

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL "JOSÉ AGURTO TELLO" DE CHOSICA



HOSPITAL CHOSICA

**PLAN ANUAL DE TRABAJO DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE 2025 - UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD**



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

**Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este**

**Hospital
José Agustín Tello
de Chosica**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

DIRECTORIO

Dr. YOFRE WILLIAMS SOTOMAYOR AGÜERO

DIRECTOR EJECUTIVO

Lic. Lizbeth Lujan Medina

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Lic. RAQUEL JESÚS QUISPE CASTRO

**RESPONSABLE DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN Y
NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS**

Lic. CAROLINA TAIÑA HUANCO

RESPONSABLE DE RONDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE DE MANOS

Dra. TREISSY STHEFANNY ALMERCO SIMON

RESPONSABLE DEL EQUIPO DE AUDITORIA

Bach. CHARD ENRIQUE GARRO GONZALES

RESPONSABLE DE MEDIOS DE ESCUCHA



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	4
II. Finalidad.....	4
III. Objetivos.....	4
IV. Ámbito de aplicación.....	4
V. Base legal.....	5
VI. Contenido:	
6.1. Aspectos Técnicos conceptuales (definiciones).....	5-6
6.2. Análisis de la situación actual:	
6.2.1 Antecedentes	6-7
6.2.2 Problema.....	7
6.2.3 Causas del problema.....	7
6.2.4 Población o identidad objetivo.....	7
6.2.5 Alternativas de solución	7
6.3 Articulación estratégica y operativa al POI.....	8
6.4 Actividades por objetivos	
6.4.1 Descripción operativa.....	9-11
6.4.2 Costeo de las actividades por tarea	11-12
6.4.3 Cronograma de actividades	12
6.4.4 Responsable para el desarrollo de cada actividad	13
6.5 Presupuesto.....	14
6.6 Financiamiento.....	14
6.7 Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del plan.....	14
VII Responsabilidades para el cumplimiento de las actividades.....	14-15
VIII ANEXOS A	
ANEXO N° 1 A Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del plan específico.....	16
ANEXO N° 2 A Matriz de Indicadores del Plan específico.....	17
ANEXO N°3 A Matriz de Programación de Metas Físicas y presupuestales del Plan Específico.....	18
ANEXO N° 4 A Matriz de Formulación del Presupuesto del Plan Específico.....	19
ANEXO B	
ANEXO N° 1 B Cronograma de actividades del Plan de Seguridad del Paciente año 2025 del HJATCH.....	20-21
ANEXO N° 2 B Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente – 2025.....	22
ANEXO N° 3 Cronograma Post Ronda de Seguridad del Paciente 2025.....	23
IX BIBLIOGRAFIA.....	24



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de fortalecer en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, una cultura de Seguridad del paciente, las actividades están orientadas a la reducción de riesgo con prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores, difundiendo el conocimiento y estimulando la investigación, así como el ciclo de mejora continua.

La Octava Política Nacional de Calidad en Salud en el Perú, menciona que "Las Organizaciones proveedoras de atención de Salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de los riesgos derivados de la atención de Salud", siendo el objetivo reducir la ocurrencia de Eventos Adversos durante el proceso de la atención de salud y atenuar sus efectos. Los Eventos Adversos tienen repercusiones serias en una institución de salud, ocasionan un mayor gasto sanitario como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado, por ello para que la Seguridad del Paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir Liderazgo y compromiso por parte de la Alta dirección, políticas claras, trabajo en equipo y un entorno abierto a cambios.

II. FINALIDAD:

El presente plan contribuirá a fortalecer la seguridad del paciente y al mejoramiento de la Calidad de atención en los servicios que brinda el Hospital José Agurto Tello de Chosica en beneficio de los usuarios externos y la satisfacción de los trabajadores. El contenido está basado en los criterios de programación del área de Calidad para el 2025 emitidos por la DIRIS Lima Este.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una Cultura de Gestión del Riesgo a través de la difusión e implementación de Buenas Prácticas de atención en salud para la disminución de los Incidentes y Eventos Adversos durante la atención en salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso.
- Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
- Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad, Identificación-Registro-Notificación-Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso).
- Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

IV. AMBITO Y ALCANCE DE APLICACIÓN

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud del Hospital José Agurto Tello de Chosica.



