



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Lampa, 15 julio del 2024

OFICIO N° 337 - 2024/GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO-D-REDESS-LAMPA/SGC/D.

SEÑOR:
M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
Director Regional de Salud Puno
Puno.-

ATENCION: Dirección de Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

ASUNTO: REMITO INFORME TECNICO DE APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo, hace alcance del informe Técnico correspondiente al año 2024 (I semestre) aplicadas en el Hospital "Antonio Barrionuevo" de la REDESS Lampa; en cumplimiento al indicador de convenios de gestión (Ficha N° 43) Fortalecimiento de las gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de ficha de rondas de seguridad del paciente.

Adjunto el informe técnico y anexos Folio (39).

Esperando su atención, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



[Handwritten signature]
M.C. Edwin Justo
CORRALES MEJIA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCION DE SALUD LAMPA
DIRECCION DE SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Directión Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 JUL 2024
Firma: *[Signature]* Hora: 11.10 Folios: 39
Control de Recepción

FGS/DIREC.
SMEJR/S.O.C.
C.c. Arch.

[Handwritten initials]
18
07
2024



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Lampa, 15 de julio 2024

INFORME TECNICO N° 005 - 2024 GR/UE.412/RED DE SALUD LAMPA/SGC.

A : C.D. FRANK G. ESCOBAR JUSTO
DIRECTOR DE REDESS LAMPA

DE : LIC. ENF. SANDRA M. ESCOBAR JUSTO
Coordinadora del Área de Sistema de Gestión de la Calidad

ASUNTO : Elevo Informe Técnico de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa 2024.

Tenemos a bien de dirigirnos a usted, para saludarlo al mismo tiempo de hacer de su conocimiento, aplicación de la ficha de Ronda de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa, en los siguientes términos:

I. ANTECEDENTES.

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.
Según la Resolución Ministerial 163 2020/MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N°92 MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión" La Rondas de Seguridad del paciente se aplica según los anexos de la norma técnica; del mismo se realiza la actividad con la finalidad de dar cumplimiento a Resolución Ministerial N° 105 2021/MINSA donde aprueba la directiva Administrativa N°304- MINSA/2021/DGOS" Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2023.

Datos Generales:

- 1.1 Institucional, departamento y servicio.
DIRESA – Puno, Redes Salud Lampa, Hospital Antonio Barrionuevo Lampa se realizó la Aplicación de Rondas en los Servicios: Centro Quirúrgico, diagnóstico por imagen, Farmacia, Emergencia y Hospitalización.
- 1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo.

El Equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo está reconocido por la Resolución Directoral N°034-2023/D/REDESS- LAMPA/UPER.

- Lider: M.C. Luis Alberto Velásquez Borda.
Director del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa
- Integrante: C.P.C. Alfredo Quezada Miranda
Responsable del Área de Administración o quien haga sus veces.
- Integrante: Lic. Enf. Martha Iris del Carpio Cardenas
Responsable de Calidad o quien haga sus Veces
- Integrante: Lic. Enf. Yenny Roxana Mendoza Yucra.
Responsable de la Unidad de Epidemiología.
- Integrante: Lic. Enf. Yolanda Quispe Torres
Responsable del Servicio de Enfermería del H.A.B. Lampa
- Integrante: Q.F. Libia Ochochoque Quilla
Responsable del Servicio De Farmacia

1.3 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento

Se ha remitido el cronograma de Rondas de seguridad elaborado por el equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo mediante. Documento OFICIO N°027 2024/DIRESA PUNO/UNIDAD EJEC.412-SALUD LAMPA/SGC.

II. ANÁLISIS:

2.1 Resultados:

2.1.1 Cumplimiento promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/03/2024	Diagnóstico por imagen	71%	Promedio
27/06/2024	Farmacia	89%	Promedio
29/02/2024	Patología clínica	76%	Promedio
31/01/2024	Centro Quirúrgico	76%	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
31/04/2024	Emergencia	74%	
29/05/2024	Hospitalización	85%	Promedio
I SEMESTRE	PROMEDIO	79%	PROMEDIO

Se observa en la Tabla los resultados obtenidos durante las rondas de seguridad de salud del paciente realizados en hospital Antonio Barrionuevo Lampa en los diferentes servicios de Salud como en: Diagnóstico por imagen obteniendo un resultado de 71% de cumplimiento de las buenas



prácticas; en el servicio de Farmacia en dicho servicio se obtuvo un resultado 89% en cumplimiento de las buenas practicas; Centro Quirúrgico 76% de cumplimiento de buenas prácticas, el servicio de emergencia 74% y el servicio de hospitalización 85%.

2.1.2 Porcentaje de Cumplimiento por Buenas prácticas aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

Servicio Diagnóstico por imagen.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Identificación correcta	67%
Seguridad en la UPSS	56 %
Higiene de manos	86 %
Bioseguridad	50 %
Funcionamiento de Equipos	40 %
Cumplimiento Total	71 %

Servicio Patología Clínica

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100 %
Seguridad en la UPSS	63 %
Higiene de manos	100 %
Bioseguridad	88 %
Funcionamiento de Equipos	80 %
Cumplimiento Total	76 %

Servicio de Farmacia.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	86%
Seguridad en la UPSS	67%
Seguridad en la medicación	100%
Higiene de manos	86%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento de Equipos	100%
Cumplimiento Total	89%

Servicio de Centro Quirúrgico.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	94%
Seguridad en la UPSS	86%
Prevención de fuga	100%



Prevención de caídas y contención mecánica	100%
Higiene de manos	86%
Bioseguridad	63%
Funcionamiento de Equipos	63%
Cumplimiento Total	76%

Servicio de Emergencia.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100%
Seguridad en la UPSS	79 %
Seguridad en la medicación	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	50%
Funcionamiento de Equipos	0%
Cumplimiento Total	74%

Servicio de Hospitalización.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100%
Seguridad en la UPSS	79%
Prevención y reducción de riesgo de las UPP	78%
Higiene de manos	88%
Bioseguridad	88%
Funcionamiento de Equipos	100%
Cumplimiento Total	85%

