



Nº 144 -2023-DG-INSN

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 01 de Junio del 2023

### VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-008809-2023 que contiene el Memorando Nº 393-2023-OGC-INSN, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan para la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2023", remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley Nº 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 y calidad;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, de fecha 04 de febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la Calidad en los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, mediante Memorando Nº 393-2023-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el Documento Técnico: " Plan para la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2023";

Que, con Memorando Nº 293-2023-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan para la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2023"; y autoriza la emisión del acto resolutorio correspondiente;

Con la visación de la Oficina de Gestión de Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.** - Aprobar el: "Documento Técnico: "Plan para la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en Atención de Salud en el Instituto Nacional de Salud del Niño 2023"; que consta de 18 páginas.





**Artículo Segundo.** - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.



**Regístrese, Comuníquese y Publíquese.**

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ  
DIRECTOR GENERAL (e)  
C.M.P. 18072 = R.N.E. 034554



**JATM/REK**  
**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) DG
- ( ) DA
- ( ) OEPE
- ( ) DEIDAECNA
- ( ) DEIDAEMNA
- ( ) DEIDADT
- ( ) DEAC
- ( ) DE
- ( ) OEI
- ( ) OAJ
- ( ) OGC

# INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



### OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

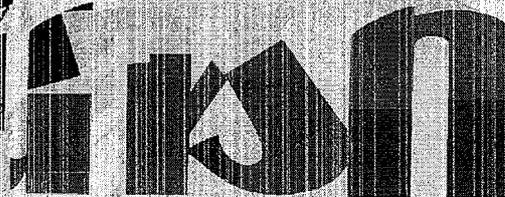
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

#### DOCUMENTO TÉCNICO:

## "PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGO EN ATENCIÓN DE SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - 2023"



Instituto Nacional de Salud del Niño



*Líder en Pediatría*

**Dr. Jaime A. Tasayco Muñoz**  
Director General del Instituto Nacional de Salud del Niño

**Dr. Raffo Escalante Kanashiro**  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lima – Perú  
2023



## ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	3
2 FINALIDAD	4
3 OBJETIVOS DESCRIPCIÓN OPERATIVA: UNIDAD DE MEDIDA, METAS Y RESPONSABLES	4
3.1 OBJETIVO GENERAL	4
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4 ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
5 BASE LEGAL	4
6 CONTENIDO:	6
6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	6
6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	7
6.2.1 ANTECEDENTES	7
A. INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:	7
B. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:	7
C. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA:	8
6.2.2 PROBLEMA (MAGNITUD Y CARACTERIZACIÓN)	9
A. INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:	9
B. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:	10
C. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA(LVSC):	13
6.3 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO	15
6.3.1 DESCRIPCIÓN OPERATIVA: UNIDAD DE MEDIDA, METAS Y RESPONSABLES	15
6.3.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
6.3.3 RESPONSABLES PARA EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD	15
6.3.4 PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1	15
6.3.5 PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2	15
6.4 PRESUPUESTO	16
6.5 FINANCIAMIENTO	16
6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	16
7 RESPONSABILIDADES	16
8 ANEXOS	17

## 1 INTRODUCCIÓN

Las deficiencias de seguridad en la atención son consideradas actualmente como un problema de salud pública mundial, en respuesta, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reconoció en su Asamblea Mundial número 55, realizada en Ginebra en el año 2002, la necesidad de promover la Seguridad del Paciente, como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para desarrollar "normas para la calidad de la atención y la seguridad del paciente".

A la iniciativa de la OMS se sumó en el 2005 la Comisión Europea y el Consejo de Europa. En España, el estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) evidenció la "incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles en un 9,3% y la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en un 8,4%, similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología".

En Latinoamérica, el estudio IBEAS demostró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios, riesgo que era duplicado si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un tipo de evento a lo largo de su estancia en el hospital."

Esto nos demuestra que en cualquier escenario clínico, donde haya un paciente, se puede presentar un evento adverso. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran como ningún otro, cuál 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.

