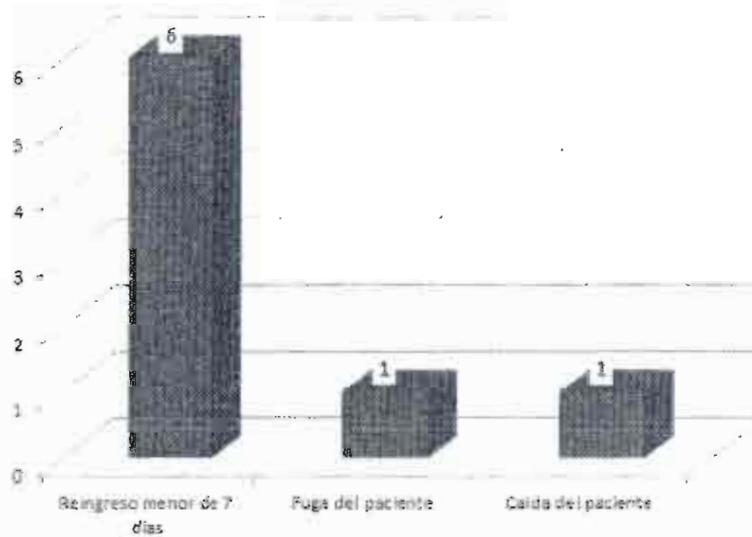


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



GRAFICO N° 7

**Incidentes de Seguridad Sin Daño en el Departamento de Enfermería
Diciembre 2015**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

GRAFICO N° 8

Reingresos menores de 7 días - Hospital Nacional Docente San Bartolomé 2015



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



V.2 LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA SEGURA.

De la evaluación de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura durante el año 2015, se evidencia que se realizaron un total de 6.126 cirugías, habiéndose aplicado un total de 5.231 listas de verificación de cirugía segura, lo que representa una aplicación en solo el 85,4% del total de cirugías realizadas durante el período (Tabla N° 01)

CUADRO N° 1

Aplicación de la lista de verificación de Cirugía Segura – 2015

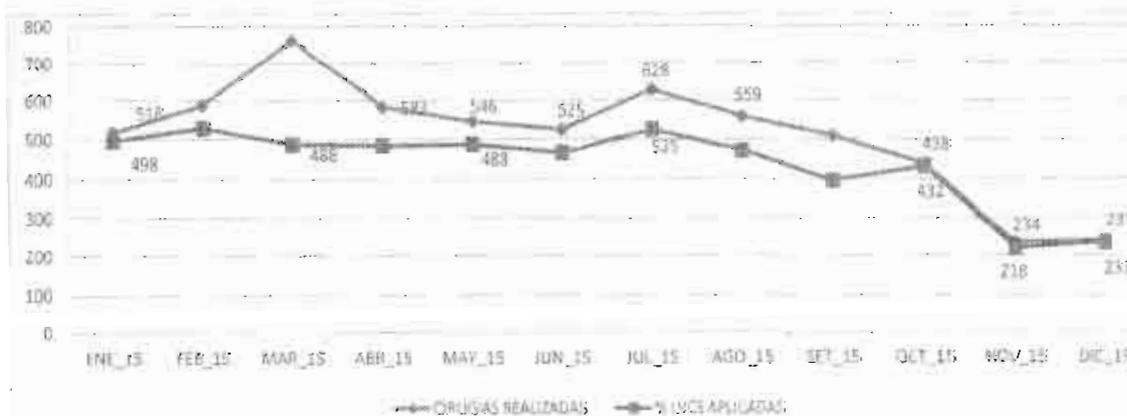
MES	ENE_15	FEB_15	MAR_15	ABR_15	MAY_15	JUN_15	JUL_15	AGO_15	SET_15	OCT_15	NOV_15	DIC_15	TOTAL
CIRUGIAS REALIZADAS	518	588	761	583	546	525	628	559	509	438	234	237	6126
N° DE LVCS APLICADAS	498	500	488	485	488	488	525	472	396	432	218	233	5231
% LVCS APLICADAS	96.0%	90.1%	64.1%	83.2%	89.4%	88.8%	83.0%	84.4%	77.6%	98.60%	93.10%	98.31%	85.40%