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

V. BASE LEGAL:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
3. Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
4. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
5. Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos.
6. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
7. DL N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud.
8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
9. Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalaria.
10. Resolución Ministerial 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
11. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
12. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
13. 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.
14. Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
15. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en salud". De fecha 02 de Abril de 2020.
16. Resolución Directoral N° 214-2023-DE-HJATCH, aprobación de la Directiva para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de los planes específicos de los órganos y unidades orgánicas del Hospital José Aguirre Tello de Chosica
17. Resolución Directoral N°299-2024-DE/HJATCH; que aprueba el POI 2025 del hospital José Aguirre Tello de Chosica
18. Resolución Directoral N°095-2025 DE/ HJATCH Plan Anual de trabajo 2025 de la Unidad de Gestión de la Calidad

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

- 6.1.1 **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.
- 6.1.2 **Acciones de mejoras:** son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

6.1.3 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.

6.1.4 Eventos Adversos: Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad. Clasificación:

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. Por ejemplo, en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.

Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.

Grave: El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

6.1.5 Evento Centinela: Es 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.

6.1.6 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.

6.1.7 Incidente: Evento que no ha causado daño, pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

6.1.8 Riesgo: Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

6.1.9 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.

6.1.10 Seguridad del Paciente:

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

6.2.1 Antecedentes.

En el año 2024 se cumplieron el 100% de las Rondas de Seguridad programadas para el año con un promedio de cumplimiento del 87.1% en el I Semestre y 88% en el II Semestre. Con respecto a seguridad del paciente se realizó una capacitación dirigida al personal asistencial de los servicios de hospitalización sobre la importancia de la notificación de los incidentes y eventos adversos, higiene de manos, normas generales, rondas de seguridad, etc. Se continuó con la aplicación de la lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (LVSC) siendo en el IV Trimestre 2024 de 100% en las operaciones programadas



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

6.2.2 Problema (Magnitud y Caracterización).

Durante el año 2024 si bien es cierto se ha cumplido realizando las rondas de seguridad programados se ha observado mayor participación del personal asistencial de cada servicio a diferencia de años anteriores. Sobre el cumplimiento de sus funciones del equipo de rondas se ha tenido dificultades en su participación de algunos miembros especialmente de los administrativos lo que dificulta el cumplimiento de las rondas, pero estas funciones son asumidas por los otros miembros del equipo.

Con respecto a los monitoreos post rondas se cumplen de parte del equipo de ronda, pero si hay dificultades de cumplimiento de las recomendaciones en las fechas programadas de parte de los jefes responsables de los servicios quienes cumplen recargada labor que lo manifiestan verbalmente

6.2.3 Causas del Problema.

- a) Poco compromiso de los Jefes de Departamentos y Servicios médicos para participar en el proceso de rondas cuando les toca en sus servicios, pero si asumen las enfermeras u otros profesionales de la salud involucrados en este proceso
- b) Las Jefatura de los Departamentos y Servicios participan en forma muy limitada para hacer el plan de monitoreo post ronda lo que limita el cumplimiento en tiempos programados
- c) Médicos muestran poco interés para la elaboración y/o actualización de las Guías de Práctica Clínica, protocolos y otros documentos de gestión.

6.2.4 Población o entidades objetivo.

Este Plan es de aplicación a todos los Órganos y Unidades Orgánicas del HJATCH.

6.2.5 Alternativas de solución.

Estrategias para mejorar los resultados en el año 2025 que plantea la Unidad de gestión de la calidad es:

- Conformar el equipo de Seguridad del paciente con profesionales que cuenta la Institución cumpliendo generalmente cargos de jefatura
- Motivar al Equipo Técnico de Seguridad del Paciente para obtener mayor compromiso en el cumplimiento de este proceso
- Gestionar a través de la jefatura de la unidad ante la dirección ejecutiva se consigan plazas de RRHH bajo la modalidad CAS para integrantes del Equipo de trabajo de Auditoría de la Calidad de atención y Garantía de la Calidad (personal médico)
- Así mismo se promoverá reuniones de los Comités que velan por la Calidad de Atención, Capacitar en la Elaboración de acciones y Proyectos de Mejora a los jefes de los Departamentos, Oficinas, Unidades, Servicios y Áreas del HJATCH.





