



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 54 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **11.8 MAR 2025**

VISTOS:

El Informe N° 084-2025-GRP-430020-132004, de fecha 27 de febrero del 2025, emitido por la Jefa Equipo de Gestión de la Calidad, Informe N° 040-2025-GRP-430020-132003, de fecha 28 de febrero del 2025, emitida por la encargada del Equipo de Racionalización, Informe N° 045-2025-GRP-430020-132003, de fecha 03 de marzo del 2025 emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, y;

CONSIDERANDO:

E. ALVAREZ D. Que, el numeral 16.2 del artículo 16 de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y sus modificatorias, establece que: "Los entes rectores de los sistemas administrativos implementan acciones que contribuyan a la eficiencia y la simplificación de los sistemas administrativos bajo su competencia, para lo cual revisan periódicamente sus regulaciones a fin de determinar el efecto y los costos de su aplicación en la gestión pública, considerando la heterogeneidad institucional del Estado";

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N.º 26842 – Ley General de la Salud, disponen que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante el artículo 2º de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas técnicas para la mejora continua de la calidad a los servicios y establecimientos de salud, a fin de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; y con Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, se aprueba el "Manual para la mejora continua de la calidad";

Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Medico de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Garantía de la Calidad como la Aplicación de procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aunado al cumplimiento de indicadores de proceso y resultados, seleccionados por la Auditoría en Salud y propias institucionales;

Que, con Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, se aprueba la NTS N°020-MINSA/OGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias a nivel nacional y local, disminuir la incidencia de brotes de infecciones intrahospitalarias a nivel nacional y local, manejo y tratamiento oportuno de las infecciones, reducir los costos asociados a las infecciones intrahospitalarias para las personas y para los servicios de salud, disminuir la incidencia de infecciones por exposición laboral del personal salud a los agentes infecciosos maximizar el beneficio obtenido mediante las actividades de prevención y control locales;

Que, con Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud"; cuya finalidad es contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 54 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 18 MAR 2025

establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos;

Que, el Documento Técnico: "PLAN DE TRABAJO SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS", tiene por finalidad identificar los riesgos y establecer estrategias para fomentar una cultura en la que todos los miembros de las diferentes áreas prioricen la seguridad del paciente, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno más seguro dentro del E.S II-1 Hospital Chulucanas;

Que, mediante Informe N° 084-2025-GRP-430020-132004, de fecha 27 de enero del 2025, emitido por la Jefa del Equipo de Gestión de la Calidad, informa que con la finalidad de identificar los riesgos y establecer estrategias para fomentar una cultura en la que todos los miembros de las diferentes áreas prioricen la seguridad del paciente, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno más seguro, solicita la aprobación del Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente del E.S II-1 Hospital Chulucanas;

Que, mediante Informe N° 040-2025-GRP-430020-132003, de fecha 28 de febrero del 2025, emitida por la encargada del Equipo de Racionalización manifiesta que de la revisión del Plan Anual de Trabajo de Seguridad del Paciente del E.S II-1 Hospital Chulucanas, éste cumple con lo normado en la Directiva de Normas Generales para las Comunicaciones Oficiales Escritas de la Institución, por lo cual sugiere se continúe con el trámite de aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 045-2025-GRP-430020-132003, de fecha 03 de marzo del 2025 emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, otorga su conformidad y solicita continuar con el trámite correspondiente, razón por la cual la Dirección del E.S II-1 Hospital Chulucanas autoriza a la Jefa del Equipo de Asesoría Legal mediante proveído de fecha 03 de marzo de 2025 proyectar el acto resolutivo;

Que, a fin de cumplir con los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado y con la visación de la Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director de Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 330-2015/GRP-CR, de fecha 27 de noviembre del 2015 y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 162-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 06 de marzo de 2024, que resuelve designar al médico EDUARDO RICARDO ÁLVAREZ DELGADO, en el cargo de Director del Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS; el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a la Dirección Regional de Salud Piura, Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Personal, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal.

¡En la Región Piura, Todos Juntos Contra el Dengue!

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 54 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 18 MAR 2025

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la página Web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ALVAREZ DELGADO
CMP. 062790
DIRECTOR



J. RODRIGUEZ O.



K. CISNEROS C?



¡En la Región Piura, Todos Juntos Contra el Dengue!



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas.