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si comparamos en una línea de tendencia el comportamiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura y las cirugías realizadas, vemos que en los últimos tres meses del 2105 el porcentaje de aplicación supera el 90%, apreciándose además que los meses de menor aplicación de la lista fueron marzo y setiembre (Gráfico N° 9 y N° 10)

GRAFICO N° 9

Lista de Verificación de Cirugía Segura Aplicadas Vs Cirugias Realizadas - 2015

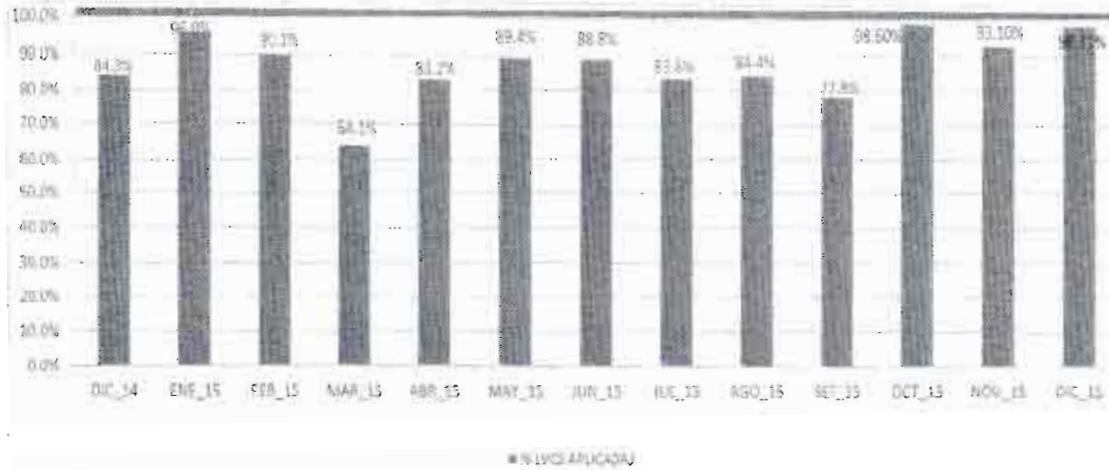


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



GRAFICO N° 10

Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura – 2015

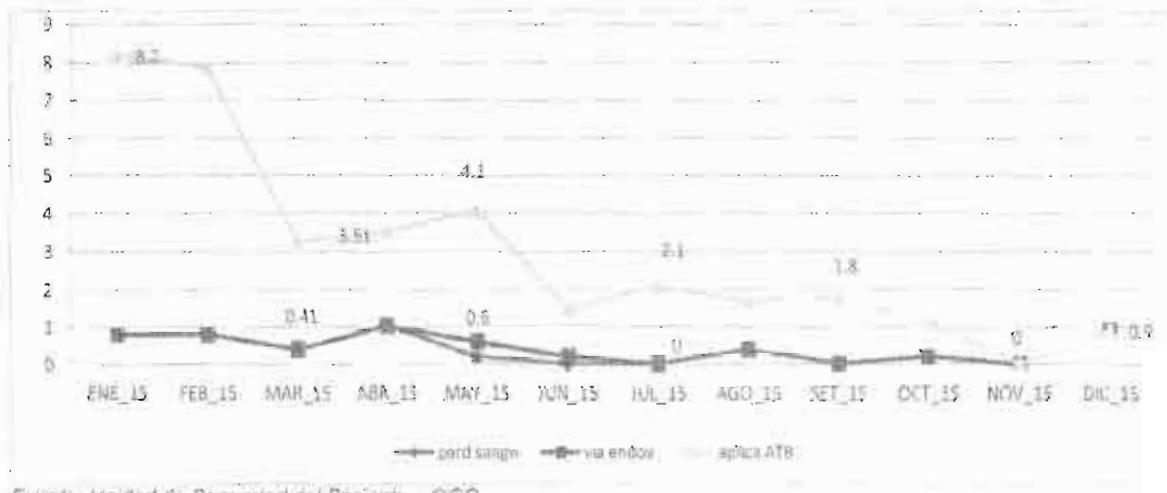


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el 2015 el ítem de mayor incumplimiento en la primera etapa que es antes de la inducción de la anestesia, es el relacionado a la confirmación de la aplicación de la antibióticoprofilaxis; sin embargo, sin embargo desde el mes de febrero ha presentado una tendencia decreciente (Gráfico N° 11)