Desde hace tres años estamos viviendo una situación que ha cambiado todo el paradigma de la asistencia sanitaria, con ello la seguridad del paciente, la actividad económica y la vida social a nivel mundial. La pandemia por la infección del virus SARS-COV-2 (COVID-19) ha puesto en tensión a los sistemas sanitarios de todos los países sin excepción, tanto por el número elevado de personas afectadas con problemas en el abastecimiento y calidad de los equipos de protección y en materiales necesarios para atender pacientes, así como por las necesidades elevadas de consumos de fármacos y con contagios incluso del propio personal sanitario. Desde que se inició la pandemia y en el transcurso de esta, hemos visto que la seguridad del paciente se ha visto comprometida por la saturación de pacientes y la limitación de los recursos existentes.

Hoy más que nunca la seguridad del paciente, representa un desafío global para los sistemas de salud, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas que conjugan varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, 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.

Es en este sentido, que la Oficina de Gestión de la Calidad, ha establecido implementar prácticas seguras, dentro del contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir al máximo posible el número de eventos adversos que se presentan en la atención de salud en un paciente y especialmente prevenir su ocurrencia; en concordancia con ello se ha formulado este plan adaptado a nuestra realidad institucional y basado en los criterios de programación de actividades para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud establecidos por la UFGCS-DVMPAS-MINSA 2021. Así mismo se requiere reforzar y actualizar algunos instrumentos usados para la seguridad del paciente, que se detallan en el mencionado plan.

## 2 FINALIDAD

Contribuir a promover una cultura de seguridad del paciente y hacer que los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño sean lugares más seguros para la atención de los pacientes.

## 3 OBJETIVOS DESCRIPCIÓN OPERATIVA: UNIDAD DE MEDIDA, METAS Y RESPONSABLES

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Contribuir al cumplimiento de las buenas prácticas de atención en los procesos que interviene el personal de salud que labora en el Instituto Nacional de Salud del niño para brindar una atención segura y de calidad a los usuarios.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Fortalecer la implementación de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.

3.2.2 Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.

## 4 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan para la Seguridad del Paciente es de aplicación en todas las Oficinas, Direcciones, Departamentos y Servicios asistenciales del Instituto Nacional de Salud del Niño.

## 5 BASE LEGAL

- 5.1 Ley N° 26482 "Ley General de Salud"
- 5.2 Decreto de Urgencia N° 017-2019, establece medidas para la cobertura universal de salud.
- 5.3 Decreto Supremo N° 035-2020-SA, "Criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021"
- 5.4 Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- 5.5 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.6 Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud"
- 5.7 Resolución Ministerial N°168-2015-MINSA, "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Infecciones asociadas a la Atención de Salud"
- 5.8 Resolución Ministerial N° 308-2010-MINSA, "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- 5.9 Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".

- 5.10 Resolución Ministerial N° 533-2008-MINSA, Criterios Mínimos "Lista de Chequeo de Clínica Segura".
- 5.11 Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- 5.12 Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente".
- 5.13 Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la 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".
- 5.14 Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01, "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela".
- 5.15 Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01, "Análisis de los Eventos Centinela en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y en la Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRES del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS".
- 5.16 Resolución Directoral N°216-2017-INSN-DG que aprueba la directiva N°001-2017-OGC-DG: "Notificación, Registro y Análisis de Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinela en el Instituto Nacional de Salud del Niño"



## 6 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 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 (Incidente, Evento Adverso, Evento Centinela), hayan producido o no daño en el paciente.

**Incidente:** Es un 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 al azar o por una intervención oportuna. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir 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 prolijó a corto plazo.  
Los eventos adversos graves o que producen muerte deben ser considerados como eventos centinela.

**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 la 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)

## 6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

### 6.2.1 ANTECEDENTES

#### A. INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

El Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), creado en 2004, evidencia el deseo de reducir al mínimo aceptable los riesgos de eventos adversos relacionados a la atención del paciente.

Debido a ello el Ministerio de Salud promulga la RM N° 519-2006-MINSA, a través del cual se aprueba el documento técnico "**Sistema de Gestión de la Calidad en Salud**", el que refiere en el Ítem de Seguridad del paciente, buscar fortalecer el sistema de registro y monitoreo de los eventos adversos en las instituciones de salud, considerando que el humano es susceptible a errores aun cuando tenga experiencia.