2.1.3. Información sobre acciones de mejora implementadas o en proceso de implementación en relación a los verificadores inseguros. POR UPSS

Servicio de Diagnóstico por imagen se logro un porcentaje de implementación 71%.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Riesgo importante	Socializar el llenado del formato de Eventos Adversos	Si cumplió
Personal conoce del sistema de registro	Riesgo importante	Socializar la importancia del registro y llenado de los eventos adversos	Si se implemento



La UPSS proporciona información sobre sus servicios , horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener la atención	Riesgo Importante	Implementar y publicar en parte visible el horario de atención	Si se cumplió
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el uso de Brazalete	No se cumplió
Análisis y plan de intervención sobre la información	Riesgo Importante	Realizar el análisis de eventos adversos	Si no se cumplió
Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo el cual debe de concordar con la información registrada en la historia clínica	Riesgo Importante	Realizar asistencia técnica en el llenado de historias clínicas	No se cumplió
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Riesgo importante	Implementar con los formatos de accidente de trabajo	Si se cumplió
Porcentaje de cumplimientos >80% del requisito de realizar a la higiene de las manos durante la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos	Riesgo importante	Socializar la guía Técnica de Higiene de manos	Si se cumplió

El servicio de diagnóstico por imágenes se evidencia varios verificadores inseguros en los se implementaron acciones de mejora obteniendo un cumplimiento de 71% aun quedando pendiente de la implementación.

UPSS Centro Quirúrgico se logró un porcentaje de 76%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Historia clínica Ordenada y limpia	Riesgo importante	Brindar asistencia Técnica en NTS. N° 139-MINSA/2018/DGAIN	No se Implemento
Utilización del formato de	Riesgo importante	Implementar el	Si se implemento



consentimiento informado para la actividades de docencia		formato de consentimiento	
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo Importante	Elaborar el plan de análisis de eventos adversos	Si se cumplió
Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia de del personal programado en el servicio	Riesgo importante	Solicitar más recursos humano	Si se cumplió
Personal en formación (Internos u otras) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Riesgo importante	Solicitar tutor de Internos	Si se cumplió
En centro Quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso conductor	Riesgo Importante	Implementar con encuestas en el servicio	No se cumplió
Paciente cuenta con brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el Uso de los Brazaletes en los pacientes en el servicio	No se cumplió
En centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa	Riesgo importante	Solicitar el mantenimiento y reposición de equipo	No se cumplió
Existencia de un registro de medicamentos	Riesgo importante	Implementar con el registro para el uso	No se cumplió
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquetes de medidas de IAAS basadas en evidencia medica	Riesgo importante	Implementar de medidas de IAAS	No se implemento
Verificación de que la UPSS cuenta con un plan de Mantenimiento preventivo de todos los equipos equipos biomédicos (incluidos los nuevos)	Riesgo importante	Elaborar un plan de trabajo de Mantenimiento	No se cumplió



En la UPSS de centro Quirúrgico se tiene varios verificadores inseguros como se evidencia en los resultados de los que se realizó propuestas correctivas de las cuales se llegó a implementar solo el 24% de las delas acciones de mejora en el Servicio de Centro Quirúrgico.

UPSS Servicio de Emergencia.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro de las indicaciones altas del paciente además de la epicrisis incluye el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Implementar los formatos de epicrisis en las historias clínicas de emergencia	Si se Implemento
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Existencia de un registro de medicamentos controlados	Riesgo moderado	Coordina con el servicio de farmacia para el registro de medicamentos controlados	Si se cumplió
Personal en formación (Internos u otras) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Riesgo importante	Solicitar tutor de Internos	Si se cumplió
Paciente cuenta con brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el Uso de los Brazaletes en los pacientes en el servicio	No se cumplió
Verificación de que la UPSS cuenta con un plan de Mantenimiento preventivo de todos los equipos equipos biomédicos (incluidos los nuevos)	Riesgo importante	Elaborar un plan de trabajo de Mantenimiento	No se cumplió



Hospitalización.

UPSS

de

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 corresponde a presuntivo el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Continuar con la coordinación con los profesionales médicos del registro CIE 10	Si se cumplio
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en le brazalete del paciente como en el cartel visible	Riesgo moderado	Implementar el riesgo de caídas	No se cumplió
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Riesgo moderado	Seguir implementado el formato de consentimiento informado para la actividad de docencia en la historia clínica	Si se cumplio
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Riesgo moderado	Implementar con equipos biomédicos	En proceso
Verificación de la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos Biomédicos	Riesgo moderado	Gestionar con el plan de mantenimiento	En proceso

UPSS Servicio de Farmacia

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Riesgo moderado	Socializar sobre incidentes y eventos adversos	Si se cumple



Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría	Riesgo moderado	Coordinar con el área de capacitación	Si se cumplio
Cumplimiento de 11 pasos de lavado de manos (pasos y tiempo)	Riesgo moderado	Se socializo la guía técnica R.M. N° 255-2016 MINSA	Si se cumplio
Disponibilidad del papel toalla en todos los lavamanos	Riesgo moderado	Se solicito dotación de papel toalla	Si se cumplio
Cumplimiento de los 8 pasos de desinfección de manos (pasos y tiempo)	Riesgo moderado	Se socializo la guía técnica de higiene de manos	Si se cumplio

2.1.4 Información del análisis de indicadores.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	100%	100%			
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral	100%	100%			
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	60%	62%			

II. Conclusiones

- Durante la aplicación de las rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital Antonio Barrionuevo, se obtuvo resultados satisfactorios en algunos ítems de verificación.
- La aplicación de las rondas de seguridad ayuda a mejorar brindar la atención con calidad a los usuarios.



- Con la aplicación de la lista de verificación nos ayuda a brindar una atención biopsicosocial al paciente.
- El personal de salud que labora en los diferentes servicios de salud con la aplicación de las rondas y verificadores; mejorara la atención al paciente a través de las acciones de mejora.