PLAN DE TRABAJO SEGURIDAD DEL PACIENTE

E. S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



2025

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVOS
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- V. BASE LEGAL
- VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales. Definiciones Operativas

6.2 Análisis de la Situación Actual del Aspecto Sanitario

6.2.1 Antecedentes

6.2.2 Problema

6.2.3 Causa del problema

6.2.4 Población objetivo

6.2.5 Alternativas de solución

6.3 Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del 2024-2029.

6.4 Actividades por objetivos

6.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

6.4.2 Costeo de las actividades por tarea

6.4.3 Cronograma de actividades

6.4.4 Responsable para el desarrollo de cada actividad

6.5 Presupuesto

6.6 Financiamiento

6.7 Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del plan

VII. RESPONSABILIDADES

VII. ANEXOS

IX. BIBLIOGRAFÍA



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental en todos los sistemas de salud, por lo que desde 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en el año 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Posteriormente, diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional han mostrado que los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en los sistemas sanitarios de países desarrollados. Aunque con resultados variables, alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren de algún evento adverso (EA), como consecuencia de la atención sanitaria, y alrededor del 50% de estos eventos podrían evitarse aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada.

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria; es un pilar esencial de la calidad asistencial y un valor fundamental que guía todas nuestras acciones.

Este plan de trabajo surge del compromiso inquebrantable con la seguridad de quienes confían en nosotros su salud. En un entorno sanitario cada vez más complejo, es esencial adoptar un enfoque proactivo para identificar y mitigar los riesgos. Este plan ha sido creado para establecer un marco integral para fortalecer la cultura de seguridad, mejorar la comunicación y promover las buenas prácticas de atención en las diferentes áreas del hospital.

En el contexto actual, el Equipo de Gestión de la Calidad del E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, a través del Comité Institucional de Seguridad del Paciente impulsa el presente Plan, con la finalidad de que el paciente reciba una atención segura y libre de riesgos.

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.



II. FINALIDAD

Identificar los riesgos y establecer estrategias para fomentar una cultura en la que todos los miembros de las diferentes áreas prioricen la seguridad del paciente, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno más seguro dentro del E.S II-1 Hospital Chulucanas.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer la cultura de seguridad del paciente, implementando buenas prácticas de atención en salud para disminuir la incidencia de eventos adversos en el E.S II-1 Hospital Chulucanas.



3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

3.2.1 Diseñar actividades para mejorar la seguridad del paciente dentro del E.S II-1 Hospital Chulucanas.

3.2.2 Promover buenas prácticas y una cultura de seguridad del paciente en el personal del E.S Hospital Chulucanas.

3.2.3 Disminuir la incidencia de IAAS dentro del Establecimiento.

3.2.4 Disminuir la incidencia de eventos adversos dentro del Establecimiento.

3.2.5 Fomentar la aplicación de la LVCS en el área de centro quirúrgico y URPA del E.S Hospital Chulucanas.

3.2.6 Identificar áreas con alto riesgo de caída de pacientes.

3.2.7 Promover la correcta identificación del paciente.

3.2.8 Fortalecer la adherencia al proceso de higiene de manos.

3.2.9 Fortalecer la seguridad en la medicación dentro de las áreas específicas del hospital.

3.2.10 Fortalecer la mejora de la comunicación dentro de los procesos asistenciales.

3.2.11 Gestionar los riesgos en la atención médica para prevenir eventos adversos.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplica en todas las áreas de atención de pacientes del E. S II-1 Hospital Chulucanas.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- Ley N° 29344 "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud".
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Ley N° 27444 "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Ley N° 27314 "Ley General de Residuos Sólidos"
- Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con discapacidad.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020- MINSA/OGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de infecciones intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 168- 2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la Atención de Salud.



Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.

- Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución de Superintendencia N°053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N°92-MINSA-2020/DEGAIN "Directiva de Rondas de Seguridad para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud".

VI. CONTENIDO

ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

6.1 Definiciones Operativas:

- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas "Usos de Mejores Prácticas", que contribuyen a la reducción y mitigación de actos inseguros, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso, en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- **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.
- **Evento Adverso:** Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad.
- **Evento Centinela:** Es un evento adverso grave que produce una 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.
- **Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.



E. ALVAREZ D.



J. RODRIGUEZ O.



K. GONZALEZ C.

que se obtienen los resultados esperados.