Es este marco el Instituto Nacional del Niño, Sede Breña desde Julio del año 2017 en el ámbito de sus funciones emite la Directiva Sanitaria N° 001-2017-OGC-DG: "**Notificación, Registro y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela**"; documento que señala que las notificaciones deberán ser efectuados por el personal asistencial o administrativo que evidencia o tenga conocimiento de un EA, dejando constancia de lo ocurrido en la Ficha de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos y Eventos Centinela; así mismo el Jefe del Servicio consolida la información en la Matriz de Consolidación de Incidentes y Eventos Adversos y Eventos Centinela, la misma que será emitida a su Jefatura y por consiguiente a la Oficina Gestión de la Calidad.

El reporte oportuno de los Incidentes de Seguridad en la atención de los pacientes nos permite la implementación y planificación de medidas que puedan contribuir al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, y para realizar una gestión adecuada y evitar que estos vuelvan a ocurrir.

La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima organizacional y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición.

La Oficina de Gestión de la Calidad, busca fortalecer la cultura de notificación e incrementar el registro, reporte y notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente, en los profesionales de la salud del Instituto Nacional de Salud del Niño, involucrando a los Jefes de departamento, Jefes del servicio y a todo el personal de salud; en el reporte y notificación oportuna, dentro del marco de la seguridad del paciente.

#### B. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

De acuerdo al Decreto Supremo N.º 001-2022-SA, Anexo 1, Ficha N° 25, las Rondas de Seguridad del Paciente son consideradas como un indicador de desempeño y compromiso de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, por tal motivo durante ese periodo se realizaron 12 rondas de seguridad, una por mes, de acuerdo al cronograma aprobado con R.D. N°007-2022-INSN-DG, en las cuales se evaluó la ejecución de las **Buenas Prácticas de la Atención en Salud**, enfatizando y fortaleciendo la **cultura de seguridad** del paciente. Se realizaron visitas programadas a una UPSS seleccionada al azar, en donde se identificaron prácticas inseguras durante la atención de salud y riesgos potenciales,



también se estableció contacto con el paciente, familia y personal de salud, siempre con fines educativos y no punitivos.

Para la **realización** de las rondas de seguridad se utilizó el **aplicativo de rondas** de seguridad del MINSA aprobado con Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA: **"Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud"** dentro de sus componentes se elabora el **Anexo N° 03: Resultados De Evaluación** el cual refleja el **estado basal (Cumplimiento De Buenas Prácticas)** en el que se encontró el servicio evaluado y posterior al análisis se procede a elaborar el **Anexo N° 06: Plan de Acción**, donde se plantean acciones correctivas a cada observación encontrada determinando a los responsables que levantarán la observación y fijando un plazo de tiempo establecido para su cumplimiento, para posteriormente dar seguimiento con la ayuda del **Anexo N° 07: Ficha de Monitoreo**, a las acciones correctivas derivadas de las rondas de seguridad realizadas.

En el proceso de **Monitoreo** se consideraron tres estados de implementación: **"No Implementado"**: cuando no se presentó fuentes de evidencia que levanten la observación; **"Implementado"**: cuando se presentan las fuentes de evidencia que sustentan que se ha llevado a cabo la acción correctiva y **"No Aplica"**: cuando todas las acciones correctivas propuestas para corregir el verificador inseguro con el paso del tiempo se vuelven No Aplicables. Para las observaciones que se encuentran en proceso de "No implementado" y que hayan culminado el plazo de tiempo otorgado para su corrección, se han elaborado memorandos de Monitoreo en los que se presentan las observaciones faltantes y el sustento en caso amerite del porque no se ha considerado como "Implementada" la acción correctiva.

### C. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA:

En respuesta al Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas", que aborda la seguridad de la atención quirúrgica, y fue planteado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en Enero del 2007. Nuestro país mediante la Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía para ser implementada en todos los establecimientos de salud y en este contexto, con Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) se desarrollaron tres actividades según la Guía Técnica mencionada anteriormente, las cuales fueron:

- Designación de un Coordinador de la LVSC: Una sola persona por turno quirúrgico es el Coordinador, siendo responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Verificación y chequear las casillas del listado, lo cual es esencial para su éxito.
- Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la LVSC: Se realizó de manera semestral, logrando consolidar la data correspondiente a cada mes.
- Aplicación de la LVSC: Que consta de tres fases, cada una relacionada al tiempo específico del procedimiento quirúrgico.