III. Recomendaciones

- Continuar con la implementación de mejoras en los diferentes servicios de salud en el hospital Antonio Barrionuevo Lampa.
- Continuar aplicando las Rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios ello contribuirá a mejorar la atención con calidad al usuario.
- El personal de salud deberá de actualizarse sobre algunas normas y guías técnicas

IV. Anexos

1. Matriz de Riesgos (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. Priorización de intervenciones (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. Monitoreo de las acciones (anexo 07) SERVICIO/UPSS



Lic. Sandra M. E. V. Justo
ENFERMERA
CEP N° 51437



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 03



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PROE:	ANTONIO BARRÓNUEVO-LAMAY	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	22/01/2024	(SIN FIRMAR)	
CIVIL RESPONSABLE (PROE):	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. ENDEVELOPADO:	LIC. YENI BENITEZ		
RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUEZADA MIRANDA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. SANDRA M. BUSTAMANTE		
RESP. OFIC. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA QUISPE TORRES	OFICINA RESPONSABLE:	LIC. ENF. BERTHA DEL CARRO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	90%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	80%
IDENTIFICACIÓN DE LA VINCULACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
PROBLEMA DE MANEJO	80%
SEGURIDAD	80%
PUNTO DE MANEJO O MANEJO DE RIESGOS	70%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD		TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
PROSE:	ANTONIO BARRONHEVO (LAMPE)	FECHA APLICACIÓN:	28/03/24 (08:00-10:00)		
GRUPO:	PATOLOGÍA CLÍNICA	RESP. ENFERMERÍA:	LIC. YENY BENTON		
TITULAR RESPONSABLE (PROSE):	DR. LUIS VELAZQUEZ BORGIA	RESP. DE LA UPEL:	M.C. ALFREDO MORA GONZALEZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	D.P. ALFREDO GONZALEZ VERA	RESP. UNIDAD CALIDAD:	LIC. DENISE MONICA ESCOBAR RIVERA		
RESP. SUPLENIMIENTO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GONZALEZ TORRES	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UPEL	80%
ORGANIZACIÓN CORRECTA	70%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	70%
INDICADOR DE RIESGO	100%
ACCIONES	70%
FUNCIONAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS	80%
PROMEDIO	78%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

78%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		SEMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2014
IPRES:	ANTONIO BARRONUEVO (LAMP)	FECHA APLICACIÓN:		SEMESTRE:	I (Primavera)
UPSE:	ENDÓCRINO HOR MAGUENAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. YENY BENDISA		
RESP. RESPONSABLE UPSE:	DR. LUIS VELÁZQUEZ BUNDA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELÁZQUEZ BUNDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUZMÁN BARRANTA	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	LIC. SANDRA M. ESCOBAR JUVES		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA ENFERMERÍA:	LIC. EST. YULIVIA GÓNGORA TORRES	OPINIONES RESPONSABLES:	TAF. JESÚS. STELLA PERAZA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	50%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	87%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	100%
SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	87%
MANEJO DE BARRERAS	80%
MANEJO DE RIESGOS	87%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	77%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:

77%



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	ANTONIO MARCHELLO (LAMP)	TRIMESTRE:	3 TRIMESTRE	AÑO:	2024
USP:	AMPUTACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	28/03/24	PROFESIONISTA:	(Firma)
TITULAR RESPONSABLE USP:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. OPERATIVO (USP):	LIC. ERY TROY BRINDOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO QUEZADA DINANDA	RESP. DE LA USP:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA ENFERMEDAD:	LIC. YOLANDA GOMEZ TORRES	RESP. QUITA RIESGO CALIDAD:	LIC. ERY TROY BRINDOS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA USP	78%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
SEGUIMIENTO DE CASOS Y COMPLICACIONES	100%
SEGUIMIENTO DE CASOS	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	100%
PREVENCIÓN DEL SINDROME DE SOTTO	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
SEGUIMIENTO DE CASOS	100%
SEGUIMIENTO	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO	100%
PROMEDIO:	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:

88%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
PROFESOR:	ANTONIO BARRONIEVO GAMBRE	FECHA APLICACIÓN:	25/03/24 (Institucional)		
UPSE:	EMERGENCIA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. YERY BENEGUI		
TITULAR RESPONSABLE (UPSE):	DR. LUIS VELAZQUEZ BUNDA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BUNDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUEZDE MIRANDA	RESP. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. SANDRA MARIE ESCOBAR JUSTO		
RESP. DIFERENCIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA GUSTE TORRES	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UTE	70%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE RIESGO	100%
SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECÁNICAS	70%
SEGURIDAD DE RIESGO	100%
PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE LAS UTE	70%
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y CAÍDAS	100%
IDENTIFICACIÓN EFECTIVA	100%
RIESGO DE RIESGO	100%
OTROS RIESGOS	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	70%
PROMEDIO	74%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

74%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	NO ENCONTRADO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	2023	2024
SPIS:	FARMACIA	FECHA APLICACIÓN:	27/06/24	08/07/2024	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	RESP. PROMOCIÓN:	LIC. YENY BENDICIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	MDC RAUL GUTIERREZ DIAZ	RESP. DE LA UPEL:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. VILANES GABRIEL TORRES	RESP. PROMOCIÓN CALIDAD:	LIC. SANDRA M. BULLERAN JUAZO		
OTROS RESPONSABLES:	D.F. KRISTINA JUSTO CHAZARRA				

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTADO DE LA MEDICINA CÓNCOM	0%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPEL	0%
SEMINACIÓN CORRECTA	100%
MANEJO DE LA INFECCIÓN	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	75%
MANEJO DE RIESGO	0%
ACTUALIZACIÓN	100%
MANEJO DE RIESGO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	100%
PROMEDIO:	80%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