- **Incidencia Relacionada con la Seguridad del Paciente:** Es el 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. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de Buenas Prácticas de la atención de 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 en salud y establecer contacto directo con el paciente, la familia y el personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Riesgo:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención en salud.
- **Higiene de Manos:** Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavarse las manos con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- **Prevención de Riesgo:** Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable, toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.
- **Acción Insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- **Apreciación de Riesgo:** Es el proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis de riesgo y evaluación de riesgo.
- **Acciones de Mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud – IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de



microorganismos o su(s) toxinas(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Para muchas IAAS de tipo bacteriana, eso significa que la infección usualmente se hace evidente en 48 horas o más, luego es la admisión en el establecimiento de salud. En el caso de los neonatos se considera como IAAS. La infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

- **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamientos, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros). Organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.



6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL ASPECTO SANITARIO.

6.2.1 Antecedentes.

En el marco de las Políticas, Leyes, Normas Técnicas de Salud, y en cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad para el paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención, en el E.S II-1 Hospital Chulucanas, desde su creación ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes servicios. Entre ellas:

- Visitas Inopinadas a Centro Quirúrgico, con la finalidad de asegurar la correcta implementación de la **Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía**, disminuyendo los eventos adversos en los procedimientos y/o cirugías.
- Desarrollo de **Rondas de Seguridad del Paciente**, mensuales, e inopinadas, para evaluar las buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en las diferentes áreas de Hospitalización, Consultorio Externo, Emergencia, Centro Quirúrgico,



Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.

Diagnóstico por Imágenes, Banco de Sangre y otros servicios, que culminan en Planes de Trabajo con recomendaciones y acciones de mejora, las cuales son monitoreadas para su cumplimiento.

- **Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas** con reportes a través de la ficha de registro, que es llenada por las diferentes áreas del hospital.
- Monitoreo de la práctica de **higiene de manos** del personal asistencial en las diferentes áreas del hospital.
- Vigilancia epidemiológica activa para evitar la propagación de **infecciones asociadas a la atención en salud**.
- La **identificación correcta del paciente**, garantiza que el paciente reciba el tratamiento y procedimiento correcto, verificando su identidad mediante el uso de brazaletes, códigos de barras o sistemas electrónicos de identificación.
- Fomentar la **mejora de la comunicación** entre los profesionales de salud y con el paciente. Esto incluye la correcta transmisión de información sobre diagnósticos, tratamientos y medicamentos, además de la inclusión del paciente en las decisiones de su cuidado.
- **Seguridad en el uso de medicamentos**, implementar prácticas que reduzcan el riesgo de cometer errores durante la medicación.
- **Gestión de riesgos**, identificar, evaluar y gestionar los riesgos en la atención médica para prevenir eventos adversos.
- **Promoción de la cultura de seguridad**, fomentar un ambiente donde el personal de salud se sienta cómodo reportando errores y eventos adversos sin temor a represalias, y donde se puedan analizar y aprender de los fallos para evitar que se repitan.
- **Capacitación y formación continua**, asegurar que todo el personal de salud esté capacitado y actualizado sobre las mejores prácticas y protocolos de seguridad del paciente.
- **Involucramiento del paciente**, impulsar la participación activa del paciente en su propio cuidado, fomentando su educación sobre sus condiciones de salud, medicamentos y tratamientos, para reducir riesgos asociados a la falta de información.



6.2.2 Problemas:

- Presencia de incidentes y eventos adversos reportados.
- Presencia de IAAS.

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.

- Baja adherencia al proceso de higiene de manos.
- Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas con riesgo alto en la adherencia a las buenas prácticas de atención.
- Proceso de Autoevaluación para la Acreditación con porcentajes bajos en los estándares evaluados.
- Falta de información relevante en H.C de pacientes hospitalizados o que van a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Comunicación inefectiva de los procesos de atención a pacientes.
- Poca comunicación entre el equipo multidisciplinario.
- Escasa cultura de seguridad del paciente.

6.2.3 Causas del problema

- Débil cultura en seguridad de la atención
- No se realizan procesos de inducción a personal nuevo, personal en formación, dejando de lado temas relacionados a la seguridad del paciente.
- Existe personal con falta de experiencia y conocimiento en el análisis de eventos adversos y aplicación de LVSC.
- Existe personal asistencial con baja adherencia a la higiene de manos.
- Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente.
- El establecimiento de salud no prioriza el desarrollo de capacitaciones relacionadas a temas de seguridad del paciente.