## 6.2.2 PROBLEMA (MAGNITUD Y CARACTERIZACIÓN)

### A. INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La oficina de Gestión de la Calidad, en el periodo 2022 viene evidenciando bajo reporte y notificación de Incidentes de Seguridad, considerando a la fecha que se cuenta con 52 servicios en el Instituto y que tienen a su cargo la atención de pacientes en las diferentes áreas de asistencia sanitaria.

La falta de mecanismos que nos generen un buen reporte y notificación expone a los pacientes al riesgo inherente de los Incidentes de Seguridad, exponiéndolos a las causas latentes y activas que generan el error, y hace que este mismo se perpetúe en el área de trabajo, estos eventos van desde los más leves que pueden ser lesiones de las cuales se podrán recuperar rápidamente hasta eventos que incluso puedan poner en riesgo la vida del paciente o causar la muerte de este, como los Eventos Centinelas.

Dentro de este marco la Oficina de Gestión de la Calidad viene desarrollando informes mensuales y semestrales sobre los Incidentes de Seguridad del Paciente siendo entregada toda esta información a las Direcciones de Línea, Jefes de Departamento y de Servicios, para su análisis e instrumento en la toma de decisiones y mejoras para evitar en lo posible que vuelva a producirse algún daño al paciente.

**Cuadro N° 1:** Reporte mensual de Incidentes de Seguridad Periodo 2022. Número de servicios que reportaron.

2022	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SE	OCT	NOV	DIC
NÚMERO DE SERVICIOS QUE REPORTARON	14	19	24	23	18	24	22	24	22	27	33	36
TOTAL SERVICIOS 52 DEL INSN	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

**Cuadro N° 1:** Se observa que de los 52 Servicios que cuenta el INSN no todos los servicios reportan Incidentes de Seguridad del Paciente, llamando la atención a inicios de año 2022 el bajo reporte y notificación y frente a ello se reforzó el reporte de Incidentes de Seguridad a través de reuniones de Directorio con los Jefes de Departamento, así mismo se realizaron capacitaciones y visitas a diferentes Servicios recalcando la importancia del reporte y notificación, como resultado de todo ello se vio un incremento paulatino del número de servicios que reportaron pero todavía se sigue teniendo una brecha por mejorar.

Ante todo ello la Oficina de Gestión de la Calidad como ente responsable de la difusión y asistencia técnica de la implementación y supervisión del cumplimiento de la Directiva Sanitaria N° 001-2017-OGC-DG: **"Notificación, Registro y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela"**, emplea indicadores que nos permite medir el incremento promedio de la cantidad total de reportes de Incidentes de Seguridad por cada servicio del hospital:

INDICADOR	FÓRMULA
Porcentaje de Servicios, Unidades, Comités u Oficinas que reportan Eventos Adversos en el INSN	$\frac{\text{Nº Total de Servicios, Unidades, Comités u Oficinas que reportan E.A}}{\text{Nº Total de Servicios, Unidades, Comités u Oficinas que deben reportar Eventos Adversos}} \times 100$



Se establece este indicador para monitorear el avance y/o cumplimiento del mismo dado responsable del análisis y Consolidación según normativa institucional son los Jefes de departamento, Jefes de Servicios y la Oficina de Gestión de la Calidad, dado ello con el trabajo conjunto y articulado se llegaría a cumplir con el objetivo del Indicador Mensual de Reporte que es >90%.

**Cuadro N° 2:** Indicador mensual de Incidentes de Seguridad Periodo 2022.

2022	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
INDICADOR MENSUAL DE REPORTE DE INCIDENTE DEL INSN	26%	36%	46%	44%	36%	46%	42%	46%	42%	51%	63%	70%
INDICADOR MENSUAL SEGÚN NORMATIVA	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%

**Gráfico N° 2.** Muestra el Indicador Mensual que es el número de notificaciones de Incidentes de Seguridad que reportan todos los Servicios del hospital a la Oficina de Gestión de la Calidad del INSN, como se observa en el cuadro durante el periodo 2022 el indicador mensual fue en ascenso paulatino, pero no se llegó a cumplir con la meta mensual según normativa.

