



PERÚ

Ministerio de Salud

RED DE SALUD SAN ROMÁN

HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" - JULIACA



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia en Honor a las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"

Juliaca, 19 de Julio del 2024.

OFICIO N° 378 -2024- DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/D

SEÑOR:
M.C. Edwin W. Corrales Mejía
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRESENTE.-

ASUNTO: REMITO DOCUMENTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez remitir a su coordinación el I Informe Técnico Semestral de las Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Monge Medrano, en el marco de los Indicadores de Gestión de la Calidad y en cumplimiento de los criterios de evaluación de la ficha N° 43 de los Convenios de Gestión del presente año.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a ud. Mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN

M.C. José W. Mamani Vilca
C.M.P. 57466
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"





GÓBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud San
Roman



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia en Honor a
las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

15383

Juliaca, 17 de Julio del 2024.

CARTA N° 012-2024-DIRESA-PUNO-RSSR-H.C.M.M/GC

SEÑOR:

Dr. José Mamani Vilca

DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

PRESENTE.-



ASUNTO: Remito Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo remitir el Informe del Primer Semestre de las Rondas de Seguridad del Paciente realizado de Enero a Junio en los diferentes servicios del Hospital Carlos Monge Medrano según Cronograma establecido; como parte del informe de los Indicadores de Gestión de la Calidad y a la vez en cumplimiento al Criterio N° 2 del Indicador N° 43 de Convenios de Gestión del año 2024, el cual busca contribuir a la mejora de la calidad de atención del paciente atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Agradeciendo la atención que merezca la presente, aprovecho la oportunidad para renovarle las consideraciones más distinguidas a su persona.

Atentamente,



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Walter Santa Cruz Cárdenas
ODONTÓLOGO AUDITOR
RUC 225 - COP 15823



Av. Huancabamba Km 2
Teléfono 051 - 379061
Juliaca

INFORME DEL I SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INFORME N°002-2024-DIRESA-PUNO-RSSR-H.C.M.M/CdG

A DR. José Mamani Vilca
Director del Hospital Carlos Monge Medrano

DE : Walter Santa Cruz Cárdenas
Unidad de Gestión de la Calidad

1. ANTECEDENTES LEGALES:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
2. Ley N° 27657, Ley de Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
4. Decreto Supremo NO 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°-29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad".
7. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 –2008.
8. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
10. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA. Directiva de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
11. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba "La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
12. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo.
13. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
14. Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS NO 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.

15. 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".
16. Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
17. Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
18. Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA /2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
19. Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM; que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
20. Resolución Ministerial N° 489-2005/MINA, que aprueba la NT N° 031 - MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
21. 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.
22. 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.
23. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la atención de Salud".
24. Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones asociadas a la Atención de la Salud.
25. Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
26. Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.

II. DATOS GENERALES:

2.1. Institucional, Departamento y Servicio

El Hospital Carlos Monge Medrano se encuentra geográficamente ubicado en el Departamento de Puno, Provincia de San Román, Distrito de Jullaca.

Fue creado el 23 de octubre de 1986 y en la actualidad ha sido reconocido en la categoría II-2 en el año 2023, donde realiza atenciones de Recuperación y Rehabilitación y de forma parcial actividades preventivo promocionales. Cabe mencionar que no es unidad ejecutora ya que pertenece a la Red de Salud San Román.

Como Cartera de Servicios cuenta con lo siguiente:

- a. Departamento de Medicina
 - Medicina general
 - Medicina Interna
 - Cardiología
 - Reumatología
 - Endocrinología
 - Gastroenterología
 - Neumología
 - Nefrología
 - Psiquiatría
 - Neurología
 - Dermatología
- b. Departamento de Cirugía
 - Cirugía General
 - Oftalmología
 - Sub Especialidad de Retinología
 - Urología
 - Otorrinolaringología
 - Traumatología y Ortopedia
 - Neurocirugía
 - Cirugía de Cabeza y cuello
- c. Departamento de Ginecoobstetricia
 - Ginecología
 - Obstetricia
- d. Departamento de Pediatría
 - Pediatría
 - Neonatología
- e. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
 - Fisioterapia Pediátrica
 - Fisioterapia en Traumatología y Ortopédica
 - Fisioterapia Reumatológica
 - Fisioterapia Geriátrica
 - Neuro Rehabilitación
 - Terapia de Lenguaje
 - Terapia Ocupacional
 - Terapia Física y Rehabilitación