GRAFICO N° 11

Ítems con mayor incumplimiento en la etapa antes de la inducción de la anestesia 2015



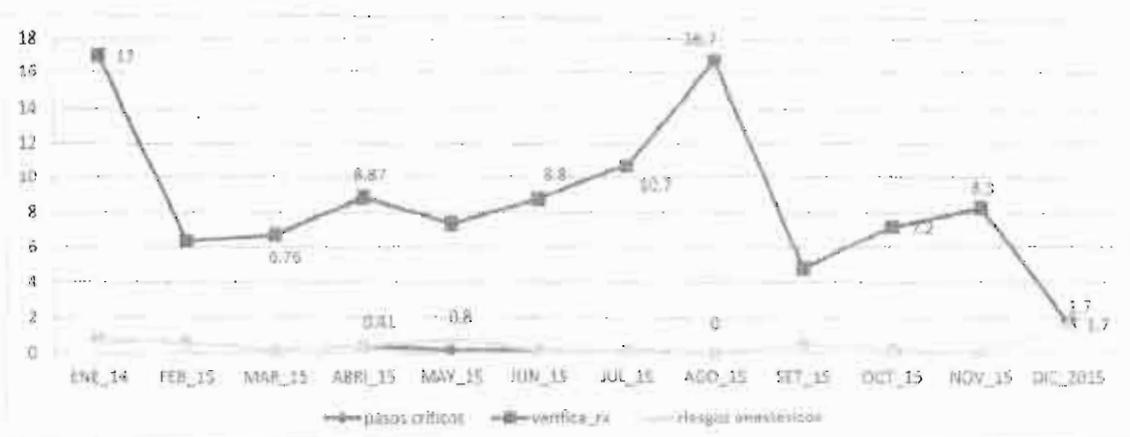
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En la segunda etapa que es antes de la incisión el ítem con mayor incumplimiento durante el año 2015 fue el de "verifica placa de Rayos X u otro material disponible" (Gráfico N° 12)

GRAFICO N° 12



Ítems con mayor incumplimiento en la etapa antes de la incisión – 2015



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – CGC

V.3 VIGILANCIA DE INDICADORES DE LA SEGURIDAD DEL PARTO.

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2015 ha realizado el monitoreo del comportamiento de un conjunto de indicadores, que forman parte del sistema de vigilancia de la atención del parto seguro en el hospital, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo. En el cuadro N° 2, se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos tres años.

CUADRO N° 2

PROMEDIO ANUAL DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO – 2013-2015

Indicador	2013	2014	2015	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.9	0.9	0.6	0.32 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	3.5	2.9	3.9	0.88 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	1.03	0.5	0.47	0.52 (promedio Institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	-	3.19	2.15	3.18 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	44.45	43.65	43.89	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA casos x 100 cesáreas	2.36	1.56	3.3	1.5 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCCM casos x 1000 gestantes	2.56	4.80	4.18	3.12 (promedio Institucional)
RECEN NACIDOS CON APGAR 5 MINUTOS MENOR de 7 nv x 100 partos	0.54	0.50	0.9	0.6 (promedio Institucional)
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos x 100 transfusiones en gestantes	3.88	3.20	2.63	2.5 (promedio Institucional)

Fuente: Reporte de la Oficina de Epidemiología, Reporte de eventos adversos de GO, SIF, Servicio de UCCM.



De los 9 indicadores que se evalúan y monitorean mes a mes, apreciamos que en el año 2015, solo dos indicadores se mantuvieron dentro de los estándares, desgarro perineal de III o IV grado y fractura de clavícula neonatal, algunos indicadores duplican o hasta quintuplican su valor en relación al estándar, como es el caso de la endometritis en parto por cesárea (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

