



Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de abril de 2023

Visto el Expediente N° 23MP-01404-00 e Informe N° 013-OGC/HHV/2023, mediante el cual la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del proyecto denominado "Plan de Seguridad del Paciente 2023 del Hospital Hermilio Valdizán";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente, que tiene incidencia en la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales, entre otros, asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud, e implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios;

Que, mediante Informe N° 013-OGC/HHV/2023, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del proyecto nominado "Plan de Seguridad del Paciente 2023 del Hospital Hermilio Valdizán", el cual tiene como finalidad contribuir con la mejora de la calidad de atención a los usuarios que acuden al Hospital Hermilio Valdizán, disminuyendo los riesgos durante el proceso de atención;

Que, con el Informe N° 021-UO-OEPE-HHV-2023 y Nota Informativa N° 037-OEPE-HHV-2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; por lo que, es necesario proceder a su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 129-OAJ-HHV-2023;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "Plan de Seguridad del Paciente 2023 del Hospital Hermilio Valdizán", el mismo que consta de catorce (14) páginas y dos (2) anexos, el cual forma parte de la presente Resolución, por las razones expuestas en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad se encargue de difundir e implementar el Plan aprobado por el artículo 1, así como informar trimestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P. N° 21499 R.N.E. 12799



GLCV/OCHA
DISTRIBUCIÓN
OEPE
OGC
OEI
OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2023



ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	6
6.2. Descripción del problema.....	8
6.3. Articulación estratégica al POI.....	9
6.4. Matriz de Actividades.....	9
6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento	10
6.6. Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan.....	11
VII. RESPONSABILIDADES	11
ANEXOS.....	11



I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de 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 de salud.

Se define a la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles durante el desarrollo de la atención en salud, y tiene cuatro metas importantes: la identificación de los errores cometidos en nuestro actuar, el atenuar sus efectos, el aprender de los errores cometidos, y la prevención de futuros eventos nocivos como consecuencia de los errores.

Ya desde la década de los años 90 se ha tomado importancia a la seguridad del paciente, en el año 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro “Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”.

La OMS en octubre del 2004 creó una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con la finalidad de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. En el 2005 la OMS lanzó el primer desafío para disminuir las infecciones nosocomiales con el lema “Una atención limpia es una atención más segura”. El segundo desafío que lanzó la OMS fue bajo el lema “Cirugía segura salva vidas”.

El Ministerio de Salud impulsa la seguridad del paciente como un aspecto fundamental de la calidad de un servicio de salud. Y este es uno de los ejes estratégicos de la Oficina de Calidad del Hospital Hermilio Valdizán cuyo objetivo es lograr que los servicios del Hospital sean lugares seguros para la atención de los pacientes mediante la reducción de riesgos.

Es en este contexto que la Oficina de Gestión de la Calidad pone a consideración el presente Plan de Seguridad del Paciente para su respectiva aprobación e implementación inmediata.



II. FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad contribuir con la mejora de la calidad de atención a los usuarios que acuden a los servicios del Hospital Hermilio Valdizán, disminuyendo los riesgos durante el proceso de atención.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Lograr que los servicios del Hospital sean lugares seguros para la atención de los pacientes, mediante la reducción de riesgos.

3.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas de atención en la seguridad del paciente en los servicios asistenciales.
- Implementar el proceso de aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente.
- Generar en el trabajador del Hospital Hermilio Valdizán una cultura de seguridad y cuidado del paciente.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Seguridad del Paciente es de aplicación en todos los departamentos y servicios asistenciales del Hospital Hermilio Valdizán.



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA-DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA-DM, que aprueba el “Manual de Aislamiento Hospitalario”.
- Resolución Ministerial N° 753-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 773-2012-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 048-MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como práctica Saludable en el Perú”.
- 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° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”.
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01, “Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de 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”.



VI. CONTENIDO

6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales

Acciones de mejora: Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Apreciación del riesgo: Proceso que comprende la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

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.

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 o resultado indeseado, no intencional, en la salud el paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Evento Centinela: Es aquel evento adverso que produce la 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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.



Incidente: 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.

Fuga de paciente: Cualquier situación en la que un paciente ingresado (es decir, pacientes hospitalizados) sale del centro de salud sin el conocimiento del personal.

Riesgo: Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

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.

Prevención del riesgo: El primer paso en la gestión del riesgo es la prevención de sucesos adversos en su triple vertiente: disminuir el riesgo de que aparezcan Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

Higiene de manos: Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárseles con agua y jabón normal o antimicrobiano.

Infección asociada a la atención de salud IAAS: Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina que ocurre en un paciente en un escenario de atención en salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

Protocolo de Londres: Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quien tuvo la culpa.

Rondas de seguridad del paciente: 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 en una determinada IPRESS, 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.

Seguridad del paciente: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Unidad productora de Servicios (UPS): Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y



tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

Unidad productora de servicios de salud (UPSS): Es la UPSS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

6.2 Descripción del problema

Durante el año 2022 se han ejecutado las Rondas de Seguridad del paciente en todos los servicios asistenciales del hospital: pabellón 1, 2, 3, 4, 5, 6, Centro de Rehabilitación de Ñaña, Servicio de Emergencia, Servicio de Consulta Externa, Servicio de Odontología y Servicio de Medicina Interna.