80%





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 06



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRONNEVO LAMPAL	TRIMESTRE:	AÑO:	SEMA:
IPRES:	CENTRO ODONTOLÓGICO	FECHA APLICACION:	JUNIO 2024	2008000000
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESPONSABLES:	LIC. YENI BARRONNEVO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	E. P. C. ALFREDO QUIZADA MORAÑA	RESP. DE LA IPRES:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	
RESP. PROTOCOLO EFECTIVIDAD:	LIC. YOLANDA GUINPE TORRES	RESP. OFIC. SALUD CALIDAD:	LIC. ANDREA M. ESCOBAR JUSTO	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENP. MARTINA DEL CAMPO	

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PROBLEMA	INDICIA PRÁCTICAS	VERIFICACIONES BASEADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CURSOS)	PLAZO (Meses/años)
SEGURIDAD DE LA IPRES	Seguridad y plan de respuesta sobre el conocimiento de los riesgos y medidas preventivas.		Revisión del plan de respuesta sobre medidas preventivas.	personal del area	2024/0000
SEGURIDAD CLINICA	Registros de la FALTA DE SEGURO VITAL, distribución adecuada.		Implementación de tipo de seguro vital adecuado.	personal del area	2024/0000
RIESGOS DE MANEJO	Disponibilidad de personal capacitado en todos los turnos.		Capacitación de personal de salud y soporte.	personal del area	2024/0000
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente por el personal antes de cualquier procedimiento.		Implementación de protocolos.	personal del area	2024/0000
SEGURIDAD EN LA IPRES	En Casos Emergencia se emite el Oficio de Urgencia y se garantiza el acceso al personal especializado de la UCI de Hospital de Seguridad de la Cruz y cargo del Seguro Colectivo por Casos de Emergencia del Paciente.		Implementación de la implementación de lista de verificación.	personal del area	2024/0000
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes de ingresar al paciente como el primer ingreso.		Implementación a que continúe la identificación de riesgo de caídas.	personal del area	2024/0000
SEGURIDAD EN LA IPRES	En Casos Emergencia se emite el Oficio de Urgencia y se garantiza el acceso al personal especializado de la UCI de Hospital de Seguridad de la Cruz y cargo del Seguro Colectivo por Casos de Emergencia del Paciente.		Implementación de la implementación de lista de verificación.	personal del area	2024/0000
SEGURIDAD	El personal implementa el uso de Casos de Emergencia y Reporte de Urgencia por la prevención de los CASOS de Emergencia.		Implementación a la implementación de protocolos de emergencia.	personal del area	2024/0000
PLAN DE EMERGENCIAS Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Validación de que el IPRES cumple con requisitos de Plan Actual de Emergencias. Proposición de todos los riesgos potenciales que afectan los servicios, mediante la identificación de los riesgos potenciales.		Implementación de los protocolos de emergencia.	personal del area	2024/0000
PLAN DE EMERGENCIAS Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Revisión de protocolos de emergencia, según la competencia y el IPRES y de acuerdo al nivel de complejidad.		Implementación de los protocolos de emergencia.	personal del area	2024/0000
PLAN DE EMERGENCIAS Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Revisión de protocolos de emergencia, según la competencia y el IPRES y de acuerdo al nivel de complejidad.		Implementación de los protocolos de emergencia.	personal del area	2024/0000
PLAN DE EMERGENCIAS Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Validación de que el IPRES cumple con requisitos de Plan Actual de Emergencias. Proposición de todos los riesgos potenciales que afectan los servicios, mediante la identificación de los riesgos potenciales.		Implementación de los protocolos de emergencia.	personal del area	2024/0000



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	ANTONIO BARRONERO (LIMA)	TRIMESTRE:	1º TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRES:	PETROLINA OLIVERA	FECHA APLICACIÓN:	2023/03/23	IPRESS (XXXXXXXXXX)	20180000000000000000
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLÓGICA:	LIC. VIVY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P. ALFREDO QUEZADA HERNÁNDEZ	RESP. DE LA UPRES:	M.S. ALFREDO RIVERA OLIVERA		
RESP. EPIDEMIOLÓGICO:	LIC. YOLANDA SUAREZ TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. SANDRA MARCELA ESCOBAR ARTO		
OTROS RESPONSABLES:					

ACTUALIZAR PÉRDIDA

PRIORIDAD	BIENES PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN (RIESGO)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÓDIGO)	PLAZO (Administrativo)
20	SEGURIDAD DE LA UPRES	Seguir revisando y aplicar de verificación de vacunas de tiempo en paciente ambulatorio.	Reflexionar con el equipo (hora de actividades de trabajo)	Julio del 2024	2024/07/31
18	SEGURIDAD DE LA UPRES	Analizar y aplicar de verificación sobre la información de los vacunados y eventos adversos.	Realizar de nuevo desarrollo de formatos administrativos	Julio del 2024	2024/07/31
16	SEGURIDAD	Evaluación de adherencia de actividades de seguridad epidemiológica activa, reactiva y pasiva en el UPRES con el propósito de reducir los eventos de calidad de IAM.		Julio del 2024	2024/07/31
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente con riesgo de fuga de hospital, implementar acciones de seguridad.	Realizar capacitación	Julio del 2024	2024/07/31
20	SEGURIDAD DE LA UPRES	Utilización del tiempo de espera en el consultorio, implementar acciones de seguridad.	Implementar con el equipo	Julio del 2024	2024/07/31
6	SEGURIDAD DE LA UPRES	La información epidemiológica registrada sobre el sub-área UPRES en la Dirección del Establecimiento de Salud (DES) debe ser oportuna y precisa.	Realizar capacitación al personal de salud respecto a la forma de registro de eventos de seguridad	Julio del 2024	2024/07/31
12	SEGURIDAD DE LA UPRES	Realizar un análisis de los eventos de seguridad y los datos reportados para acciones de seguridad.	Realizar análisis de los eventos de seguridad	Julio del 2024	2024/07/31
12	SEGURIDAD DE LA UPRES	Realizar un análisis de los eventos de seguridad y los datos reportados para acciones de seguridad.	Realizar análisis de los eventos de seguridad y acciones de seguridad	Julio del 2024	2024/07/31