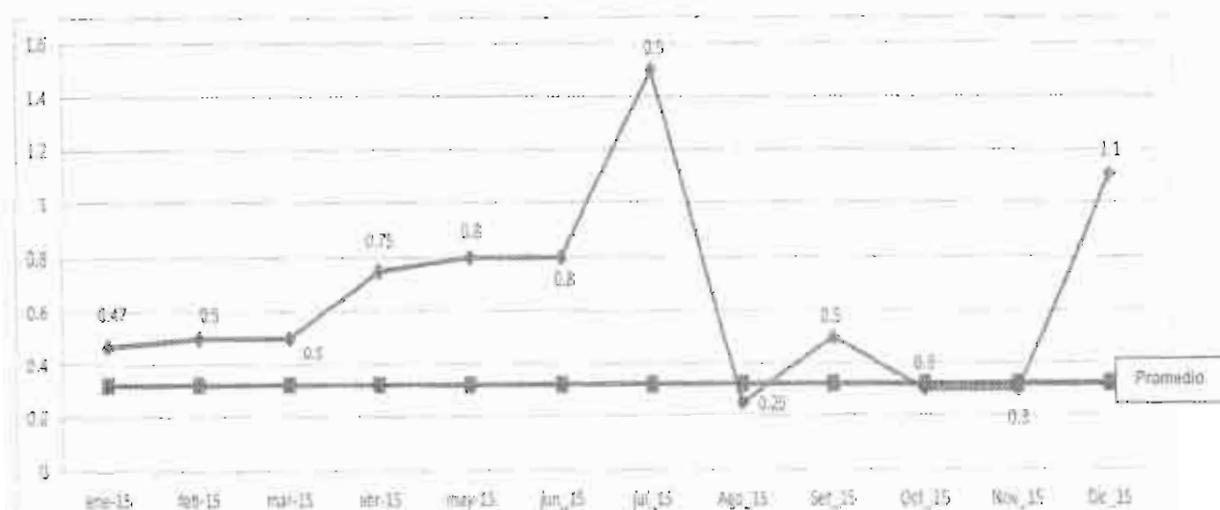
SEMAFORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO - 2015

EP en PV	EP en PC	Desgarro III - IV	Episiotomía	Fractura Clavícula	UCI	Transfusión	ISO	Apgar <7 a 5
x2	x5						x2	

Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los que en el 2015 no han disminuido, por el contrario a lo largo del periodo se han mantenido en valores muy altos alcanzando incluso cifras que han incuso quintuplicado el valor de referencia, como la endometritis en parto por cesárea, la endometritis por parto vaginal y las infecciones de sitio operatorio póst-cesárea; en los gráficos N° 13, N° 14 y N° 15, se muestra su comportamiento mensual durante el año 2015.

GRAFICO N° 13

Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal - 2015

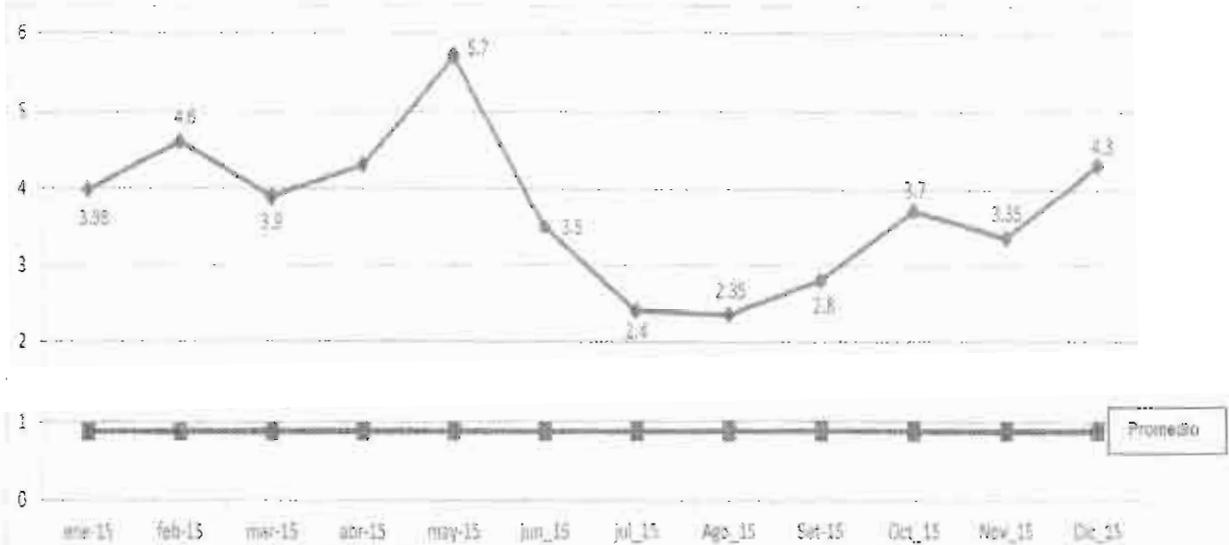


Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB.
 En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.32). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública - DGE - MINSA - 2014). Fuente: Reporte de oficina de epidemiología



