



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º **121** -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **3 JUN 2025**

VISTOS:

Informe N° 177-2025/GRP-432003-132004, de fecha 20 de mayo de 2025, emitido por el jefe 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 121-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 3 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° 177-2025/GRP-432003-132004, de fecha 20 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 Trabajo "Eventos Adversos" del E.S II-1 Hospital Chulucanas;

Que, con proveído de fecha 22 de mayo de 2025, inserto en el Informe N° 177-2025/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 Trabajo "Eventos Adversos" del E.S II-1 Hospital Chulucanas;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º **121**-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **3 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 resolutorio el Plan de Trabajo "Eventos Adversos" del 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° 206-2025/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 03 de abril de 2025, mediante la cual se resuelve ENCARGAR al Médico JOSÉ EDUARDO HERRERA FLORES, en el cargo de Director del Hospital 1 - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR el PLAN DE TRABAJO "EVENTOS ADVERSOS" DEL 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
C.R.P.: 08361
DIRECTOR



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL
CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas



PLAN DE TRABAJO “EVENTOS ADVERSOS” E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



2025

“Equipo de Gestión de la Calidad 2025” 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 (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 DEL PEI 2024_2029
 - 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS
 - 6.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsable.
 - 6.4.2 Costeo de las actividades
 - 6.4.3 Cronograma de actividades
 - 6.4.4 Responsables 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 Local
- VIII. ANEXOS
- IX. BIBLIOGRAFÍA



I. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es el principio fundamental de la atención sanitaria y componente clave de la gestión de la calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Los eventos adversos representan una amenaza significativa para la seguridad del paciente, ya que están asociados a la asistencia sanitaria y siguen siendo un reto importante para la Salud Pública debido a los costos humanos y materiales que representan. Según la OMS se estima que anualmente decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren producto de una atención sanitaria insegura.

La prevención de eventos adversos es una responsabilidad compartida, ya que se encuentra involucrado todo el personal que labora dentro de un Establecimiento de Salud.

En el E.S II-1 Hospital Chulucanas estamos comprometidos con brindar una atención segura y de calidad a nuestros pacientes. Este plan de trabajo sobre eventos adversos tiene como objetivo establecer un marco de referencia para identificar, evaluar y mitigarlos riesgos que puedan dar lugar a eventos adversos en todos los procesos asistenciales. A través de la implementación de herramientas de gestión de riesgos, la promoción de una cultura de seguridad y la capacitación del personal, buscamos reducir la incidencia de eventos adversos, mejorar la seguridad del paciente y fortalecer la confianza en nuestros servicios.



II. FINALIDAD

Disminuir la ocurrencia de eventos adversos dentro del E. S II-1 Hospital Chulucanas.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la ocurrencia de eventos adversos en las prestaciones brindadas en el E.S II-1 Hospital Chulucanas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Implementar una cultura de seguridad en la reducción de eventos adversos dentro del E. S II-1 Hospital Chulucanas.

3.2.2 Identificar los factores de riesgo mas comunes asociados a eventos adversos.

3.2.3 Diseñar e implementar procesos de atención segura y mejora de la calidad continua.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplica en todos los servicios asistenciales del E. S II-1 Hospital Chulucanas.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de salud
- Ley N° 27657, Ley del ministerio de salud
- DS N° 023-2005-SAR Reglamento de organizaciones y funciones del Ministerio de salud.
- Resolución Ministerial N°519 -2006 MINSAL_Sistema de Gestión de la Calidad en salud

“Equipo de Gestión de la Calidad 2025” E.S II-1 Hospital Chulucanas.



- Resolución Ministerial N° 596-2007 MINSAL_Plan Nacional de Gestión de la Calidad en salud
- Resolución Ministerial N° 308-2010 MINSAL_ que aprueba la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010 MINSAL_ que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura
- Directiva Sanitaria N° 05 IGSS/ V0.1 Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSAL, Directiva sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en le Perú.
- R.M N° 225-2016/MINSAL Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
- Manual técnico de higiene de manos según OMS.