6.2.4 Población objetivo

El presente plan de seguridad del paciente del E.S II-1 Hospital Chulucanas está dirigido a todo el personal asistencial involucrado en la atención del paciente.

6.2.5 Alternativas de solución

Las actividades descritas a continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad del paciente en la atención de salud que se brinda, en el personal asistencial que labora en el E.S II-1 Hospital Chulucanas:

- Desarrollo de eventos de capacitación sobre Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.



- Desarrollo de eventos de capacitación sobre importancia del correcto registro y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo mensual de buenas prácticas de atención en salud mediante la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente, mensuales, inopinadas y al azar.
- Monitoreo frecuente y mensual al Centro Quirúrgico para evaluar la correcta implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Monitoreo constante al personal de salud para evaluar la técnica correcta y adherencia de lavado de manos en las diferentes áreas.
- Monitoreo frecuente de identificación correcta del paciente en las diferentes áreas.
- Supervisar las diferentes áreas para identificar procesos de riesgo que puedan propagar IAAS.
- Mejorar la comunicación de los profesionales de salud con el paciente.
- Mejorar la seguridad de la medicación.
- Fortalecer las acciones para garantizar procedimientos y cirugías seguras.
- Aplicar medidas para prevención de caídas de pacientes.
- Identificar, evaluar y gestionar los riesgos en la atención médica para prevenir eventos adversos.
- Desarrollo de acciones de promoción de buenas prácticas con pacientes, familias y personal de salud para prevenir eventos adversos y promover la seguridad del paciente.
- Realizar capacitaciones al personal sobre mejores prácticas y protocolos de seguridad del paciente.
- Fomentar un ambiente de cultura de seguridad entre el personal de las diferentes áreas.
- Involucrar al paciente en el cuidado de su salud, fomentando la educación en su salud, uso de medicamentos y tratamientos.



E. ALVAREZ D.



J. RODRIGUEZ O.



6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI 2024_2029

Actividad Estratégica Institucional

Objetivo: Servicio hospitalario adecuado para la ciudad de Piura.

O.E N° 3: Mejorar el acceso a los servicios de salud integral en la población del departamento de Piura.



K. CASNEROS C.

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.

en el Anexo N°01 (Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES"), del presente documento.

6.4.2 Costeo de las actividades para el cumplimiento del plan están descritas en el Anexo 01.

6.4.3 Cronograma de actividades: El cronograma de las actividades detallado se puede visualizar en el Anexo 01.

6.4.4 Responsabilidades para el desarrollo de las actividades:

El Equipo de Gestión de la Calidad están a cargo de la ejecución del presente Plan de Seguridad del Paciente, en forma conjunta con el Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y Coordinador de Centro Quirúrgico, el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, el Equipo de Tecnología de la Información, el Área de Enfermería, Jefatura de Epidemiología, el detalle de las responsabilidades por actividades se puede visualizar en el Anexo 01.

6.5 Presupuesto:

El presente plan se trabajará con presupuesto del hospital.

6.6 Financiamiento:

El presente plan será financiado con presupuesto del hospital.

6.7 Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del plan:

Se realizarán supervisiones a las diferentes áreas con la finalidad de poder evaluar los siguientes ítems:

- Monitoreo a la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro Quirúrgico
- Monitoreo a la adherencia de pasos y momentos del Lavado de Manos en las áreas visitadas a través de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las diferentes áreas, de acuerdo al cronograma aprobado.

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.



E. ALVAREZ D.



J. RODRIGUEZ O.



K. GONZALEZ C.

- Monitoreo al cumplimiento de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del Paciente en las áreas visitadas.
- Monitoreo al Reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Seguimiento y asesoría a reuniones de análisis de Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Monitoreo a las capacitaciones al personal de salud. El monitoreo y seguimiento a las buenas prácticas de atención en salud para la seguridad del paciente del personal de salud, se realizarán mediante visitas inopinadas a centro quirúrgico, registro, reporte y reuniones de análisis de eventos adversos y eventos centinelas, y la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las diferentes áreas del hospital.