**B. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

En el Cuadro N° 1 se puede observar el **estado basal** de los servicios mediante el porcentaje de **cumplimiento de buenas prácticas**. Los servicios con menor cumplimiento de buenas prácticas con punto de corte de 55% de acuerdo a la mediana de los datos y ordenados de menor a mayor, fueron: Farmacia Emergencia, Ortodoncia, C.E. Psicología, Emergencia, UCI (UVMP) y Oftalmología.

**Cuadro N° 1:** Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas realizadas durante el año 2022.

MES	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS
<u>Enero</u>	Medicina B	69%
<u>Febrero</u>	Nutrición	59%
<u>Marzo</u>	UCI (UVMP)	54%
<u>Abril</u>	Emergencia	50%
<u>Mayo</u>	C.E. Psicología	47%
<u>Junio</u>	Hosp. Cardiología	58%
<u>Julio</u>	Dx. por Imágenes	56%
<u>Agosto</u>	Oftalmología	55%
<u>Septiembre</u>	C. de Esterilización	59%
<u>Octubre</u>	Farmacia Emergencia	44%
<u>Noviembre</u>	Área de Toma de Muestra	74%
<u>Diciembre</u>	Ortodoncia	46%

Los datos recolectados reflejaron el estado en el que se encontraba cada servicio de acuerdo a los ítems correspondientes para cada UPSS, el porcentaje mostrado indica el total de ítems que **cumplía** el servicio al momento de la visita y los ítems que **no cumplían** eran analizados para generar el plan de acción.



En el Cuadro N° 2 se puede observar el **estado Post Evaluación** de los servicios mediante el porcentaje de cumplimiento de **implementación de acciones correctivas**. Los servicios con menor implementación de las acciones correctivas con punto de corte de 81% de acuerdo a la mediana de los datos y ordenados de menor a mayor, fueron: Emergencia, Nutrición, Toma de Muestra, Ortodoncia, C.E. Psicología y UCI (UVMP)

Cuadro N° 02. Monitoreo de Rondas de Seguridad del Paciente del año 2022

MES	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS			
			TOTAL	IMPLEMENTADO	NO IMPLEMENTADO	% DE CUMPLIMIENTO
Enero	Medicina B	69%	33	29	4	88%
Febrero	Nutrición	59%	16	4	12	25%
Marzo	UCI (UVMP)	54%	35	24	11	69%
Abril	Emergencia	50%	44	10	34	23%
Mayo	C.E. Psicología	47%	23	15	8	65%
Junio	Hosp. Cardiología	58%	31	29	2	94%
Julio	Dx. por Imágenes	56%	28	25	3	89%
Agosto	Oftalmología	55%	26	24	2	92%
Septiembre	C. de Esterilización	59%	7	6	1	86%
Octubre	Farmacia Emergencia	44%	18	16	2	89%
Noviembre	Área de Toma de Muestra	74%	11	6	5	55%
Diciembre	Ortodoncia	46%	26	20	6	77%
<b>Totales:</b>			<b>298</b>	<b>208</b>	<b>90</b>	<b>70%</b>

Fuente: *Aplicativo de rondas de Seguridad para la Gestión del Riesgo por servicio. Oficina de Gestión de la Calidad*

Los datos recolectados reflejan el estado en el que se encuentran los servicios luego de la **implementación** de las acciones correctivas y de los **monitoreos** realizados, aquellos servicios por debajo del punto de corte deberían de ser prioridad para la gestión, se presentan a continuación de manera resumida los puntos faltantes de los servicios mencionados agrupados en 03 categorías: **Estrategias con Personal Asistencial, Capacitaciones/Requerimientos y Mejoras en Equipos/Infraestructura** las cuales de acuerdo a su complejidad podrían ser resueltas mediante estrategias como: actas de compromiso/charlas entre el personal, solicitudes de requerimiento/capacitaciones y en los casos más complejos cambios o Mejoras en Equipos/Infraestructura.