GRAFICO N° 14

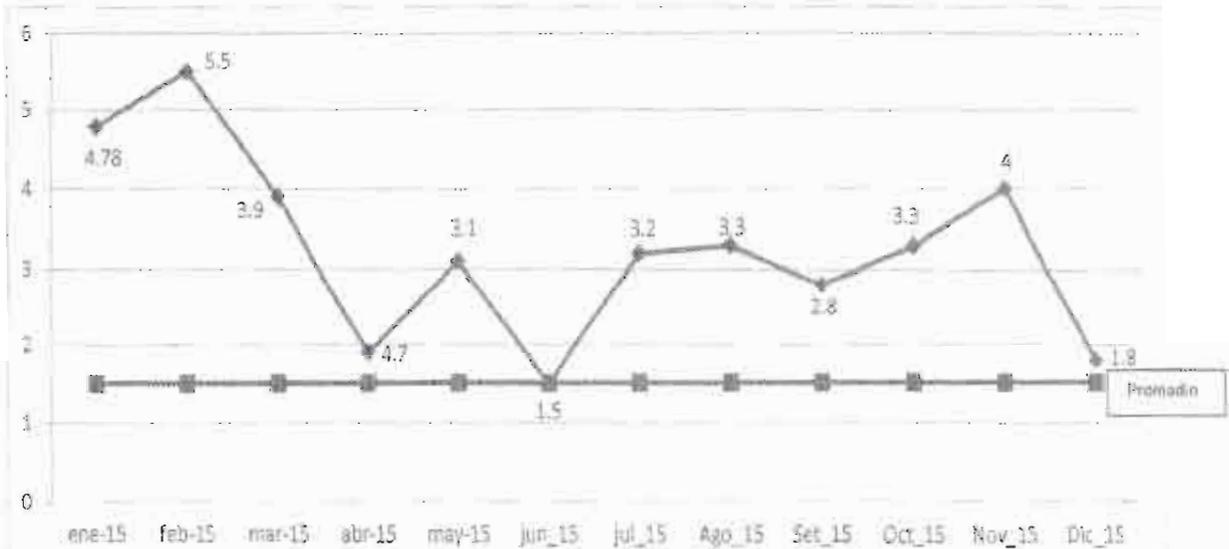
Tasa de endometritis puerperal en parto por cesárea - 2015



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB.
 En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.88). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2014). Fuente: Reporte de oficina de epidemiología

GRAFICO N° 15

Infección de sitio operatorio en pacientes post cesárea - 2015



Fuente: Reporte de Epidemiología
 En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (1.5). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2014)



V.4 RONDAS DE SEGURIDAD

En el marco de la gestión del riesgo y como actividad complementaria importante al sistema de identificación y notificación de los incidentes de seguridad, durante el año 2015 se realizaron rondas de seguridad del paciente, en un total de ocho rondas prioritariamente en los servicios de mayor demanda y en algunos cuya naturaleza los configura como críticos, como es el caso, centro quirúrgico y emergencia en el cual se realizó dos rondas de seguridad.

CUADRO N° 4

RONDAS DE SEGURIDAD – 2015

N°	MES	SERVICIO
1	Marzo	Cirugía Pediátrica
2		Emergencia pediátrica
3	Abril	Sala de Lactantes Pediatría
4	Junio	Centro Quirúrgico
5	Agosto	Cirugía Pediátrica
6	Octubre	Hospitalización Sala Hospitalización Madre Adolescente
7	Noviembre	Emergencia Obstétrica
8	Diciembre	Emergencia

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2015, para el presente año 2016 debemos orientar todos nuestros esfuerzos a fortalecer la agenda de Seguridad, asumiendo nuevos retos, por lo que la unidad de Seguridad del Paciente requiere ser fortalecida, así mismo el presente plan debe contar con el Apoyo de las más altas autoridades de la Institución, así como de los Jefes de Departamento y Servicio y de todo el personal Asistencial y Administrativo.

