



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 114-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 09 JUN 2025

**VISTOS:**

Informe N° 178-2025/GRP-432003-132004, de fecha 22 de mayo de 2025, emitido por la jefa del Equipo de Gestión de Calidad; Informe N° 071-2025/GRP-430020-132003, de fecha 26 de mayo de 2025, emitido por la encargada del Equipo de Racionalización; Informe N° 081-2025/GRP-430020-132003, de fecha 26 de mayo de 2025, emitido por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico; y;

**CONSIDERANDO:**

Que, en virtud del Principio de Legalidad, las autoridades administrativas deben actuar con respecto a la Constitución, la Ley y al Derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas. Este principio general del derecho supone la sujeción irrestricta de la Administración Pública al bloque normativo, exigiéndose que todas las actuaciones desplegadas por las entidades públicas que la conforman se encuentran legitimadas y autorizadas por las normas jurídicas vigentes, siendo posible su actuación únicamente respecto de aquello sobre lo cual se les hubiera concedido potestades;

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

Que, en el Capítulo VII – Higiene y Seguridad en los Ambientes de Trabajo de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, en su artículo 102°, establece que las condiciones higiénicas y sanitarias de todo centro de trabajo deben ser uniformes y acordes con la naturaleza de la actividad que se realiza;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio de 2021, se aprobó el Documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual tiene como objetivo establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, el ítem VI. de las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, señalan disposiciones específicas; por ello, en el ítem 6.1.4 señala lo siguiente:

**"6.1.4. Definición Técnico**

**a) Definición:**

*Es la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud, que contiene información sistematizada o contenidos sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. Al ser oficial lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca.*





**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 114-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001**

Chulucanas, **09 JUN 2025**

*Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, válido por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que correspondan.*

*Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento (precisado en el ámbito de aplicación), otros serán referenciales, y algunos de información sobre el tema.*

*Se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Sistema de Gestión de Calidad", "Planes (de diversa naturaleza)", "Manuales", entre otros. Son precedidos por la Denominación Genérica: Documentos Técnico, por ejemplo: "Documento Técnico: Doctrinas ...", "Documento Técnico: Lineamientos de Políticas de ...", Documento Técnico: Planes...", "Documento Técnico: Sistema de Gestión de Calidad", "Documento Técnico: Manual para el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de enfermedades de Origen Ocupacional".*

**b) Ámbito de Aplicación:**

*Los Documentos Técnicos están dirigidos en primer lugar a las unidades orgánicas, órganos, organismos y dependencias del Ministerio de Salud, y por extensión, y según la naturaleza del contenido, a las DIRESAS o GERESAS a las IPRESS, o todo el Sector de Salud, cuando sea el caso.*

*Según corresponda pueden ser utilizados en todos los establecimientos del Sector Salud, públicos, privados o mixtos, en cuyo caso será expresamente dispuesto. Así mismo, en los casos que correspondan ser difundidos en otros Sectores del Estado, o en determinados segmentos de la población, u organizaciones de la sociedad civil, debe ser indicado expresamente en la Resolución Ministerial que lo oficializa".*

Que, a través del Informe N° 178-2025/GRP-432003-132004, de fecha 22 de mayo de 2025, la Jefa del Equipo de Gestión de Calidad remitió a la Dirección del E.S II-1 Hospital Chulucanas, el Plan de Seguridad del Paciente E.S II-1 Hospital Chulucanas;

Que, con proveído de fecha 22 de mayo de 2025, inserto en el Informe N° 178-2025/GRP-432003-132004, la Dirección del Establecimiento de Salud remitió los actuados a la Unidad de Planeamiento Estratégico, para su atención correspondiente; en atención a ello, la Jefa de la Unidad de Planeamiento derivó la documentación al Equipo de Racionalización, para su atención correspondiente;

Que, a través del Informe N° 071-2025/GRP-430020-132003, de fecha 26 de mayo de 2025, la encargada del Equipo de Racionalización remitió a la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, indicando que se ha realizado la revisión del Plan de Seguridad del Paciente E.S II-1 Hospital Chulucanas;



REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 114 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 09 JUN 2025

Que, con Informe N° 081-2025/GRP-430020-132003, de fecha 26 de mayo de 2025, la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico remitió la documentación a la Dirección del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas, recomendando que se apruebe con acto resolutivo el Plan de Seguridad del Paciente E.S II-1 Hospital Chulucanas, a fin de continuar con el trámite correspondiente;

Que, con proveído de fecha 27 de mayo de 2025, inserto en el Informe N° 081-2025/GRP-430020-132003, el Director (e) del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas, derivó la documentación al Equipo de Asesoría Legal, para su atención correspondiente;

Con las visaciones de la Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Asesoría Legal, Unidad de Administración; y,

En uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas, aprobado con Ordenanza Regional N° 330-2015/GRP-CR, de fecha 27 de noviembre de 2015 y en cumplimiento de las facultades encomendadas con Resolución Ejecutiva Regional N° 306-2025/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 03 de junio de 2025, mediante la cual se resuelve DESIGNAR al Médico JOSÉ EDUARDO HERRERA FLORES, en el cargo de Director del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR** el PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, conforme a los considerandos expuestos en la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR**, al Equipo de Gestión de Calidad del Establecimiento de Salud II-1 Hospital de Chulucanas, la ejecución y seguimiento del Documento Técnico aprobado mediante el Artículo 1° de la presente resolución.