- Emergencia: **Estrategias con personal asistencial** (verificación de asistencia del personal, comunicación e información al paciente, almacenamiento y uso de medicamentos, registro adecuado y completo de la Historia Clínica, riesgo de caída e identificación del paciente, reporte y análisis de incidentes/eventos adversos y registro de accidentes de trabajo), **Capacitaciones/Requerimientos** (higiene de manos, plan anual de mantenimiento), **Mejoras en Equipos/Infraestructura** (zonas rígidas señalizadas, timbre o sistema de llamado para el paciente).



- Nutrición: **Estrategias con personal asistencial** (verificación de asistencia del personal, registro adecuado y completo de la Historia Clínica, y análisis de incidentes/eventos adversos y registro de accidentes de trabajo), **Capacitaciones/Requerimientos** (higiene de manos, plan anual de mantenimiento).
- Área de Toma de Muestra: **Estrategias con personal asistencial** (comunicación e información al paciente, reporte y análisis de incidentes/eventos adversos y registro de accidentes de trabajo, comunicación entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento), **Capacitaciones/Requerimientos** (Capacitación de incidentes y Eventos adversos), **Mejoras en Equipos/Infraestructura** (zonas rígidas señalizadas).
- Ortodoncia: **Estrategias con personal asistencial** (almacenamiento y uso de medicamentos, reporte y análisis de incidentes/eventos adversos), **Mejoras en Equipos/Infraestructura** (zonas rígidas señalizadas).
- C.E. Psicología: **Estrategias con personal asistencial** (registro adecuado y completo de la Historia Clínica, reporte y análisis de incidentes/eventos adversos), **Capacitaciones/Requerimientos** (higiene de manos).
- UCI (UVMP): **Estrategias con personal asistencial** (comunicación e información al paciente, almacenamiento y uso de medicamentos, registro adecuado y completo de la Historia Clínica), **Capacitaciones/Requerimientos** (plan anual de mantenimiento), **Mejoras en Equipos/Infraestructura** (zonas rígidas señalizadas).



### C. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC):

Durante todo el año 2022, se ha monitoreado mensualmente la aplicación de la LVSC para verificar su adherencia al cumplimiento mediante la revisión de las fichas de la LVSC y los resultados encontrados se plasman en informes mensuales que se han hecho llegar a la Dirección y Jefaturas correspondientes para la implementación de las recomendaciones sugeridas. Así mismo se fortaleció el reporte de Incidentes de Seguridad del Paciente en centro quirúrgico.

A través del indicador **Porcentaje de Aplicación de LVSC** se nos permite medir la adherencia de cumplimiento de la LVSC de forma mensual.

Porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

$$\frac{\text{Número de Cirugías realizadas} \times 100}{\text{Número de LVSC llenadas}}$$

$$\frac{6445 \times 100}{6445} = 100\%$$

Siendo el porcentaje de aplicación de LVSC durante el año 2022 del 100%.

### HALLAZGOS SOBRE EL INCUMPLIMIENTO DE LA LVSC

#### 1. Preinducción anestésica

PRE INDUCCIÓN ANESTÉSICA	% DE INCUMPLIMIENTO	VALOR ABSOLUTO
Paciente confirmado	0,31	20
Procedimiento	0,29	19
<b>Sitio Quirúrgico Marcado /no aplica</b>	<b>0,42</b>	<b>27</b>
<b>Alergia</b>	<b>0,43</b>	<b>27</b>
Pulsoxímetro en el paciente funcionando	0,30	19
Vía aérea difícil riesgo de aspiración	0,30	19
Equipo y vía aérea difícil	0,30	19
Seguridad de Equipo de Anestesia Completa	0,28	18
Vía endovenosa permeable	0,31	20
<b>Pérdida de sangre &gt;7cc/kg</b>	<b>0,31</b>	<b>28</b>

En la primera parte de la LVSC: Preinducción Anestésica, se evidencia que los ítems que más frecuentemente fueron omitidos son: Pérdida de sangre, Alergia y Sitio Quirúrgico marcado.