- f. Departamento de Patología Clínica
 - Laboratorio Clínico
 - Anatomía Patológica
 - Hemoterapia y Banco de Sangre
- g. Departamento de Diagnóstico por Imágenes:
 - Radiología Convencional
 - Radiología Especializada
 - Ecografía General y Doppler
 - Mamografía
 - Tomografía Computarizada
- h. Departamento de Odontología y Odontopediatría
 - Odontopediatría
 - Ortodoncias
 - Rehabilitación Oral
- i. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
 - Anestesiología
 - Quirófano
 - Central de Esterilización
- j. Departamento de Nutrición y Dietética
 - Consultorio de Nutrición
 - Nutrición en Hospitalización
- k. Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos
 - Emergencia
 - Cuidados Intensivos
- l. Departamento de Farmacia
 - Farmacia Consultorios Externos
 - Farmacia Emergencia
 - Farmacia Hospitalización
 - Farmacia en Quirófano

III. Análisis

3.1 Resultados:

3.1.1. Cumplimiento Promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO
29/01/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	90%	Riesgo Moderado
14/02/2024	EMERGENCIA	88%	Riesgo Moderado
13/03/2024	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	83%	Riesgo Importante
10/04/2024	UCI NEONATAL	89%	Riesgo Moderado
15/05/2024	GINECOLOGÍA	90%	Riesgo Moderado
12/06/2024	UCI GENERAL	92%	Riesgo Moderado
I SEMESTRE	PROMEDIO		88%

3.1.2. Porcentaje de Cumplimiento por Buenas Prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

UPSS: CENTRO QUIRÚRGICO

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	90%

UPSS: EMERGENCIA

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	85%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	83%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	68%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	88%

UPSS: CENTRAL DE ESTERILIZACION

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	83%

UPSS: UCI NEONATAL

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	60%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	88%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	69%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	89%

UPSS: GINECOLOGÍA

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	83%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	90%

UPSS: CUIDADOS INTENSIVOS (UCI general)

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RÉGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	88%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	92%

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

UPSS: CENTRO QUIRÚRGICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital y el Jefe de Mantenimiento para la inclusión de todos los equipos del Servicio en el Plan de Mantenimiento Preventivo de la IPRESS.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio coordinará con el Jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponda.	EN PROCESO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el Jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	IMPLEMENTADO

Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO

UPSS: EMERGENCIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	RIESGO INTOLERABLE	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214--2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 265-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica propiamente.	IMPLEMENTADO
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	RIESGO INTOLERABLE	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214--2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 265-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica propiamente.	IMPLEMENTADO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el Jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	IMPLEMENTADO
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	RIESGO IMPORTANTE	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	IMPLEMENTADO

Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital y el Jefe de Mantenimiento para la inclusión de todos los equipos del Servicio en el Plan de Mantenimiento Preventivo de la IPRESS.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio coordinará con el Jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponda.	IMPLEMENTADO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazaletes del paciente como en el cartel visible.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	RIESGO MODERADO	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con departamento de enfermería para presentar un Proyecto de Mejora Continua en relación al verificador evaluado.	EN PROCESO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214--2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 265-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica propiamente.	IMPLEMENTADO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibición maníaca, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO
El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio.	IMPLEMENTADO

Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	RIESGO BAJO	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	EN PROCESO
---	-------------	---	------------

UPSS: CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

VALOR DE RIESGO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio coordinará con el Jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponda.	EN PROCESO
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe de Gestión de la Calidad proveerá al Servicio de un Libro de Eventos Adversos para el registro de los mismos respectivamente.	IMPLEMENTADO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTANTE	El Jefe del Servicio aperturará un Libro de Actas para las reuniones de Análisis y Plan de Intervención de los Eventos Adversos registrados respectivamente.	IMPLEMENTADO
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	RIESGO MODERADO	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	IMPLEMENTADO