VII. RESPONSABILIDADES.

Nivel local:

Los responsables de implementar el presente plan son:

- Dirección
- Equipo de Gestión de la Calidad.
- Comité de Seguridad del paciente.
- Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
- Equipo Conductor de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).
- Coordinador de la LVSC en Centro Quirúrgico.
- Servicio de Enfermería
- El Equipo de Gestión de la Calidad es responsable del seguimiento, evaluación del plan y reportar su cumplimiento a la Dirección.



VIII. ANEXOS

FORMATO N°1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES".

OBJETIVO GENERAL: FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMPLEMENTANDO BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	COSTO	MESES												RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Diseñar actividades para mejorar la seguridad del paciente dentro del E.S II-1 Hospital Chulucanas.	Conformación del Equipo de Seguridad del paciente	RD	1	s/0.00	x												DIRECCIÓN
	Elaboración del plan de Seguridad del paciente	Plan de trabajo	1	s/0.00	x												EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Aprobación del Plan de trabajo	RD	1	s/0.00	x												DIRECCIÓN
	Sesión educativa sobre seguridad del paciente	Sesión educativa	1	s/0.00			x						x				EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Equipo de Gestión de la Calidad. E. S II-1 Hospital Chulucanas.

5. Fomentar la aplicación de la LVCS en el área de Centro quirúrgico.    	Realizar monitoreo a la aplicación de la LVCS	Ficha	12	s/0.00	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	COORDINADORA DE LA APLICACIÓN DE LVCS
	Realizar informe de la aplicación de la LVCS	Informe	4	s/0.00				x											COORDINADORA DE LA APLICACIÓN DE LVSC- EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Realizar visitas inopinadas a Centro Quirúrgico para verificación de aplicación de la LVCS.	Visita	2	s/0.00				x											EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
	Identificar áreas con alto riesgo de caídas de pacientes.	Aplicación de lista de chequeo para la prevención de caídas del paciente.	Lista de chequeo	11	s/0.00			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Aplicación de medidas																		

FORMATO 2: FORMULARIO DE OBSERVACIÓN DIRECTA DE HIGIENE DE MANOS

E.S.	HOSPITAL CHULUCANAS	Número de periodo		Número de sesión	
Servicio		Fecha (dd/mm/aa)		Observador	
Duración de sesión		Hora de Inicio/fin (hh:mm)		N° de página	

Cat. Prof.:			Cat. Prof.:			Cat. Prof.:		
Código:			Código:			Código:		
Op.	Indicación	Acción	Op.	Indicación	Acción	Op.	Indicación	Acción
1	ant-pac	FM	1	ant-pac	FM	1	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
2	ant-pac	FM	2	ant-pac	FM	2	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
3	ant-pac	FM	3	ant-pac	FM	3	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
4	ant-pac	FM	4	ant-pac	FM	4	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
5	ant-pac	FM	5	ant-pac	FM	5	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
6	ant-pac	FM	6	ant-pac	FM	6	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
7	ant-pac	FM	7	ant-pac	FM	7	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	
8	ant-pac	FM	8	ant-pac	FM	8	ant-pac	FM
	ant-asept	LM		ant-asept	LM		ant-asept	LM
	desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision		desp-fluidos	omision
	desp-pac	guantes		desp-pac	guantes		desp-pac	guantes
	desp-entorno			desp-entorno			desp-entorno	



LEYENDA: Cat. Prof.: categoría profesional Op.: Oportunidades ant. pac.: antes del contacto con el paciente ant. aseps.: antes de una tarea aséptica desp. pac.: después de estar en contacto con el paciente desp. fluidos: después de contacto con fluidos del paciente desp. entorno: después de contacto con el entorno del paciente FM: fricción de manos LM: lavado de manos	CÓDIGOS: 1. Médico 2. Enfermera 3. Obstetra 4. Técnico de enfermería 5. Estudiantes (medicina, enfermería, Obstetricia, etc.) 6. otros
---	--

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Systems Approach. In: Patient Safety Network [website] Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality
<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21>
2. Seventy-second world health assembly (WHA 72.6) Global action on patient safety Chrome extensión https://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Febwha%2Fpdf_files%2FWHA72%2FA72_R6-en.pdf&clen=238066&chunk=true
3. Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture. Brisbane: The State of Queensland
https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/82705/understandingsafetyculture.pdf
4. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Ginebra: World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1
5. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del director general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