## 2. Antes de la Incisión Quirúrgica

ANTES DE INCISIÓN QUIRÚRGICA	% DE INCUMPLIMIENTO	VALOR ABSOLUTO
Confirmación de Equipo Quirúrgico:	0,15	10
Anestesiólogo	0,17	11
Cirujano	0,15	10
Enfermera	0,18	11
Eventos críticos anticipados	0,19	12
Anestesiólogo	0,19	12
Cirujano	0,17	11
Enfermera	0,20	13
<b>Profilaxis antibiótica en los últimos 60 min</b>	<b>1,57</b>	<b>101</b>
<b>Hora de Administración</b>	<b>1,30</b>	<b>83</b>

En esta segunda parte de la LVSC: Antes de la Incisión Quirúrgica, se evidenció un incumplimiento considerable de los dos últimos ítems: Profilaxis antibiótica en los últimos 60 min y Hora de Administración, en relación a los demás pertenecientes a esta parte.

## 3. Antes que el paciente salga de SOP

ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE SOP	% DE INCUMPLIMIENTO	VALOR ABSOLUTO
Confirmar intervención realizada	0,16	10
Instrumental	0,16	11
Implantes	0,18	12
Gasas	0,19	12
Agujas	0,16	10
Pieza operatoria/Muestra rotulada	0,19	12
Problemas con equipos	0,19	12
Anticipar requerimientos del paciente para manejo de UCI	0,16	10

En la tercera parte de la LVSC: Antes que el Paciente salga de SOP, se puede observar que hay un incumplimiento casi homogéneo de todos los ítems.

## FIRMA Y SELLO DE PROFESIONALES QUE LLENAN LA LVSC

OMISIÓN DE FIRMAS Y/O SELLO	% DE INCUMPLIMIENTO	VALOR ABSOLUTO
<b>Anestesiólogo</b>	<b>2,24</b>	<b>144</b>
<b>Cirujano</b>	<b>1,10</b>	<b>71</b>
Enfermera	0,71	45



En el apartado de firma y sello de los profesionales que intervienen en la LVSC apreciamos un incumplimiento predominante por parte del personal médico: Anestesiólogo, seguido del Cirujano, y en tercer lugar se encuentra el personal de enfermería.

Una de las actividades que no se realizó debido al estado de emergencia sanitaria por COVID-19, por considerarse de alto riesgo de exposición tanto del equipo de seguridad como el personal asistencial del servicio son las visitas inopinadas para monitorear la adherencia a la LVSC en centro quirúrgico, que se retomarán el presente año 2023.

### **6.3 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO**

#### **6.3.1 DESCRIPCIÓN OPERATIVA: UNIDAD DE MEDIDA, METAS Y RESPONSABLES**

Anexo 01

#### **6.3.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Anexo 01

#### **6.3.3 RESPONSABLES PARA EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD**

Anexo 01

#### **6.3.4 PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1**

"Fortalecer la implementación de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico".

##### **6.3.4.1 Actividades Específicas:**

- i. Visitas inopinadas a Centro Quirúrgico para la supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- ii. Planes y/o acciones de mejora para asegurar la sostenibilidad de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- iii. Capacitaciones sobre la aplicación e importancia de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

#### **6.3.5 PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2**

"Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente".

##### **6.3.5.1 Actividades Específicas:**

- i. Identificar y analizar la causa de los Incidentes de Seguridad más frecuentes ocurridos en los diferentes servicios del INSN.
- ii. Realizar capacitaciones en "Herramientas para la Gestión de la Seguridad del Paciente".
- iii. Evaluación a los servicios asistenciales mediante Rondas de Seguridad.
- iv. Identificar puntos críticos de los Servicios evaluados y comunicar a la Gestión para su priorización.
- v. Disponer reuniones que involucren mejoras en la Seguridad del Paciente a solicitud de los Servicios evaluados o en caso de necesidad de la Gestión.
- vi. Sistematizar la información y el monitoreo de las rondas de seguridad.

La presente programación ha sido incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Instituto Nacional de Salud del Niño.



#### 6.4 PRESUPUESTO

El presente plan no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023.

#### 6.5 FINANCIAMIENTO

El presente plan se encuentra dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023.

