



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 017 -2020-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 20 de Febrero 2020

Visto; La Nota Informativa N° 020-2020-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", donde se enfatiza que en nuestro país, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad. Los servicios de emergencia, han mostrado mayor vulnerabilidad a los reclamos. Definiéndose a la Seguridad del paciente como reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente. Por lo tanto se hace necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos, ofrecer la Seguridad del Paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, mediante Resolución N° 074-2015-DG-HVLH de fecha 20 de Abril del 2015, se aprueba con eficacia anticipada al 01 de Marzo del 2015, el documento denominado "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2015", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

Que, mediante Resolución Directoral N° 026-2016-DG-HVLH, de fecha 20 de Enero del 2016, se Reconfirma el Comité de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera";

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Plan de Seguridad del Paciente del Año 2020, aprobado por el Comité de Seguridad del Paciente; el mismo que ha sido revisado por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, señalando en la Nota Informativa N° 019-2020-OEPE-HVLH/MINSA, que cumple con la estructura indicada en las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta



necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración

Estando a lo informado por el Comité de Seguridad del Paciente en el Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

Con el visto bueno del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar, el Documento Denominado: "**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2020**", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (12) incluido dos anexos, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

Artículo 3º.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral Nº 074-2015-DG-HVLH de fecha 20 de abril del 2015.

Artículo 4º.- Publicar, la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCh/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo.

Recibido
20/02/2020



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



2020





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

ELABORADO POR:

Responsable de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la calidad

COLABORADORES:

El siguiente plan estará conformado por los siguientes colaboradores

Comité de Seguridad del Paciente:

Director Adjunto

Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración

Jefe de la Oficina De Gestión de la Calidad

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Representante de la Unidad de Gestión de Riesgos

Jefe de la Oficina de Servicios generales y Mantenimiento

Jefa del Departamento de Enfermería.

Jefa del Departamento de Farmacia.

REVISADO POR

M.C Elizabeth Magdalena Rivera Chávez

Director General HVLH

Eco. Juan Ricardo Coronado Román

Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

M. C José del Carmen Farro Sánchez

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

INDICE

| | |
|--|----|
| I JUSTIFICACIÓN | 4 |
| II ÁMBITO DE APLICACIÓN..... | 5 |
| III BASE LEGAL..... | 5 |
| IV DISPOSICIONES GENERALES..... | 6 |
| 4.1 DEFINICIONES: | 6 |
| 4.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | 8 |
| V DISPOSICIONES ESPECÍFICAS..... | 9 |
| VI RESPONSABILIDADES | 10 |
| VII ANEXOS..... | 10 |
| ANEXO N° 01: MATRIZ DE ACTIVIDADES | 11 |
| ANEXO N° 02: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 12 |





PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

I JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico ("Lo primero es no hacer daño") rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros y otro personal de salud. Pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de la atención sanitaria. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento. El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, es momento de crear y difundir soluciones para la seguridad del paciente.

Afortunadamente, el equipo de gestión de nuestra institución viene formulando estrategias para la reforma de la atención sanitaria en términos de una calidad y oportunidad. Asimismo, busca la eliminación o corrección de prácticas inseguras o poco económicas que pudieran afectar la armonía de los procesos hospitalarios.

FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Víctor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL

Implementar los 4 pasos de la cultura de seguridad del paciente.

- Paso 1: Establecer los procedimientos para la adecuada higiene de manos.
- Paso 2: Fortalecer los procedimientos para la adecuada ejecución de las buenas practica de seguridad del paciente.
- Paso 3: Ejecución de auditorías médicas.
- Paso 4: Establecer los procedimientos para el adecuado registro y notificación de los eventos adversos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer mecanismos de control en los servicios a través de Rondas de Seguridad del paciente.
- Programación Rondas de seguridad en las áreas asistenciales del hospital.

Seguimiento de las recomendaciones de Rondas de seguridad del paciente.

Informe Semestral de las rondas de seguridad del paciente.

Informe anual de rondas de seguridad del paciente

II ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplicara en la UPSS de hospitalización, Emergencia y Consulta Externa.

III BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.





"Año de la Universalización de la Salud"

- Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N° 139-MINSA/2018/DGAIN
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la N.T.S N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS, que aprueba la D.S. N°003-IGSS/V.01: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".

IV DISPOSICIONES GENERALES

4.1 DEFINICIONES:

- a. Atención Segura.- Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistente con el conocimiento profesional actual.
- b. Auditoria de la calidad de la atención en salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsquedas sistemática de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.





"Año de la Universalización de la Salud"

- c. Barrera de Seguridad.- Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- d. Complicación.- Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o enfermedad.
- e. Cultura de Seguridad.- Se define por las creencias valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas.
- f. Evento Adverso (EA): Lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, al a demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia y al incremento de los costos de la no- calidad.
- g. Evento Centinela: Tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- h. Higiene de manos: 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 lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- i. Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- j. Notificación: Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica, o quien haga sus veces, de cualquier unidad notificante, qué haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda.