VI. CONTENIDO

ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

6.1 DEFINICIONES OPERATORIAS

- **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.
- **Barrera de seguridad:** Son restricciones administrativas técnicas que pretende detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Complicación:** resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- **Evento adverso:** Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
- **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño, complicaciones u otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Evento centinela:** Es un suceso inesperado que ocurre en el ámbito de la atención médica y que tiene como resultado una lesión física o psicológica grave e incluso la muerte.
- **Ronda de Seguridad:** es una herramienta usada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios relacionados con el cuidado del paciente. Consiste en una visita planificada donde los líderes de la



paciente. Consiste en una visita planificada donde los líderes de la organización demuestran su preocupación por la seguridad de los pacientes y que el objetivo de una atención segura es verdaderamente una prioridad estratégica. Se involucra a todo el personal en el propósito de construir una organización altamente confiable.

- **Riesgo:** factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Vigilancia de incidencia y eventos adversos:** la vigilancia de incidentes y eventos adversos derivados de la atención corresponden a situaciones o acontecimientos inesperados, relacionados con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no esta relacionada con el curso natural de la enfermedad. Ejemplo de ellos es la prolongación de la estadía durante la hospitalización, necesidad de re-hospitalización, secuelas transitorias.

6.2 EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA:

- ✓ **Caída de paciente:** es cualquier incidente en el que el paciente termina sobre el piso, o plano inferior, sin intención. Pueden ser por factores extrínsecos e intrínsecos.

Se entiende por factores extrínsecos aquel obstáculo que provoca la caída, ajeno al organismo del paciente (accidente, escaleras) e intrínseco cuando es debido a deficiencias del organismo (problemas de equilibrio, por ejemplo).

- ✓ **Úlceras por presión:** se definen como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno de las prominencias óseas del propio paciente y otra superficie externa.

- ✓ **Errores de medicación:** cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando están bajo el control de los profesionales sanitarios. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, productos, procedimientos o sistemas, e incluyen errores en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos.

- ✓ **Auto retiro o retiro accidental de dispositivo invasivos:** se define retiro accidental de dispositivo invasivo (DI) como aquel que, estando instalado para cumplir una función específica en el



K. CISNEROS CH.

paciente, es auto retirado por el mismo paciente o accidentalmente sale de su lugar derivado de la atención clínica que se realiza:

- Catéter venoso central (CVC)
 - Tubo endotraqueal (TET)
 - Catéter urinario
 - Entre otros
- ✓ **Fuga del paciente:** se considera que un paciente se ha fugado del hospital cuando el paciente abandona la instalación sanitaria, sin que exista indicación médica (con el alta que corresponda, voluntaria médica o traslado a otro centro) sin conocimiento del personal del centro hospitalario.

6.3 EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES PRÁCTICAS MÉDICAS

- ✓ **Reintervención quirúrgica precoz:** definida como la laparotomía o laparoscopia no programada dentro de 30 días o menos, posterior a la intervención original.
- ✓ **Cefalea pos anestesia raquídea:** cefalea producida posterior a la anestesia regional cuya Escala Visual Análoga es igual o mayor a 6 y que no cede con analgésico.
- ✓ **Desgarro vaginal en atención del parto:** desgarro vaginal que compromete esfínter anal.
- ✓ **Fractura de clavícula:** definida como el RN mayor o igual a 37 semanas de gestación, tiene al menos los siguientes signos o síntomas: aumento de volumen, dolor a la palpación de la clavícula, con o sin crepitación ósea, con o sin compromiso motor del lado afectado o registra el diagnóstico médico de fractura de clavícula en ficha clínica.
- ✓ **RAM:** respuesta inmunitaria del cuerpo hacia un fármaco.



6.4 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

6.4.1 Antecedentes

Con frecuencia, se dice que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conlleva los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de



“Equipo de Gestión de la Calidad 2025” E.S II-1 Hospital Chulucanas.

vista de salud, sino también económico, jurídico, ético y social; ya que esto implica alta probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como aparición de discapacidades.

Actualmente en el E.S II-1 Hospital Chulucanas tenemos presencia de eventos adversos que requieren aplicar estrategias para mitigar y disminuir dichos eventos.

6.4.2 Problema

La seguridad del paciente es una prioridad fundamental para el E.S II-1 Hospital Chulucanas, a pesar de nuestros esfuerzos por mitigar la presencia de eventos adversos estos siguen siendo una preocupación y desafío constante debido a:

- Presencia de errores médicos y de enfermería.
- Personal nuevo no capacitado
- Personal con poca experiencia laboral
- Falta de recursos
- Falta de compromiso por parte del personal.