#### 6.6 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

	Monitoreo	Supervisión	Evaluación
Incidentes y Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informes Mensuales de Consolidación de Información y análisis respectivo.</li> <li>-Monitoreos trimestrales del reporte de Eventos Adversos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitaciones sobre la normatividad de Incidentes de Seguridad del Paciente.</li> <li>-Visitas a los Servicios y para consensuar soluciones a las acciones correctivas pendientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realización de Informes mensuales, trimestrales y semestrales sobre Incidentes y Eventos Adversos presentados en los diferentes servicios.</li> </ul>
Rondas de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitoreos trimestrales mediante memorando y correo electrónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visitas a los Servicios y para consensuar soluciones a las acciones correctivas pendientes.</li> <li>-Clasificación de acciones correctivas pendientes de acuerdo a su resolución en corto, mediano o largo plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realización de informes trimestrales y semestrales sobre la consolidación de los avances en las acciones correctivas.</li> <li>-Sugerir las prioridades para la Gestión respecto a las acciones correctivas pendientes.</li> </ul>
Lista de Verificación de Cirugía Segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informes mensuales sobre aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visitas inopinadas a Centro Quirúrgico.</li> <li>-Capacitaciones sobre la importancia y adecuada aplicación de la LVSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recopilación y análisis de Encuesta semestral sobre la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía</li> </ul>

#### 7 RESPONSABILIDADES

La Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Seguridad del Paciente, en trabajo conjunto con los diferentes servicios y departamentos que están involucrados.



8 ANEXOS

Anexo 01:

Formato 1: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS

N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL 2023	PROGRAMACIÓN												RESPONSABLES	
						PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE				
						Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
1	Fortalecer la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico.	Evaluación de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Procesar datos de la LVSC	Informe de Aplicación de la LVSC mensual	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-DIDAA -OGC		
			Supervisar la Aplicación de la LVSC	Informes de Supervisión semestral	2			X										X	-DIDAA -OGC
			Recepcionar y registrar datos de la "Encuesta para la Implementación de la LVSC"	Actualización semestral de la Matriz de Criterios de Programación sobre la Encuesta para la implementación de la LVSC	2			X											X
2	Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo para la seguridad del paciente.	Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente	Elaborar el Cronograma de Rondas de Seguridad	Cronograma de Rondas de Seguridad	1	X												-DG -OGC	
			Realizar Análisis y Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad	4			X						X					-OGC
			Ejecutar las Rondas de Seguridad mensual	Informe Mensual de Ronda de Seguridad	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-DG -OEA -DASP -DE -OGC -OE -SERV. EVAL.



**PROGRAMACIÓN**

N°	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL 2023	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			RESPONSABLES		
						Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
3	Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo para la seguridad del paciente.	Análisis de la Ocurrencia de los Incidentes de Seguridad	Monitorear el Cumplimiento de las recomendaciones de las Rondas de Seguridad	Revisión Trimestral del monitoreo de las Rondas de Seguridad	4			X			X							-DG -OGC -SERV. EVAL.		
			Procesar datos de los reportes de incidentes de Seguridad.	Informe del Análisis de los reportes de incidentes de Seguridad.	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-OGC -DEP. REP.	
			Realizar informes trimestrales sobre el análisis de los reportes de incidentes de seguridad que incluyan recomendaciones.	Informe Trimestral del Análisis de los Incidentes de Seguridad	4				X							X				-OGC
			Actualización de la Directiva Sanitaria de la Notificación de Eventos Adversos	Una (01) Directiva actualizada	1								X							-DG -OGC -OAJ
			Elaboración del Documento Técnico: Metodología del Análisis Causa-Raíz(ACR)	Un (01) Documento Técnico elaborado.	1											X		-DG -OGC -OAJ		

**Leyenda:**

- DG: Dirección General.
- OEA: Oficina Ejecutiva de Administración.
- DIDAA: Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Anestesiología.
- DASP: Departamento de Atención de Servicio al Paciente.
- DE: Departamento de Enfermería.
- OGC: Oficina de Gestión de la Calidad.
- OAJ: Oficina de Asesoría Jurídica.
- OE: Oficina de Epidemiología.
- DEP. REP.: Departamento que Reporta.
- SERV. EVAL.: Servicio Evaluado.