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	AÑO	2024
ANTONIO BARRONERO (ARTPA)	FECHAS APLICACIONES	INDICADORES
UPRES	RESP. EPIDEMIOLOGIA	LIC YENY WENDZA
TITULAR RESPONSABLE E IPRES:	RESP. DE LA UPRES	DR. LILIAN VELAZQUEZ BORDA
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OFICINA DE CALIDAD	LIC BARBARA M. ESCOBAR JUSTO
RESP. OFICINA DE RIESGO:	OTROS RESPONSABLES	DR. Miguel Morales Fuentes

ACTUALIZ. PERIÓDICO

PROBLEMA	BUSNAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INMEDIADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAMBIO)	PLAZO (MATERIALES)
48	SEGURIDAD EN LA UPRES	Registra lista por nivel de los accidentes y eventos adversos en la UPRES.	Se actualizó la lista del registro de eventos adversos.	Representante de Unidad	INMEDIATA
49	SEGURIDAD EN LA UPRES	Planear acciones del cuidado de registro y publicación de incidentos y eventos adversos.	Se realizó la implementación del registro del Estado de registro de incidentos adversos.	Jefe de Unidad de Salud	INMEDIATA
50	EFECTIVIDAD EN LA UPRES	Las UPRES planearon implementar como una actividad, reuniones de consulta y planeación por trimestres y al presentar representativa por niveles de atención.	Representativa por niveles de atención.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL
51	DEFINICIONES CORRECTAS DEL PROBLEMA	Punto de vista de identificación y los datos registrados con exactitud y completitud.	Regulación al uso de lenguaje.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL
52	REGISTRO EN LA UPRES	Análisis y plan de implementación sobre la información de los incidentos y eventos adversos.	Verificar e implementar de registros adversos.	Personal de Unidad	INMEDIATA
53	REGISTRO EN LA UPRES	Comunicación del problema a nivel de implementación en el momento de ocurrencia y generación del registro, al cual debe responder con la información registrada en la Unidad de Salud.	Se realizó actividades basadas en la norma técnica del Ministerio de Salud.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL
54	REGISTRO EN LA UPRES	Registra lista y tipo de publicación de incidentos y eventos adversos.	Revisar lista con frecuencia de actualización de registros.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL
55	PROBLEMA DE MANEJO	Planear de implementación de UPRES, del registro de incidentos y eventos adversos de acuerdo a la actividad planificada de acuerdo con los datos generados en la Unidad de Salud.	Implementación de plan de Trabajo de registro de incidentos.	Representante de Unidad	TRIMESTRAL
56	PROBLEMA DE MANEJO DE RIESGOS	Elaborar plan de implementación de UPRES y de análisis de nivel de riesgo.	Se realizó actividades basadas en la implementación de registros adversos.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL
57	PROBLEMA DE MANEJO DE RIESGOS	Verificación de la UPRES cuando ocurre el Plan de Acción de Implementación de Planear los incidentos adversos de acuerdo a la actividad planificada de acuerdo con los datos generados en la Unidad de Salud.	Elaboración de plan de implementación de los registros.	Jefe de Unidad	TRIMESTRAL





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

PERIODO	ARTICULO INFORMATIVO (L. AMITE)	TRIMESTRE	AÑO	2024
UPRES	DIAGNÓSTICO POR RESULTADOS	RESPTERIDOLÓGICA	SEGUNDA	DDMMAAAAA
TITULAR/RESPONSABLE PRES	DE LUIS VELASQUEZ BORDA	RESP. DE LA UPRES		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.F.C. ALFREDO QUEZADA BRANCA	RESP. OFICINA/UNIDAD CALIDAD		
RESP. EFECTUANDO EFECTUACIÓN:	Lic. Enif Tiznado Quijano Torres	OTROS RESPONSABLES	TAP: Sigrid Medina Paredes	

ACTUALIZACIONES

PROBLEMA	RIESGOS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (plano)	PLAZO (administrativo)
36	PREVENCIÓN	Elementos de control punto crítico y reglas de alerta a los riesgos.	Actualizar protocolos para la atención de emergencias	Jefe de punto	04/03/2024
42	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de cada 30 días cuando sea aplicable en Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos médicos (incluyendo los críticos), mediante la participación de los especialistas de punto.	Actualizar los protocolos para los mantenimientos	Jefe de punto	04/03/2024
58	PREVENCIÓN	No consumo de un volumen de virus agudo y participación de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Controlar los niveles de inventario	Jefe de punto	04/03/2024



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRESENTE:	ANTONIO BARRONILUVO (LAMPAR)	II TRIMESTRE	ABO	RSIA
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	ENFERMEDAD (CONTRASEÑA)		
TITULAR RESPONSABLE PRES:	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	LIC. ENF. YENY RENOSZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.F.C. ALFREDO QUEZADA MIRANDA	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. IPTORSECCION ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GUSPE TORRES	LIC. ENF. SANDRA MONICA ESCOBAR ARTO		
OTROS RESPONSABLES:				

ACTUALIZACIÓN PROBLEMA

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VELOCIDAD MEDICINA	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (Código)	PLAZO (distribución)
16	RESERVAR EN LA UPSE	Organizar el tiempo de procedimientos planificados para actividades de formación	Implementar las técnicas de comunicación	DR. YENY	INMEDIATA
25	MONITOREAR EN LA UPSE	Analizar y actuar de inmediato sobre la información de los indicadores y eventos adversos	Implementar el proceso de salud del área sobre los eventos de seguridad y eventos adversos	DR. YENY	INMEDIATA
33	MEJORA DE LA ATENCIÓN PACIENTES	Visitar a pacientes de atención de los pacientes y ser útiles para evitar el uso innecesario de medicamentos y procedimientos	garantizar el acceso para evitar cualquier riesgo	DR. YENY	INMEDIATA
38	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el historial clínico de cualquier procedimiento	Identificar al área de registro y entrega de medicamentos	DR. YENY	INMEDIATA
42	ASISTENCIA EN LA UPSE	Trabaja a favor de la mejora en atención tanto del paciente y del sistema	comunicar a área de registro para la entrega de medicamentos	DR. YENY	INMEDIATA
48	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el hospital del paciente como en el punto de atención	comunicar a área de registro para la entrega de medicamentos	DR. YENY	INMEDIATA
52	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Procesos bien basados de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Implementar las técnicas para pacientes	DR. YENY	INMEDIATA
48	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Registros de los tipos de procedimientos y medicamentos al ingreso de los pacientes y la salida de los registros de medicamentos		DR. YENY	INMEDIATA
32	PREVENCIÓN DEL SILENCIO Y LETANCIAS	El personal de atención de pacientes recibe apoyo, presencia, liderazgo y asistencia. Se respaldan a los registros médicos. La supervisión está basada en el registro de cualquier problema, el control de calidad y los costos		DR. YENY	INMEDIATA