"Año de la Universalización de la Salud"

- k. Prevención del riesgo: Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.
- l. Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente la probabilidad.
- m. Riesgo de Seguridad: Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionada 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.
- n. Reporte: Es la comunicación formal que realiza cualquier personal de salud que haya detectado o recibido la declaración de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica u otro evento de importancia para la salud pública, al responsable de la vigilancia o a quien haga sus veces en una unidad.
- o. Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- a. Para la implementación de los 4 pasos de la cultura de seguridad del paciente se programara una "Ronda de Seguridad" por cada pabellón de la UPSS de Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa. Dicha





"Año de la Universalización de la Salud"

actividad tiene una duración de 2 horas aproximadamente, previa elaboración del cronograma de actividades.

- b. La actividad estará liderada y será convocada por la Dirección Adjunta del hospital.
- c. El responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, será el secretario técnico del equipo, quien se encargara de la custodia de la información relacionada a la ronda.
- d. Para la ejecución de los 4 pasos se convocara al equipo de cultura de seguridad del paciente y a los comités de auditoría (médica y salud). Todos los integrantes del equipo firmaran el reporte de los resultados obtenidos.
- e. El responsable la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá elaborar el informe mensual dirigido a la Dirección General y el informe trimestral dirigido al Ministerio de Salud. El cual deberá contener los resultados de los 4 pasos previamente citados.
- f. El equipo de Cultura de Seguridad del Paciente estará a cargo del seguimiento, monitoreo y evaluación de las recomendaciones sugeridas luego de la ronda.

V DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Paso 1: Establecer los procedimientos para la adecuada higiene de manos.

Para llevar a cabo este objetivo, el Comité de Bioseguridad aplicara los instrumentos respectivos, en cumplimiento de la normatividad vigente.

Paso 2: Fortalecer los procedimientos para la adecuada ejecución de las buenas prácticas de seguridad del paciente.

Para llevar a cabo este objetivo, el equipo de Cultura de Seguridad del Paciente, aplicara las fichas de buenas prácticas de seguridad del paciente, aprobada con R.D. N° 035-2017-DG-HVLH, a fin de realizar cuando sea el caso el diagnóstico, seguimiento y monitoreo de las recomendaciones previamente emitidas.

Paso 3: Ejecución de auditorías médicas.





"Año de la Universalización de la Salud"

Para llevar a cabo este objetivo, los comités de auditoría (médica y salud) aplicaran los instrumentos de auditoria respectivos, en cumplimiento de la normatividad vigente:

Paso 4: Establecer los procedimientos para el adecuado registro y notificación de los eventos adversos.

Para llevar a cabo este objetivo, el equipo de Cultura de Seguridad del Paciente reforzara la necesidad de reportar y notificar oportunamente los incidentes y eventos adversos. Asimismo, se recogerán las fichas registradas. Posteriormente, se realizara el análisis e informe de los mismos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tipo de indicador: Resultado y eficacia

Formula del indicador: Número de rondas de seguridad ejecutadas/número total de rondas

Meta: 100%

VI RESPONSABILIDADES

Las actividades precitadas estarán a cargo del Comité de Seguridad del Paciente y la Oficina de Calidad de la IPRESS.

El Director del hospital estará a cargo de facilitar la implementación de las estrategias de mejora.

VII ANEXOS

- Anexo N° 01: Matriz de actividades
- Anexo N° 02: Cronograma de actividades





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 01: MATRIZ DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | UNIDAD DE MEDIDA | META | CRONOGRAMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RESPONSABLES | | |
|--|------------------|------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|---------|-------|-----------|-------|--------------|-----------|--|
| | | | Febrero | | Marzo | | Abril | | Mayo | | Junio | | Julio | | Agosto | | Setiembre | | Octubre | | Noviembre | | | Diciembre | |
| | | | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-30 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-30 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-30 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-30 | | 1-15 | 16-31 |
| 1.1. Elaboración del plan | Plan | 01 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OGC |
| 1.2. Reunión con el equipo de seguridad del paciente | Reunión | 32 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | D.Adjunta OGC |
| 1.3. Ejecución de las rondas de seguridad | Ronda | 32 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | Comité de Seguridad del Paciente Comités de Auditoria |
| 1.4. Elaboración de informes a la DG | Informes | 16 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | OGC |
| 1.5. Elaboración de informes al MINSA | Informes | 04 | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | OGC |