6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON EL POI-2025 DEL HJATCH

Las actividades programadas en el Plan de Seguridad del Paciente se encuentran inmersas de manera general en el Plan de Gestión de la Calidad la cual se encuentra incluida dentro de Acciones Centrales, financiado con Recursos Ordinarios, según la siguiente cadena funcional:

ORGANO / UNIDAD ORGANICA		UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD						
MARCO ESTRATEGICO		Estructura Programática y Operativa						
PEI 2019 - 2026		POI						
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa POI	Centro de Costos	Objetivo General del Plan	Objetivo Especifico del Plan
OEI.04 FORTALECER LA RECTORIA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTION INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E INTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	9001.- ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	50000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	05.01 UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDA	Fortalecer una Cultura de Gestión del Riesgo a través de la difusión e implementación de Buenas Prácticas de atención en salud para la disminución de los Incidentes y Eventos Adversos durante la atención en salud	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación- Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso). Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinelas mediante Protocolo de Londres. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1 Descripción Operativa: UM, metas y responsables

OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.

OE:1. FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Actividades:

- Conformación del "Comité de Seguridad del Paciente", mediante Resolución Directoral.
- Conformación del Equipo técnico de Seguridad del paciente.

Unidad de medida	RD
Meta:	1
Responsable	Responsable de seguridad del paciente

OE 2: FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO- NOTIFICACIÓN - ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO

Actividades:

- Capacitación dirigida a las Jefaturas de Departamento, Servicios y responsables de Seguridad del Paciente de las UPSS; referente al sistema de registro, notificación, análisis y mejora del incidente y evento adverso.
- Informes con el número de registro, notificación y análisis de los Eventos Adversos.

Unidad de medida	fichas de notificación
Meta	120
Responsable	Responsable de eventos e incidentes

OE 3: PROMOVER BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Actividades:

- Conformación del Equipo conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 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 evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía.

Unidad de medida	RD
Meta	1
Responsable	Responsable de Lista de Verificación de seguridad de la cirugía



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

OE 4: IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN-REGISTRO-NOTIFICACIÓN- ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO)

Actividades:

- Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente (realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución prestadora de servicios de salud - IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud, mínimo una Ronda de seguridad al mes).
- Ejecución de las Rondas de Seguridad. (Buenas prácticas de la atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, para identificar prácticas inseguras durante la atención en salud).
- Cumplimiento de Buenas prácticas (Implementación de las acciones de mejora post ronda de seguridad del paciente, según prácticas inseguras identificadas en las UPSS y Elaboración del Plan de acción para las prácticas Ronda de Seguridad del paciente).

Unidad de medida	RD
Meta	1
Responsable	Responsable de seguridad de paciente

OE 5: FORTALECER EL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Actividades:

- Implementación y Adherencia del Proceso de Higiene de manos. (Personal de Salud cumple con requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos).

Unidad de medida	informe
Meta	2
Responsable	Responsable de seguridad de paciente





DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES SEGURIDAD DEL PACIENTE

Descripción	Unidad de medida	Meta	Líneas de acción	Responsable
Registro de notificación de eventos adversos	Fichas de notificación	120	Implementación de buenas prácticas del paciente	Responsable de eventos adversos
Elaboración de tabla consolidado de incidentes y eventos adversos	oficio	4		Responsable de seguridad del paciente
Elaboración del plan de seguridad del paciente	RD	1		
Conformación del equipo de ronda de seguridad	RD	1		
Elaboración de cronograma de rondas de seguridad	RD	1		
Ejecución de rondas de seguridad	informe	12		
Informe oficial de ejecución de rondas de seguridad	Informe	2		
Capacitación de higiene de manos	Informe	2		
Evaluación de adherencia de higiene de manos	Informe	2		

Las actividades operativas están incluidas en el POI -2025 en las actividades operativas en tres líneas de acción importantes como son:

- Planificación para la Calidad en Salud, alineada a las políticas y lineamientos del sector.
- Garantía de la Cultura de Calidad y mejora Continua. Auditoria se está dentro de esta línea de acción.
- Información para la Calidad.



6.4.2 COSTEO DE LAS ACTIVIDADES POR TAREA

Actividad presupuestal	Actividad operativa	Clasificador	Descripción de bienes/servicios	Cantidad N° de profesional	PU/ monto por profesional	Costo total
5000003 Gestión administrativa	AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	23.27.31	Curso de capacitación	70	40.00	2,800.00



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

**Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este**

**Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

ACTIVIDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente.
- Conformación de equipo conductor de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Informe de los procesos de Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Notificación y análisis de eventos adversos y/o eventos centinela, en el HJATCH.
- Informes de Buenas Prácticas: Implementación y adherencia del proceso de higiene de manos, en el HJATCH.
- Informes de Buenas Prácticas: Rondas de seguridad, en el HJATCH.