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

PROBLEMA:	ANTONIO BARRONILEVO (JUMPA)	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2014
OPSE:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	28/05/2014	RESPONSABLE:	COORDINADOR
TITULAR RESPONSABLE PROSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. EVA YENNY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	S. F. D. ALFREDO GUEZAMA MANGA	RESP. DE LA UPEL:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. OPTOCERVIJO OFERMERÍA:	LIC YOLANDA CHIRPE TORRES	RESP. OFIC. ASIST. FARMACIA:	LIC. ERYK SANDRA MORAÑA ESCOBAR JUNTO		
OTROS RESPONSABLES:					

Acciones propuestas

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGOS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)
01	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
02	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
03	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Prevenir el riesgo de caídas de los pacientes con medidas preventivas, tales como: uso de alfombras antideslizantes, uso de alfombras de seguridad, uso de alfombras de seguridad, uso de alfombras de seguridad, uso de alfombras de seguridad.			
04	PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS DE PACIENTES	Revisión de un procedimiento y protocolo que se aplica al uso de la cama del paciente.			
05	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Revisión de los procedimientos de prevención y resolución de caídas por parte del personal.			
06	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
07	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
08	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
09	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			
10	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONDICIONES DE CALIDAD	Revisión de actitudes y prácticas de enfermería, médicos, personal administrativo, profesionales responsables de la atención y personal de limpieza en relación con la seguridad del paciente.			



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		AÑO		MES	
FECHA APLICACIÓN:		FECHA APLICACIÓN:		FECHA APLICACIÓN:		FECHA APLICACIÓN:		FECHA APLICACIÓN:	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	
RESP. DE LA UPRIS:		RESP. DE LA UPRIS:		RESP. DE LA UPRIS:		RESP. DE LA UPRIS:		RESP. DE LA UPRIS:	
RESP. OTRO SERVIDOR CALIDAD:		RESP. OTRO SERVIDOR CALIDAD:		RESP. OTRO SERVIDOR CALIDAD:		RESP. OTRO SERVIDOR CALIDAD:		RESP. OTRO SERVIDOR CALIDAD:	
OTROS RESPONSABLES:		OTROS RESPONSABLES:		OTROS RESPONSABLES:		OTROS RESPONSABLES:		OTROS RESPONSABLES:	

ACTUALIZAR PROGRAMA

PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RESPONSABLE	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MES/SEMANA)
12	SEGURIDAD DE LA UPRIS	Indicador de forma de identificación adecuada para actividad de atención	verificar y registrar la frecuencia de los formatos de identificación adecuada	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
20	SEGURIDAD DE LA UPRIS	Auditor y plan de identificación sobre la información de los formatos y acciones correctivas	identificar sobre los indicadores y eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
18	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LA UPRIS	Aplicación de guía de manejo de riesgo por eventos adversos	revisión de guía	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
18	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Revisión de protocolos, guías, estándares, evidencias científicas, publicaciones relacionadas de la literatura y estándares de los procesos relacionados de gestión de riesgos	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
20	SEGURIDAD DE LA UPRIS	Visita y revisión de formato de evidencia sobre el paciente y sus familiares	revisión de los formatos y evidencia de trabajo	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
42	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Revisión de protocolos, guías, estándares, evidencias científicas, publicaciones relacionadas de la literatura y estándares de los procesos relacionados de gestión de riesgos	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
08	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Indicador de riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
04	PREVENCIÓN DEL RIESGO Y LESIONES	El paciente y familia al momento del ingreso permanencia en UPRIS, revisión de todo el flujo de trabajo de atención al paciente de admisión	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
20	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE CASOS	Revisión de evidencia científica según lo establecido en la UPRIS y de acuerdo al nivel de complejidad	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
24	PROCESAMIENTO	Evidencia de evidencia de evidencia de evidencia científica, revisión y actualización de UPRIS en el momento de ingreso al paciente	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
2	PROCESAMIENTO	Revisión de los documentos relacionados con temas de gestión y cumplimiento de la Unidad Funcional de Gestión de Calidad	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA
40	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE CASOS	Revisión de evidencia científica según lo establecido en la UPRIS y de acuerdo al nivel de complejidad	revisión de todos los procesos sobre prevención de eventos adversos	JEFE DE SERVIDOR	SEMANA



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	ANTONIO BARRIONUEVO LAMPAJ	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPSE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	30/08/2014		
TITULAR/RESPONSABLE PRESE:	DR. LUIS VELAQUEZ BURGUA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. YENY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUZMÁN INAHUANA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAQUEZ BURGUA		
RESP. OPTIMIZACION ENTREGUERA:	LIC. ENF. YOLANDA QUISPE TORRES	RESP. OFIC. ASISTENCIA CALIDAD:	LIC. ENF. SANDRA MIMIÑA ESCOBAR JAATO		
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZA RIESGOS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR ASISTENCIO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Máximo)
30	PREVENCIÓN DEL SUEÑO Y LESIONES	El personal de prevención de accidentes cumple con los protocolos de atención al paciente, la identificación del paciente mediante la etiqueta de colores la cual se encuentra al ingreso al consultorio, al ser atendido en el área.			
31	NECESIDADES	Se asegura el acceso al área limpia y ventilada de la unidad de cuidados de emergencia.	Se actualiza la documentación		
32	SEGURIDAD	El material es etiquetado al ser de "Cero Suelo" y "Pegante de Muebles para la prevención de las LAVES MANOS" con pegamento para el año 2014			
34	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Verificación del funcionamiento del personal ante el funcionamiento de los equipos de emergencia, según el procedimiento de atención al paciente en el área de emergencia.		Manejo del área	30/08/2014
35	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Indicador de agua en UPSE cumple con el Plan de Emergencia del Ministerio de Salud de todos los equipos de emergencia.			
36	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Comunicación de los UPSE cumple con el Plan de Emergencia del Ministerio de Salud de todos los equipos de emergencia (personal de atención), mediante la identificación de los trabajadores de emergencia.			
37					
38					