UPSS: UCI NEONATAL

VALOR DE RIESGO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	RIESGO INTOLERABLE	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo vigente de Prevención de Fuga de Pacientes.	IMPLEMENTADO
La letra de la Historia Clínica es legible.	RIESGO INTOLERABLE	El Jefe del Servicio coordinará una reunión con el personal médico, residentes e internos para dar a conocer la normativa vigente para el correcto llenado de la Historia clínica, a la vez que mejorará los formatos del mismo.	IMPLEMENTADO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	RIESGO INTOLERABLE	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la provisión del Formato de Consentimiento informado de Docencia.	IMPLEMENTADO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO INTOLERABLE	El jefe de Gestión de la Calidad con la Jefa del Departamento de Enfermería coordinará con el Jefe de Seguridad y Vigilancia para la socialización y aplicación del Protocolo de Prevención de Fuga de Pacientes.	IMPLEMENTADO
Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	RIESGO INTOLERABLE	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo ya elaborado de Prevención de Caída de Pacientes y Contención mecánica.	IMPLEMENTADO
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	RIESGO IMPORTANTE	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo ya elaborado de Prevención de Lesiones por Presión.	IMPLEMENTADO
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	RIESGO IMPORTANTE	Las oficinas de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizarán la capacitación de Higiene de manos, seguido del monitoreo y Supervisión respectivamente.	IMPLEMENTADO

Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	RIESGO IMPORTANTE	Las oficinas de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizarán la capacitación de Higiene de manos, seguido del monitoreo y Supervisión respectivamente.	IMPLEMENTADO
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	RIESGO MODERADO	El jefe de Servicio implementará las zonas rígidas y semirrígidas en el servicio, para luego respetar mencionadas áreas.	EN PROCESO
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	RIESGO MODERADO	El jefe de Servicio implementará las zonas rígidas y semirrígidas en el servicio, para luego respetar mencionadas áreas.	EN PROCESO

UPSS: GINECOLOGÍA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO INTOLERABLE	El Jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO INTOLERABLE	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	RIESGO MODERADO	La Jefa del Departamento de Enfermería elaborará un Plan de Mejora para la implementación de un Sistema de llamado del paciente para los servicios de Hospitalización.	EN PROCESO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el Jefe de Vigilancia para la implementación del Protocolo de Prevención de Fuga de pacientes.	IMPLEMENTADO

Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	RIESGO MODERADO	La Jefa del Departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de la Identificación correcta del paciente.	IMPLEMENTADO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	RIESGO MODERADO	La Jefa del departamento realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Seguridad Sexual al personal del Servicio.	IMPLEMENTADO
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	RIESGO MODERADO	La Jefa del departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Ulceras por Presión al personal del servicio.	IMPLEMENTADO
Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	RIESGO MODERADO	La Jefa del departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Prevención del Suicidio y Lesiones.	IMPLEMENTADO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	RIESGO BAJO	El Jefe del Servicio realizará la socialización de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria a los médicos especialistas, residentes e internos del servicio para el registro correcto del CIE-10.	IMPLEMENTADO
Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	RIESGO BAJO	El Jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología elaborará un Plan de Mejora para la implementación de lavamanos/paciente-cama en el servicio.	IMPLEMENTADO

UPSS: CUIDADOS INTENSIVOS (UCI general)

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO INTOLERABLE	El Jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO INTOLERABLE	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Medicamentos e Insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	RIESGO MODERADO	La Jefa de Enfermeras del Servicio implementará un mecanismo efectivo del control de vencimiento/caducidad de los medicamentos del coche de paro.	IMPLEMENTADO
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	RIESGO MODERADO	Las oficinas de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizarán la capacitación de Higiene de manos, seguido del monitoreo y Supervisión respectivamente.	IMPLEMENTADO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos).	RIESGO BAJO	El jefe del Servicio coordinará una reunión con el personal médico del servicio, para mejorar el correcto llenado de la Historia clínica, según normativa vigente.	IMPLEMENTADO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	RIESGO BAJO	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la provisión del Formato de Consentimiento informado de Docencia.	IMPLEMENTADO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazaete del paciente como en el cartel visible.	RIESGO BAJO	La Jefa del Departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de la Identificación correcta del paciente.	IMPLEMENTADO