6.4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
				x			x			x			x
			x										
		x											
		x											
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
							x						x
							x						x
							x						x





6.4.4 RESPONSABLE PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AOI00113800538 IMPLEMENTACIÓN BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Registro de notificación de eventos adversos	Registro de la ficha de notificación de eventos adversos con carácter anónimo, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio involucrado, fecha y lugar del suceso.	Notificación Y Análisis De Eventos Adversos
		Elaboración de Tabla consolidado de incidentes y eventos adversos	Tabla resumen que expresa la cantidad de incidentes y eventos adversos, de manera trimestral, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio involucrado, Lugar y fecha del suceso, Tipificación inicial y Tipificación Final.	
		Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	Documento que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivos, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables. Plan elaborado por la IPRESS que detalla todas las actividades de Seguridad del Paciente: Eventos Adversos, Higiene de manos, Cirugía Segura, Prevención UPP, Prevención caídas, Identificación del Paciente y Rondas de Seguridad.	
		Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad	Documento que describe al personal de la IPRESS responsable de planificar y ejecutar las Rondas de Seguridad, Conformado como mínimo: Jefe de la IPRESS, Responsable administrativo, Responsable de Calidad, Responsable de Epidemiología, Responsables de los principales servicios.	
	RONDAS DE SEGURIDAD	Elaboración de Cronograma de Rondas de Seguridad	Documento formulado por la IPRESS que describe el cronograma de las Rondas de Seguridad,	Responsable De Rondas De Seguridad Y Dirección Adjunta
		Ejecución de la Ronda de Seguridad	Documento que describe la ejecución de la Ronda de Seguridad: Registro de la H.CI, Seguridad en la medicación, Identificación del paciente, Higiene de manos, Bioseguridad, Equipos. Mínimo una ronda mensual, siendo obligatorio en una de las UPSS de Emergencia, UCI, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico en cada semestre.	
		Informe oficial de la ejecución de las Rondas de Seguridad	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS el informe de ejecución de las Rondas de Seguridad conforme al aplicativo, cuyo contenido debe considerar: Informe descriptivo, Anexo 3: Resultados de Evaluación; Anexo 6: Plan de Acción; Anexo 7: Ficha de Monitoreo.	
	HIGIENE DE MANOS	Capacitación de Lavado de manos	Documento que detalla el informe de la Capacitación teórica/práctica en los 11 pasos y 5 momentos de la higiene de manos al 100% del personal del hospital. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Recomendaciones	Responsable De Rondas De Seguridad E Higiene De Manos
		Evaluación de Adherencia de Higiene de manos	Documento que detalla el informe de la evaluación presencial al menos al 25% del personal del hospital por sesión, sobre el lavado de manos. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Resultados y Recomendaciones. obligatorias: Emergencia, Hospitalización, UCI/UCIN, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico. UPSS	

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

6.5 PRESUPUESTO:

Se ha considerado el presupuesto en el Plan de Gestión de la Calidad. 5000003 -
ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

DESCRIPCION	CLASIFICADOR	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO S/.	VALOR ESTIMADO S/.
MANDIL DESCARTABLE ESTERIL TALLA M	2.3.18.21	36	8	288.00
MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N 95	2.3.19.199	36	8	288.00
BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO	2.3.18.21	72	0.45	32.4
GORRO DESCARTABLE	2.3.18.21	72	0.17	12.24
LAPIZ GRAFITO N° 1	2.3.19.12	18	0.2	3.6
TABLERO ACRILICO CON SUJETADOR DE METAL 22CM * 35CM	2.3.15.1.2	5	6	30.00
BOLIGRAFO (LAPICERO AZUL)	2.3.15.12	18	0.3	5.4
BLOCK DE PAPEL BOND 75 GR A 4 *500 HOJAS	2.3.15.12	4	28	112
TOTAL				771.64

6.6 FINANCIAMIENTO

El presente Plan de Acción será financiado con la fuente de 'Financiamiento Recursos Ordinarios

6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

- La Supervisión a la Unidad de Gestión de la Calidad y el cumplimiento del Plan generalmente es realizada por al DIRIS L.E, SUSALUD, MINSA y Contraloría de la República.
- El Monitoreo y la Evaluación lo realizan cada responsable de las líneas de Acción y la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y la Dirección Ejecutiva.
- La matriz de Programación se encuentra en el anexo.