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		AÑO:		RISA	
FECHA APLICACIÓN	TRIMESTRE	AÑO	TRIMESTRE	FECHA	DOMINICAL
RESP. EPIDEMIOLOGÍA					
RESP. DE LA UPSE:					
RESP. JUPIC JUNTAS CALIDAD:					
OTROS RESPONSABLES:					

Actualización rondas

PROBIDAD	RONDAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RONDAS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)
18	SEGUIMIENTO EN LA UPSE	Registra lista de rondas de la institución y promueve adherencia a la UPSE	Reuniones sobre los incidentes y eventos adversos	JE de UPSE	15 DÍAS
20	HISTORIA CLÍNICA	Registra cumplimiento de los requisitos de la historia clínica, de procedimientos	Reuniones y el mayor personal involucrado	JE de UPSE	15 DÍAS
22					
23	ADHERENCIA DE RONDAS	Organización de la programación con propósito de hacer atractiva para el personal	Reuniones y talleres a los niveles de ejecución	JE de UPSE	15 DÍAS
12	SEGURIDAD EN LA UPSE	Elabora el formato de reportes de incidentes adherido para actividades de atención	Reuniones a los niveles de ejecución de los formatos de reportes de incidentes adheridos	JE de UPSE	15 DÍAS
20					
12	ESTRATEGIAS EFECTIVAS	Elabora y valida formatos adheridos sobre cómo acceder a los servicios de la UPSE	Reuniones de trabajo con el personal de la UPSE	JE de UPSE	15 DÍAS
20					
22					





ANEXO

N° 07

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

PRESE:	ANTONIO ARRIENDEÑO (AMPA)	TRIMESTRE:	PRIMER TRIMESTRE	PERÍODO:	2018
UBICACIÓN:	CENTRO QUIRÚRGICO	FICHA APLICACIÓN:	RESERVA	FECHA:	2018/03/20
RESPONSABLES:	DR. LUIS VILLALBA/DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA/DR. LUIS VILLALBA	PROFESIONALES:	DR. LUIS VILLALBA/DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA	ESP.:	OCUPACIONAL
RESUMEN:	RESERVA DE LA UTE	OTROS RESPONSABLES:	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

PROBLEMA	RIESGO	IDENTIFICACION INDICADA	ALTERNATIVAS DE RESOLUCIÓN / CORRECTIVAS	REGISTRAR EN EL PLAN DE RONDAS	FECHA DE MONITOREO	FECHA DE CIERRE	RESPONSABLE
RIESGO DE CAÍDA	Alto	Alta	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Alto	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Medio	Medio	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Medio	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Bajo	Bajo	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Bajo	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Alto	Alto	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Alto	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Medio	Medio	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Medio	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Bajo	Bajo	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Bajo	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Alto	Alto	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Alto	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Medio	Medio	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Medio	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Bajo	Bajo	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Bajo	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA
RIESGO DE CAÍDA	Alto	Alto	Revisión de los procedimientos de atención de los pacientes en el área de cirugía.	Alto	2018/03/20	2018/03/20	DR. WILSON C. F. ALFREDO GARCÍA VERA



FICHA DE MONITOREO

UNIDAD:	ANTICHO (AMBUROSILVIO ZAPATA)	TRIMESTRE:	1	FECHA:	2018
USUARIO:	DIAGNOSTICO POR IMAGENES	FECHA APLICACION:		EMISOR:	GERENTE
PROYECTO/PROCESO/AREA:	DE LAS RELAJAS DE IMAGEN	REVISOR:	DR. VERA BUSTOS	REVISOR:	GERENTE
AREA DE ADMINISTRACION:	C.P.C. AL RECTOR/COORDINADOR GENERAL	OTROS RESPONSABLES:	DR. VERA BUSTOS		
OTRO RESPONSABLES:	DR. VERA BUSTOS				

PROBLEMA	INDICADOR	INDICADOR DE IMPLEMENTACION	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
01	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
02	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
03	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
04	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
05	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
06	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
07	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
08	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
09	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
10	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
11	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO





FICHA DE MONITOREO

UNIDAD:	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	PROYECTO:	PROYECTO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
TÍTULO:	MONITOREO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD	FECHA:	15/05/2023
RESPONSABLE:	DR. ALFONSO VILLALBA	COORDINADOR:	DR. ALFONSO VILLALBA
ASISTENTE:	DR. ALFONSO VILLALBA	ASISTENTE:	DR. ALFONSO VILLALBA
UBICACIÓN:	UPEL - Hospital de la UPEL	UBICACIÓN:	UPEL - Hospital de la UPEL
OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.	OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.
INDICADORES:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.	INDICADORES:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.
INDICADOR CLAVE:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.	INDICADOR CLAVE:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.
INDICADOR CLAVE:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.	INDICADOR CLAVE:	Porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente en las rondas de seguridad del paciente.