Al evaluarse las 13 buenas prácticas de seguridad del paciente en las rondas de seguridad, no se han levantado las siguientes observaciones:

- 1.- La Oficina de personal aún no ha elaborado el mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia de personal programado en las diferentes áreas asistenciales del hospital.
- 2.-No se cuenta aún con el protocolo de Seguridad Sexual del paciente.
- 3.-No existe con un sistema de registro específico de contención mecánica
- 4.-Falta la implementación de tachos de residuos comunes, residuos contaminados y residuos especiales en pabellones, en el Centro de Rehabilitación de Ñaña.
- 5.-Falta un sistema de registro del ingreso y salida de la ropa de cama y ropa de los pacientes de cada pabellón (de preferencia informatizado)
- 6.-Falta la confección de ropa de invierno y verano, la compra de medias, zapatos y ropa interior para los pacientes del pabellón 3 y 5. No se compró tela para la confección.
- 7.-No se cuenta con la Guía de curación de la UPP y el seguimiento respecto.



Durante el año 2022 se ha mejorado en el registro y notificación de los incidentes, eventos adversos del hospital, lo que ha faltado al respecto es el análisis del informe que elabora esta oficina en forma trimestral de parte de los diferentes servicios asistenciales.

6.3 Articulación Estratégica al POI: (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.

6.4 Matriz de Actividades:

6.4.1 Acciones prioritarias

Es prioridad entre otras acciones las siguientes:

- a) Promover y fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- b) Ejecutar las rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios asistenciales del hospital.

6.4.2 Actividades y tareas

6.4.2.1 Ejecutar las Rondas de Seguridad del Paciente

- Conformar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
- Elaborar el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente para el año 2023.
- Formular el Plan de Seguridad del paciente 2023
- Ejecutar las Rondas de Seguridad del Paciente en el pabellón 2, 3, 4, 5, 6, Servicio de Emergencia, Servicio de Consulta Externa, Servicio de Odontología, Servicio de medicina Interna, y Centro de Rehabilitación de Ñaña.
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de cada ronda ejecutada
- Elaborar un informe por cada semestre del año el cual será enviado también a la DIRIS Lima Este.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones.

6.4.2.2 Registro y Notificación de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.

- Conformar el Equipo de Análisis del Evento Centinela
- Elaborar el informe de resultados, conclusiones y recomendaciones de los eventos adversos suscitados en cada trimestre del año.



- Realizar seguimiento e implementación de recomendaciones

6.5 Presupuesto y Fuentes de Financiamiento

6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos

Recursos ordinarios

6.5.2 Requerimiento de Bienes y Servicios

Recursos Humanos

Durante los años 2020, 2021, 2022 la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad se ha hecho cargo de la ejecución de las Rondas de seguridad del paciente, la implementación de las recomendaciones y la elaboración y seguimiento de los informes de los eventos adversos, pero para optimizar el trabajo, ésta oficina requiere:

Una Licenciada de Enfermería con conocimientos en Gestión de la Calidad que optimice la ejecución y seguimiento de las rondas de seguridad del paciente y el análisis de los eventos adversos.



PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	Terceros	TOTAL
Licenciada en Enfermería con conocimientos en Gestión de la Calidad		01		01

Recursos informáticos y equipo inmobiliario (con el que se cuenta)

ITEM	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
02	No tiene código patrimonial porque es alquilado	Monitor con procesador integrado	DELL	No tiene	Malo	Equipo usado por la jefatura de la OGC. Equipo de cómputo en calidad de préstamo de la OEI (indican que es alquilado) En enero se quemó el disco duro con toda la información de la oficina (indicaron que el disco duro era de mala calidad), actualmente ha sido reparado.

Recursos por Adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
07	01 Enfermera con conocimiento en Gestión de la Calidad				01	
06	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			01	6,000 soles

6.6 Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

6.6.1. El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.6.2. Esta oficina emite en forma mensual los informes a Dirección General de cada ronda de seguridad ejecutada y emite un informe semestral de las rondas de seguridad del paciente y levantamiento de observaciones.

VII. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Seguridad del Paciente 2023 Aprobar el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2023 Aprobar el Equipo de Análisis del evento centinela 2023
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de seguridad del paciente 2023 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de un equipo de cómputo
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el Plan de Seguridad del Paciente



VIII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

ANEXO 1							
Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO							
Unidad Orgánica	estructura programática y operativa						
Marco Estratégico	Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
OEI 04: Fortalecer la rectoría y 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	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	Lograr que los servicios del hospital sean lugares seguros para la atención de los pacientes, mediante la reducción de riesgos.
							Fortalecer el sistema de registro, notificación y análisis de los incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
							Adaptar, difundir e implementar las Buenas prácticas de Seguridad del paciente en los diferentes servicios del hospital
							Implementar el proceso de aprendizaje del error mediante la realización de las Rondas de Seguridad del Paciente
							Generar en el trabajador del hospital Hermilio Valdizán una cultura de seguridad y cuidado del paciente



ANEXO 2

MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRE S	PROD UCTO	OBJETIVO GENERAL: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HHV, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2023												RESPONSABLES
		ACTIVIDAD	TAREA	U.M.	META ANUAL L 2023	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Acciones centrales	Sin producto	GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	FORMULAR EL PLAN DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN BASE A EVENTOS REGISTRADOS	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de la Calidad y Equipos.
			CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	EQUIPO APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ANALISIS DEL EVENTO CENTINELA	EQUIPO APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			ELABORAR EL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL AÑO 2023	CRONOGRAMA APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE EVENTOS ADVERSOS	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
			EJECUTAR RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA, CRÑ, ODONTOLOGIA Y MEDICINA INTERNA	ACCIÓN	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			EMITIR INFORMES DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		

Ministerio de Salud
Hospital Heredia y Valdizón

Dra. Giovanna Zapata Cocacalla
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
GMP: 36635 / RNE: 23990