VII RESPONSABILIDADES PARA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

- El Director Ejecutivo del Hospital quien debe aprobar el presente Plan mediante Resolución Directoral y brindar su apoyo para el cumplimiento de las actividades planteadas.
- Los jefes de Departamentos, Unidades y Servicios están inmersos en el cumplimiento de las actividades del presente plan, sobre todo implementado las acciones y/o proyectos de mejora en sus servicios.
- La oficina de Planeamiento Estratégico debe asignar recursos para el cumplimiento de las actividades.





PERÚ

**Ministerio
de Salud**

**Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este**

**Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"*

- El equipo de trabajo de la Unidad de Gestión de la calidad debe impulsar el trabajo a desarrollar en cada uno de los Servicios del Hospital realizando el seguimiento a las recomendaciones de los informes.
- El Equipo de Rondas de Seguridad cumplir con la programación según el cronograma de Rondas de Seguridad y levantar los verificadores inseguros en el monitoreo.

VIII ANEXOS A

ANEXO N° 1 A Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del plan específico

ANEXO N° 2 A Matriz de Indicadores del Plan específico

ANEXO N°3 A Matriz de Programación de Metas Físicas y presupuestales del Plan Específico

ANEXO N° 4 A Matriz de Formulación del Presupuesto del Plan Específico

ANEXO B

ANEXO N° 1 B Cronograma de actividades del Plan de Seguridad del Paciente – año 2025 del HJATCH

ANEXO N° 2 B Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente - 2025

ANEXO N° 3 Cronograma Post Ronda de Seguridad del Paciente 2025



ANEXO 1 A

FORMATO 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Órgano/Unidad Orgánica:		UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
Marco estratégico:		Estructura Programática y Operativa				
PEI 2025		POI				
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	AO ID Actividad Operativa POI	Centro de Costo
OEI.04 FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E INTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800538 IMPLEMENTACIÓN BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD PACIENTE	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD
					Fortalecer una Cultura de Gestión del Riesgo a través de la difusión e implementación de Buenas Prácticas de atención en salud para la disminución de los Incidentes y Eventos Adversos durante la atención en salud.	1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo 2. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso 3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente 4. Fortalecer el Sistema de Registro-Notificación - Análisis y reducción del Incidente y Evento Adverso 5. Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

ANEXO 2 B**FORMATO 2: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO**

Objetivos General del Plan:	Fortalecer una Cultura de Gestión del Riesgo a través de la difusión e implementación de Buenas Prácticas de atención en salud para la disminución de los Incidentes y Eventos Adversos durante la atención en salud.			
Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
Porcentaje de implementación del monitoreo de las Rondas de Seguridad	Porcentaje	>75%	Aplicativo Rondas de Seguridad	UGC
Adherencia a la Higiene de manos	Porcentaje	>75%	Informes propios	UGC
Eventos adversos notificados y analizados	Numero de Fichas de notificación	120	Fichas de notificación	UGC





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

Hospital José Aguirre Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

ANEXO 3 A

FORMATO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica:		UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD												PRESUPUESTO SIAF					
PLAN ESPECÍFICO		POI												Estructura Presupuestal					
Estructura Operativa		PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS/ MENSUALIZADO												PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL ANUAL (S/)					
Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan	Centro de Costo	Actividad presupuestal	Actividad Operativa / Sub Producto	Unidad de Medida	MES 01	MES 02	MES 03	MES 04	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11	MES 12	Meta Física Anual	Total Presupuesto (S/) ANUAL
Fortalecer una cultura de Gestión del Riesgo a través de la difusión e implementación de Buenas Prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y Eventos Adversos durante la atención en salud.	Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.	05.01 Unidad de Gestión de la Calidad	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACIÓN ACCIONES MEJORA CONTINUA DE CALIDAD ATENCIÓN	R.D. Informe Fichas de registro	1	3	153	0	0	158	0	0	153	0	0	159	625	S/210,928.56