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 70%

INDICADOR	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE
INDICADOR	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE	INDICADOR CLAVE
10	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
20	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
30	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
40	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
50	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
60	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
70	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
80	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
90	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
100	PROPORCIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADAS CON CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CON IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CON PLAN DE ACCIÓN Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y CON EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CON COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

PRESE:	ANTONIO BARRONCIVICO (ABRIN)	TRIMESTRE:	8 TRIMESTRE	FECHA:	08/08/2018
UNIDAD RESPONSABLE PRES:	UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL	FECHA APLICACIÓN:	08/08/2018	FECHA:	08/08/2018
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO VÁSQUEZ VILLALBA	RESP. DE LA UPAU:	L.C. ENF. YENNY BARRONCIVICO	FECHA:	08/08/2018
RESP. DE FORTALECIMIENTO:	L.C. YOLANDA GARCÍA TOROSES	RESP. DE LA UPAU (CONT.):	L.C. ENF. SANDRA MONICA ESTOVAR JAYO	FECHA:	08/08/2018

71%

PROGRAMA	INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (JUBONO)	PLAZO (MESSES)	MONITOREO (MESSES)	IMPLEMENTACIÓN
01	ANÁLISIS DE RIESGO DE FACTORES Y CONSTRUCCIÓN DE PLANES	Forma de registro, actualización de cada problema con sus datos estadísticos, a que se debe de realizar seguimiento de evolución y el tiempo de solución.	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS				SELECCION
02	IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.				SELECCION
03	IMPLEMENTACIÓN DE LA PLAN DE ACCIÓN	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.				SELECCION
04	PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL RIESGO DE LA ELECCIÓN DEL PACIENTE	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.				SELECCION
05	PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL RIESGO DE LA ELECCIÓN DEL PACIENTE	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.				SELECCION
06	MONITOREO	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.	Forma de registro de la ejecución de los planes de los problemas con fechas por semana, hasta su resolución, para saber como se va resolviendo el problema.				SELECCION





FICHA DE MONITOREO

PROYECTO:	PROYECTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INSTITUTO:	MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD:	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	FECHA DE ELABORACIÓN:	2018-07-27
RESPONSABLE DEL RIESGO:	DR. LUIS VILLOTA ROSA	RESPONSABLE DEL RIESGO:	DR. LUIS VILLOTA ROSA
RESP. DE ALTA RIESGO:	DR. ALFREDO GARCÍA TORRES	RESP. DE ALTA RIESGO:	DR. ALFREDO GARCÍA TORRES
RESP. DE BAJA RIESGO:	DR. CARLOS GARCÍA TORRES	RESP. DE BAJA RIESGO:	DR. CARLOS GARCÍA TORRES

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

78%

PRORRADA	ENCUESTAS INDICADOR	VERIFICACIÓN REALIZADA	ACTIVIDADES DE MONITOREO / COMPROBACIÓN	RESPONSABLE MONITOREO	FECHA MONITOREO	FECHA SIGUIENTE MONITOREO	IMPACTACIÓN
01	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
02	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
03	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
04	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
05	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
06	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
07	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
08	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
09	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE
10	SEGUIMIENTO DE LA RIESGO	Verificación de la implementación de las actividades de monitoreo	Revisión y ejecución de los planes de monitoreo de los riesgos de seguridad del paciente	Unidad de Gestión de la Calidad en Salud	2018-07-27	2018-08-24	SE



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

PRESE: UPIC:	ANTONIO BARRONETTO (LAMPY) EMERENCIOLA	TRIMESTRE: PRIMER TRIMESTRE	AÑO: 2018	SECTOR: SALUD
TITULAR RESPONSABLE PRSES: RESP. DE ADMINISTRACIÓN: RESP. PRODUCCIÓN/EMERGENCIAS:	DR. LUIS VILLALBA RIVERA C.F.C. ALFREDO GUERRA MORAÑA C.F.C. VIVIANA GONZALEZ TORRES	FECHA DE ELABORACIÓN: RESP. PRODUCCIÓN/OPC: RESP. DE LA UPIC: RESP. JEF. UNIDAD CALIDAD: OTROS RESPONSABLES:	FECHA: 11/03/2018	SECTOR: SALUD

PROBLEMA	INDICADORES	VERIFICACIONES EFECTUADAS	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (NOMBRES)	PLAZO ESTIMADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	IMPLEMENTACIÓN
01	SEGURIDAD	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	78%	Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
02	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
03	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
04	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
05	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
06	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
07	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
08	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
09	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ
10	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.		Atención de emergencias en el Hospital de Urgencias.	Atención	01/03/2018	SE CUMPLIÓ



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	NO ENCONTRADO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPSE:	FABRADA	FECHA APLICACIÓN:	ZORRIZO		20/04/2014
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LUC. YENIF BENDAZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. RAUL GUTIERREZ DIAZ	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. OPTIMIZADO EXPERIENCIA:	LUC YOLANDA GUSPÉ TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LUC. SANDRA M. ESCOBAR JUSTO		
		OTROS RESPONSABLES:	GLP. ROSALBA JUSTO COLOZUPA		

ACTUALIZACIÓN PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (SEMÁFORO)
01	SEGURIDAD EN LA UPSE	Registra datos por cada día de evaluados y analiza resultados de la UPSE.	ACTUALIZAR FORMAS, LUIS VELAZQUEZ BORDA	JEFE DE UNIDAD	15/04/2014
02	HECTORES CLINICA	Registra actualización del tratamiento del paciente (medicamentos, dosis, etc. puntuales).	medicaciones a el tener puntual medicación	JEFE DE UNIDAD	15/04/2014
03	INDICADORES DE RIESGO	Elaboración de indicadores que permitan tener puntualidad en los registros para evaluar.	identificación y publicar e registrar los indicadores	JEFE DE UNIDAD	15/04/2014
04	SEGURIDAD EN LA UPSE	Un cambio del formato de medicación para actualizar de inmediato.	publicar e registrar la respuesta de los formatos de medicación elaborados	JEFE DE UNIDAD	15/04/2014
05	ACTUALIZACIÓN EXPERIENCIA	Una actualización de los formatos de medicación para actualizar de inmediato de la UPSE.	Actualizar información con una experiencia y realizar reuniones	JEFE DE UNIDAD	15/04/2014
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

EN EL OFICIO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 MINISTERIO DE SALUD
 C.P. SANDRA M. ESCOBAR JUSTO
 C.O.P. 23141
 DIRECTORA
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