3.1.4. Información del Análisis de Indicadores

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2023				
					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	25%	25%	0%	0%	50%
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	87%	90%	0%	0%	88%
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	78%	76%	34%	0%	77%

En la tabla se observan el cumplimiento de indicadores de forma positiva, donde primeramente se cumple con la ejecución de las Rondas programadas según cronograma establecido para el primer semestre del año, el cual se realizó en compañía de un buen número de integrantes del equipo, lo que permitió un buen reconocimiento y sensibilización sobre las necesidades de los servicios supervisados. Consiguientemente la tabla muestra el cumplimiento del mayor número de verificadores evaluados, un reflejo de la mejora por las rondas realizadas los años anteriores. Así mismo con efectividad los diferentes servicios evaluados logran implementar las acciones de mejora propuestas, sobrepasando el 70% en cada uno de ellos.

El departamento de enfermería ha sido pilar fundamental para el cumplimiento e implementación de las buenas prácticas en la Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta que los verificadores que se evalúan en gran porcentaje se relacionan al cuidado del paciente y por ende en la seguridad del mismo, donde la Jefa del Departamento de Enfermería asumió desde el inicio el compromiso de desarrollar las acciones correctivas inherentes a las actividades que el grupo ocupacional realiza. Así mismo la jefatura actual nos permite poder mejorar la seguridad del paciente ya que la mayoría de actividades a mejorar dependerá del manejo de las reuniones que tenga esta unidad y así poder estandarizar los procesos de atención y cuidado del paciente.

Dentro de los resultados evidenciados en las rondas de seguridad del paciente realizadas se encontró que el común denominador en la mayoría de las UPSS, son los problemas de organización entre las distintas áreas asistenciales y administrativas que llevan a un mayor riesgo de estancia hospitalaria e infecciones cruzadas ya que por documentos mal gestionados se llegan a perder presupuestos fijos que ayudarían a mejorar la problemática.

Por otro lado, mencionar también que otro problema que aqueja a las diferentes UPSS, es el tema presupuestal, lo cual no permite cumplir e implementar verificadores que demandan presupuesto, ya que la IPRESS no es Unidad Ejecutora, siendo éste una gran debilidad en el direccionamiento de la Seguridad del Paciente.

IV. Conclusiones

Habiéndose realizado el 50% de las rondas programadas para el año 2024, y correspondiente al primer semestre, se encontró que dentro de las dimensiones evaluadas la mayoría comparte factores en común en las diferentes buenas prácticas evaluadas:

REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA

- La mayoría de los servicios dentro de las evoluciones medicas e indicaciones médicas la letra que presentan es generalmente ilegible.
- Muchos de los diagnósticos no cuentan con codificación CIE-10.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIO DE SALUD

- Se requiere que el hospital como institución implemente el protocolo ya elaborado para la correcta identificación de los pacientes y evaluar los riesgos a los que pueda estar sometido durante su estancia hospitalaria.
- Se cuenta con el registro físico de Incidentes y Eventos Adversos en los diferentes servicios más no se realiza Análisis y/o Plan de Intervención sobre la Información respectiva.

PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES

- La institución ya cuenta con un sistema de identificación de pacientes hospitalizados, pero aún falta implementar el protocolo aprobado por lo que el Departamento de Enfermería en coordinación con Vigilancia y Seguridad de la IPRESS se encuentran en proceso de aplicación del dispositivo en mención.

SEGURIDAD EN LA MEDICACION

- Todos los servicios evaluados cuentan con el Coche de Paro, pero aún falta equipar con los insumos y/o medicamentos según normativa establecida internamente por el Departamento de farmacia respectivamente.

PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA

- El Departamento de Enfermería ha elaborado el Protocolo de Prevención de la Caída de Pacientes y Contención Mecánica, el cual también se aprobó con Resolución Directoral, consiguientemente se tiene un cronograma de socialización en los servicios involucrados.