ANEXO 4 A
FORMATO 4: MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica:				UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD			
PLAN ESPECÍFICO		POI		PRESUPUESTO SIAF			
Estructura Operativa		Estructura Presupuestal					
Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Fuente de Financiamiento	Específica de Gasto	Presupuesto Requerido
Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital José Agurto Tello de Chosica, alineadas a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud	Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	R.O.	2.3.2.9.1.1	S/156,000.00
						2.3.1.5.1.2	S/5,388.34
						2.3.1.5.3.1	S/1,562.00
						2.3.1.5.4.1	S/70.00
						2.3.1.8.2.1	S/954.00
						2.3.2.7.3.1	S/16,000.00
						2.6.3.2.1.2	S/1,200.00
						2.6.3.2.3.1	S/25,084.22
						2.6.3.2.3.3	S/2,000.00
						2.6.3.2.9.4	S/2,670.00



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

Hospital José Aguirre Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

ANEXO 1 B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – AÑO 2025 DEL HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHOSICA

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer una Cultura de Gestión del riesgo a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud para la disminución de los incidentes y eventos adversos durante la atención en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA	AÑO 2025											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Fortalecer el sistema de registro- notificación - análisis y mejora del incidente y evento adverso.	Informes con el número de registros, notificación y análisis de los Eventos Adversos.	Informe	4			1			1			1			1
2. Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente Quirúrgico.	Conformación del Equipo conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Equipo Conductor con Resolución Directoral	1		1										
	Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe	4			1			1			1			1
	Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirujía.	Informe	2						1						1
3. Implementar las Rondas de Seguridad como herramienta de gestión de riesgo.	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.	R.D. se aprobación	1		1										
	Ejecución e Informe de las Rondas de Seguridad.	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ejecución de Informes de Monitoreo de Ronda de Seguridad	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Informe de las actividades desplegadas en Rondas de Seguridad por Trimestre.	Informe	4			1			1			1			1



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Este

Hospital José Aguirre Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

4. Fortalecer el proceso de análisis de eventos centinelas.	Análisis de Eventos centinela mediante el Protocolo de Londres	Informe	2							1							1
5. Fortalecer el sistema de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud	Capacitación en higiene de manos y/o Evaluación de la adherencia de la Higiene de Manos.	Informe	4					1						1			1

CRONOGRAMA DE MONITOREOS POST RONDA DE SEGURIDAD-2025

IPRESS: HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
 TITULAR/RESPONSABLE IPRESS (*): DR. YOFRE WILLIAMS SOTOMAYOR AGUERO

ENERO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	27-01-2025	09:00 a.m.

FEBRERO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	24-02-2025	09:00 a.m.

MARZO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	26-03-2025	09:00 a.m.

ABRIL		
MONITOREO	FECHA	HORA
	25-04-2025	09:00 a.m.

MAYO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	28-05-2025	09:00 a.m.

JUNIO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	25-06-2025	09:00 a.m.

JULIO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	25-07-2025	09:00 a.m.

AGOSTO		
MONITOREO	FECHA	HORA
	27-08-2025	09:00 a.m.

SETIEMBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA
	24-09-2025	09:00 a.m.

OCTUBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA
	24-10-2025	09:00 a.m.

NOVIEMBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA
	26-11-2025	09:00 a.m.

DICIEMBRE		
MONITOREO	FECHA	HORA
	12/12/2025	09:00 a.m.

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL JOSÉ AGUSTÍN TELLO DE CHOSICA
 Dr. Yofre Williams Sotomayor Aguero
 CMP: 12940 / RNE: 019722
 DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL JOSÉ AGUSTÍN TELLO DE CHOSICA
 Lic. Elizabeth Luján Macías
 CIP: 27546
 JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"
 Lic. Rocío L. Minaya Quispe
 CIP: 18897
 JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"
 Lic. Mercedes Flores Apaza
 CIP: 23444 RNE: 025076
 JEFE DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA

Responsable de la Oficina de
 Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiología

Responsable de Dpto. Enfermería

Titular/responsable IPRESS

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este****Hospital
José Aguirre Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la consolidación y recuperación de la economía peruana"

IX BIBLIOGRAFÍA

- Dirección General de salud de las personas (2006), Documento Técnico. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud RM 519-2006/MINSA.
- Ministerio de Salud (2011), Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. R.M. N° 095-2012/MINSA.
- Ministerio de Salud (2010) Guía técnica de Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Ministerio de Salud (2011) "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Ministerio de Salud (2007) Directiva Administrativa que regula el procedimiento para la atención de Consultas, Sugerencia, Quejas, Solicitudes de Interposición de buenos oficios y consejería en la Defensoría de la Salud y Transparencia del Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2015) Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Ministerio de Salud (2016) Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- Ministerio de Salud (2016) Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Ministerio de Salud (2018) "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Ministerio de Salud (2020) "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".