"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 02: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| RONDAS | | | |
|------------------|---------------------------------|------------|----------|
| FEBRERO | | | |
| 1 | Pabellón 20 | 11/02/2020 | 10:00 am |
| 2 | Pabellón 18 | 18/02/2020 | 10:00 am |
| 3 | Pabellón 1 | 25/02/2020 | 10:00 am |
| MARZO | | | |
| 4 | Pabellón UCE | 03/03/2020 | 10:00 am |
| 5 | L. O Pabellón 20 | 10/03/2020 | 10:00 am |
| 6 | L.O Pabellón 18 | 17/03/2020 | 10:00 am |
| ABRIL | | | |
| 7 | Pabellón 8 | 07/04/2020 | 10:00 am |
| 8 | Pabellón 4 | 14/04/2020 | 10:00 am |
| 9 | L.O Pabellón 1 | 21/04/2020 | 10:00 am |
| MAYO | | | |
| 10 | Consultorio externo Niños | 05/05/2020 | 10:00 am |
| 11 | Consultorio externo Adultos | 12/05/2020 | 10:00 am |
| 12 | L.O Pabellón UCE | 19/05/2020 | 10:00 am |
| JUNIO | | | |
| 13 | Forense | 02/06/2020 | 10:00 am |
| 14 | Pabellón 2 | 09/06/2020 | 10:00 am |
| 15 | L.O Pabellón 8 | 16/06/2020 | 10:00 am |
| JULIO | | | |
| 16 | Emergencia | 07/07/2020 | 10:00 am |
| 17 | Pabellón 12-13 | 14/07/2020 | 10:00 am |
| 18 | L.O Pabellón 4 | 21/07/2020 | 10:00 am |
| AGOSTO | | | |
| 19 | Pabellón 9 | 04/08/2020 | 10:00 am |
| 20 | L.O Pabellón 2 | 11/08/2020 | 10:00 am |
| 21 | L.O Consultorio externo Niños | 18/08/2020 | 10:00 am |
| SETIEMBRE | | | |
| 22 | Pabellón 5 | 08/09/2020 | 10:00 am |
| 23 | L.O Consultorio externo Adultos | 22/09/2020 | 10:00 am |
| 24 | L.O Emergencia | 29/09/2020 | 10:00 am |
| OCTUBRE | | | |
| 25 | Pabellón UCEG | 06/10/2020 | 10:00 am |
| 26 | L.O Pabellón 9 | 13/10/2020 | 10:00 am |
| 27 | L.O Pabellón Forense | 20/10/2020 | 10:00 am |
| NOVIEMBRE | | | |
| 28 | Rehabilitación | 03/11/2020 | 10:00 am |
| 29 | L.O Pabellón UCEG | 10/11/2020 | 10:00 am |
| 30 | L.O Pabellón 12-13 | 17/11/2020 | 10:00 am |
| DICIEMBRE | | | |
| 31 | L.O Pabellón 5 | 01/12/2020 | 10:00 am |
| 32 | L.O Rehabilitación | 09/12/2020 | 10:00 am |





PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Promoción y Recreación de la Salud

Hospital Victor Larco Herrera

"Año de la Universalización de la Salud"

REUNIÓN ORDINARIA DEL EQUIPO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

ACTA

En la ciudad de Lima, siendo las 12:00 pm del día, 13/02/20 en la Oficina de Gestión de la Calidad en mérito a la convocatoria del jefe de oficina de Gestión de la Calidad, con la presencia de los miembros del equipo:

1. Director Adjunto.
2. Director Ejecutivo de la oficina ejecutiva de Administración.
3. Jefe la Oficina de Gestión de la Calidad.
4. Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
5. Representante de la Unidad de Gestión de Riesgos.
6. Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
7. Jefe del Departamento de Enfermería
8. Jefe del Departamento de Farmacia

DESARROLLO DE LA AGENDA:

APROBACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020.

ACUERDOS:

Solicitud de Resolución Directoral

Siendo las 12:30 pm del 13/02/20, concluimos la sesión, firmamos en señal de conformidad.

Ministerio de Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Mg. Zila Silvia Cisneros Huanachi
Jefa del Dpto. de Enfermería
C.E.P. N° 13675

Ministerio de Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. José Del Carmen Farro Sánchez
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
CMP: 37711 RNA: A03842

Ministerio de Salud
Hospital Victor Larco Herre

Med. Roger Alejandro Abanto
CMP 36321 RNE 1890:
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud A

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

Cariños Eduardo Patacios Vaikivessu
Director Adjunto
Médico Psiquiatra
C.M.P. 46281 R.N.E. 24227

Ministerio de Salud
Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"

Q.F. JULISSA J. RIVERA AGUIRRE DE CAYO
Jefe (a) del Dpto. De Farmacia
CQFP N° 11662

[Handwritten signatures and notes in the bottom left corner, including "an enfermera (cargo) C.M.P. 150491 UGRED - HULLH."]