Otro aspecto importante es la necesidad de la actualización del marco normativo especialmente lo relacionado a las rondas de seguridad, el análisis causa raíz, la adherencia a las guías de práctica clínica, entre otros.

La sensibilización y capacitación de los Jefaturas de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente es un aspecto también fundamental y el brindar asistencia técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud.

Así mismo, continuar la realización de las Rondas de Seguridad con un enfoque de "supervisión e identificación de riesgos", que pueden ser prevenidos antes de que sucedan los eventos adversos, para lo cual se debe mejorar los instrumentos.

En relación a la cirugía segura, es necesario comprometer a todos los actores de Centro Quirúrgico para lograr una aplicación de la LVCS adecuada y concurrente.

VI. OBJETIVO GENERAL

Lograr que los servicios de salud del HONADOMANI San Bartolomé sean lugares seguros para la atención del niño y la madre, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.



VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS)

1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente
5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)
6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela
7. Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales

VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO (LINEAS DE ACCIÓN)**OBJETIVO ESPECIFICO 1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo**

Actividades:

- Creación y/o actualización del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante Resolución Directoral
- Capacitación en gestión de riesgos asistenciales a Jefaturas de Departamento y Servicios asistenciales

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

Actividades:

- Capacitación referente a Notificación de Eventos Adversos a las jefaturas de departamento y servicio asistenciales

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad

Actividades:

- Inventario del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD.
- Monitoreo de adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS.

OBJETIVO ESPECIFICO 4: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente

Actividades:

- Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (observación directa de la aplicación de la LVSC)
- Aplicación de la encuesta para la implementación de la LVSC

OBJETIVO ESPECIFICO 5: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

Actividades:

- Procesamiento del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud.
- Desarrollo de Rondas de Seguridad



- Monitoreo del Cumplimiento de Acciones de Mejora Post Ronda (seguimiento de recomendaciones)

OBJETIVO ESPECIFICO 6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela

Actividades:

- Desarrollo de Análisis Causa Raíz (ACR) de los Eventos Centinela, bajo metodología estándar (Eje. Protocolo de Londres), con su Plan de Acción correspondiente.

OBJETIVO ESPECIFICO 7: Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales

Actividades:

- Asesoría y Asistencia Técnica para la elaboración y actualización de Guías de Procedimiento Asistencial

IX. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN

Conformación y/o actualización mediante resolución directoral de:

1. Comité de Seguridad del Paciente
2. Equipo de Rondas de Seguridad
3. Equipo Conductor para la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

X. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión de la Calidad.

XI. ANEXOS

- Anexo 1: Matriz de Programación de actividades 2016 (Diagrama de Gantt)
- Anexo 2: Aspectos Técnicos Conceptuales
- Anexo 3: Mapa Estratégico de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé



ANEXO 2

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 incrementan 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 de salud.

Incidente de seguridad: un evento o circunstancia que pudo haber producido, o que produjo, daño innecesario a un paciente. Este engloba e integra todos los acontecimientos y términos en relación a la seguridad del paciente (Error, incidente sin daño, incidente con daño - evento adverso, evento centinela), hayan producido o no daño en el paciente.

Incidente sin daño: incidente de seguridad que ocurrió por una desviación de la práctica óptima de la prestación de atención y que pudo ocasionar daño al paciente, pero que no lo ocasionó ya sea por el azar o por una intervención oportuna. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir daño.

Incidente con daño (Evento adverso): Es un incidente de seguridad que produce daño, lesión o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica: productos, medicamentos, insumos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente. Un evento adverso está directamente relacionado con la atención de salud. Los Eventos Adversos según las consecuencias que producen, se tipifican en:

- **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.
- **Moderado:** Un evento que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, que prolonga la estancia hospitalaria del paciente o causa un daño o una pérdida funcional temporal o de corta duración.
- **Grave:** El paciente necesita de una intervención: cirugía o administración de un tratamiento suplementario mayor que prolonga la estancia hospitalaria o causa un daño que acorta la esperanza de vida, una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Muerte:** Evento que causó la muerte o la propició a corto plazo.

Evento centinela: Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere investigación y una respuesta, tratamiento o cambio en el estilo de vida.

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.

Riesgo: factor que incrementa la probabilidad de que ocurra un incidente de seguridad 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 atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente. Ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria (WHO 2009).