**ARTÍCULO TERCERO: NOTIFICAR**, a las áreas correspondientes del Establecimiento de Salud II-1 Hospital de Chulucanas, para su correspondiente implementación.

**ARTÍCULO CUARTO: ENCARGAR** al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del E.S II-1 Hospital Chulucanas.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE**



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS  
JOSE EDUARDO HERRERA FLORES  
CMP: 66361  
DIRECTOR



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL  
CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas



# PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E. S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



**2025**

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

## ÍNDICE

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

6.1 Aspectos técnicos conceptuales

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 PEI 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

- Nivel nacional
- Nivel regional
- Nivel local

VIII. ANEXOS

IX. BIBLIOGRAFÍA



## I. INTRODUCCION

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 y para dar resolución a dicha Asamblea, en 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.



## 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 ESPECIFICOS

### 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 II-1 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 técnica correcta de higiene de manos.
- 3.2.9 Fortalecer la seguridad en la medicación dentro de las áreas específicas del hospital.



## 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.
- 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 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 practicas 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 puede 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 agreguen 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. A 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 doce (12) Rondas de Seguridad, 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, 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.
- Implementación de acciones de promoción y difusión de buenas prácticas en seguridad del paciente con la participación del personal asistencial, pacientes y familias.
- Monitoreo de la práctica de lavado de manos del personal asistencial en las diferentes áreas del hospital.
- Desarrollo de eventos de capacitación dirigidas al personal de salud asistencial en Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



### 6.2.2 Problema

- Presencia de eventos adversos.
- Presencia de IAAS.
- 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.
- Malos hábitos de trabajo.



### 6.2.3 Causas del problema

- Personal con horarios limitados, priorizando labor asistencial lo que no le permiten asistir a eventos de capacitación.
- No se realizan proceso de inducción a personal nuevo, 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 higiene de manos.
- Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a 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 involucrado en la atención de pacientes.

#### 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.
- 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 a 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 de lavado de manos en las diferentes áreas.
- 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.

#### 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 los accesos a los servicios de salud integral en la población del departamento de Piura.

#### 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.4 Descripción operativa (unidad de medida, metas y responsables): Las actividades por objetivos, su unidad de medida, metas y responsables se visualizan en el Anexo N°01 (Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES"), del presente documento.

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



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

6.4.7 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, Servicio de Enfermería, Coordinación 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 RO y RDR.

#### 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 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.
- 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.

## 7 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.



**8 ANEXOS**

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

O.G: 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	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	x													DIRECCIÓN
	Elaboración del plan de Seguridad del paciente	Plan de trabajo	1	x													EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Aprobación del Plan de trabajo	RD	1						x								DIRECCIÓN
	Sesión educativa sobre seguridad del paciente	Sesión educativa	1						x								EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



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

2. Promover buenas prácticas y una cultura de seguridad del paciente en el personal del E.S II-1 Hospital Chulucanas.	Realizar rondas de seguridad.	Ronda	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD_COMITÉ DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
	Informe de los resultados post ronda.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
3. Disminuir la incidencia de IAAS dentro del E. S.	Seguimiento de las recomendaciones de la Ronda de Seguridad realizada en los diferentes servicios.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Registro de IAAS	Informe	4			X			X					X			UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
	Reunión con jefes de áreas para realizar medidas correctivas sobre IAAS encontradas en las distintas áreas del hospital.	Reunión	1			X			X					X			UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL _EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



"Equipo de Gestión de Calidad" E. S II-1 H





		Ficha	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN DE LVCS	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LVSC-EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD	EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
5. Fomentar la aplicación de la LVCS en el área de Centro quirúrgico.	Realizar monitoreo a la aplicación de la LVCS	Ficha	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN DE LVCS	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LVSC-EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD	EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	EQUIPO DE GESTIÓN DE CALIDAD
	Realizar informe de la aplicación de la LVCS	Informe	4	x																		
	Realizar visitas inopinadas a Centro quirúrgico para verificación de aplicación de la LVCS.	Visita	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
6. 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	x																		



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



## FORMATO 2: FORMULARIO DE OBSERVACIÓN DIRECTA DE HIGIENE DE MANOS

E.S	HOSPITAL CHULUCANAS	Número de período	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	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-asép	LM		ant-asép	LM		ant-asép	LM
	desp. fluidos	omisión		desp. fluidos	Omisión		desp. fluidos	omisión
	desp. pac	guantes		desp-pac	Guantes		desp-pac	guantes
	desp. entorno			desp. entorno			desp. entorno	



<p><b>LEYENDA:</b></p> <p>Cat. Prof.: categoría profesional  Op.: Oportunidades  ant. pac.: antes del contacto con el paciente  ant. asp.: 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</p>	<p><b>CÓDIGOS:</b></p> <p>1. Médico  2. Enfermera  3. Obstetra  4. Técnico de enfermería  5. Estudiantes (medicina, enfermería, Obstetricia, etc.)  6. otros</p>
---	--

## 9 BIBLIOGRAFÍA

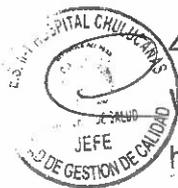
1. Systems Approach. In: Patient Safety Network [website] Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality  
<https://psnet.ahrq.gov/primer/primer/21>



2. Seventy-second world health assembly (WHA 72.6) Global action on patient safety Chrome extensión [https://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fgb%2Febwha%2Fpdf\\_files%2FWHA72%2FA72\\_R6-en.pdf&clen=238066&chunk=true](https://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/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/understanding-safety-culture.pdf](https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.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](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](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf)