6.4.3 Causa

Dentro de las causas identificadas en relación sobre eventos adversos son:

- Daño al paciente que puede ser físico, emocional o económico.
- Aumento de costos, debido a la necesidad de tratamientos adicionales.
- Pérdida de confianza en el personal de salud.



6.4.4 Población objetivo

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

6.4.5 Alternativas de solución

Ejecutar el “PLAN DE EVENTOS ADVERSOS DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS”, para disminuir los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas asociados a la atención de paciente.

6.5 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS DEL PEI 2024_2029:

Actividad Estratégica Institucional



“Equipo de Gestión de la Calidad 2025” E.S II-1 Hospital Chulucanas.

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.

6.6 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.6.1 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.

6.6.2 Costeo de las actividades: el costeo de las actividades para el cumplimiento del plan está descritas en el Anexo 01.

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

6.6.4 Responsabilidades para el desarrollo de las actividades:

El Equipo de Gestión de la Calidad están a cargo de la ejecución del presente Plan de Eventos adversos.

6.7 PRESUPUESTO

El presente plan se trabajará con presupuesto del hospital.

6.8 FINANCIAMIENTO

El presente plan será financiado con RO y RDR.

6.9 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 del llenado de la ficha de reporte de eventos adversos.
- Identificar el lugar, fecha, hora y día de la semana en que ocurrió el evento.
- Acciones que se realizaron frente al evento adverso.
- Identificar a las personas, servicios y áreas de salud relacionadas con el evento
- Informe detallado del evento adverso ocurrido en el área.

"Equipo de Gestión de la Calidad 2025" E.S II-1 Hospital Chulucanas.

- Eliminar amenazas para la seguridad del paciente.
- Evaluar la situación de los profesionales involucrados.

VII. RESPONSABILIDADES

Nivel Local:

- Dirección - Supervisar el cumplimiento del "Plan de Trabajo de Eventos adversos del E.SII-1 Hospital Chulucanas.
- Jefe, Coordinador y/o responsable de los servicios:
 - ✓ Conduce el proceso de notificación de eventos adversos.
 - ✓ Recolecta, revisa y corrobora la información sobre el evento adverso ocurrido.
 - ✓ Remite información mensual al Equipo de gestión de la calidad.
 - ✓ Cumplir con lo establecido en el Plan de trabajo de Eventos adversos del E.S II-1 Hospital Chulucanas.
 - ✓ Participar de la realización de las actividades programadas.



VIII. ANEXOS

- 8.1 FORMATO N°1: "MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES".
- 8.2 FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA
- 8.3 MATRIZ DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DE SERVICIO



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

O.G: Disminuir la ocurrencia de eventos adversos en las prestaciones brindadas 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. Implementar una cultura de seguridad en la reducción de eventos adversos dentro del E.S II-1 Hospital Chulucanas.	Elaboración del Plan de Eventos adversos.	Plan de trabajo	1		X													Comité de Eventos adversos_ Equipo de gestión de la calidad
	Aprobación del plan.	RD	1			X												Dirección
	Sesión educativa sobre notificación de eventos adversos	Sesión educativa	2			X	X											Equipo de gestión de la calidad
2. Identificar los factores de riesgo más comunes asociados a eventos adversos.	Visitas inopinadas a las diferentes áreas para valorar factores de riesgo	Visita	2			X			X									Equipo de gestión de la calidad
	Identificar prácticas potencialmente	Visitas	4			X			X									Equipo de gestión de la calidad

"Equipo de Gestión de la Calidad 2025 E.S II-1 Hospital Chulucanas.



	Inseguras en los servicios.																					
	Realizar informe de eventos adversos ocurridos en las diferentes áreas.	Informe	4			X															X	Equipo de gestión de la calidad
3. Diseñar e implementar procesos de atención segura y mejora de calidad continua.	Educación al personal profesional y técnico en relación a prácticas seguras.	Sesión educativa	2				X															Equipo de gestión de la calidad
	Realizar monitoreo de las acciones correctivas a las diferentes áreas del hospital.	visitas	12		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						Equipo de gestión de la calidad



"Equipo de Gestión de la Calidad 2025" E.S. II-1 Hospital Chulucanas.