SEGURIDAD SEXUAL

- El Departamento de Enfermería en conjunto con la oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Protocolo de Seguridad Sexual, el cual ya se encuentra aprobado con Resolución Directoral, consiguientemente se tiene un cronograma de socialización en los servicios involucrados.

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

- El Departamento de Enfermería en conjunto con la oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de las Ulceras por presión, el cual ya se encuentra aprobado con Resolución Directoral, consiguientemente se tiene un cronograma de socialización en los servicios involucrados.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES

- El Departamento de Enfermería en conjunto con la oficina de Gestión de la Calidad ha elaborado el Protocolo de Prevención del Suicidio y Lesiones, el cual ya se encuentra aprobado con Resolución Directoral, consiguientemente se tiene un cronograma de socialización en los servicios involucrados.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Los servicios si bien es cierto brindan la información al familiar responsable; pero no contaban con un método que evidenciaba mencionado acto, por lo que se apertura en algunos servicios un registro donde firma el paciente o familiar que recibe la información, y algunos servicios lo anotan en la Historia Clínica.

FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS

- o Los servicios no cuentan con los equipos biomédicos necesarios, según categoría y nivel de la IPRESS, ya que muchos de ellos ya cumplieron su vida útil, por lo que la gran mayoría no cuentan con un Plan de Mantenimiento preventivo, solo se realiza mantenimiento correctivo de los mismos.

V. Recomendaciones

- El director de la institución debe reunirse con las áreas administrativas para que se pueda encontrar el financiamiento y así evitar algún evento o incidente que pueda ir contra la Seguridad del Paciente.
- La jefatura de enfermería debe reunir los requerimientos de los servicios para poder ser entregados a la dirección y puedan conseguir su financiamiento.
- Los jefes de servicio con la dirección deberán de elaborar un cuadro de prioridades de equipos médicos para poder hacer la adquisición de los mismos e ingresar todos sus equipos en el Plan de Mantenimiento respectivamente.
- Todo lo mencionado anteriormente será expuesto, discutido y se priorizará las necesidades de la institución a través de reuniones de monitoreo y seguimiento conducido por el equipo de trabajo del Comité de Seguridad del paciente.
- El Comité tiene que continuar con el seguimiento de las recomendaciones a todos los servicios para poder levantar las observaciones realizadas
- Se tiene que gestionar más recursos financieros para la institución ya que la necesidad será superada por la demanda de pacientes.

VI. Anexos

1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/UPSS – Incluye Implementación de Acciones en la Adherencia a los 5 momentos para la Higiene de Manos y a la Técnica de la Higiene de Manos del personal de salud.

ANEXO N° 3

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

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	28/01/2024 (odimachaca)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Johana Miriam Rodríguez Oriado		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy P. Rodríguez Sura	RESP. DE LA UPSS:	M.C. Luis A. Rosado Tejeda		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Belita Calderón Castillo	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:	Lic. Gloria E. Chura Mamani		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	87%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECÁNICAS	87%
SEGURIDAD QUIRÚRGICA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE TIEMPOS	100%
SEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 90%



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD SAN ROMÁN
 M.C. José W. Mamani Vilca
 O.M.P. 57466
 DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"



HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"
 Abg. Jimmy P. Rodríguez Sura
 CAP 2531
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 JEFATURA
 Walter Santa Cruz Cárdenas
 ODONTÓLOGO AUDITOR
 RNAO 025 - COP 18823



Johana Miriam Rodríguez Oriado
 O.M.P. 57466
 JEFE DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"



Lic. Belita Calderón Castillo
 CEP. 20044
 D.M. 1107 / D.O.E. 8107 / R.E.E. 19021
 2019.01.01 - 2024.01.01
 JEFE DE SERVICIO ENFERMERÍA

Gloria E. Chura Mamani
 COP 6439
 JEFE DE OBSTETRAS
 M.M.



G.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
 C.O.F.P. 15218
 JEFATURA DEL DPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

Luis Alberto Rosado Tejeda
 C.M.P. 37887 R.U.E. 14000
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Gloria E. Chura Mamani
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO
 C.E.R. 30187 - R.M.E. 11345

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

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	14/02/2024 (00h/med/and)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Johana Mirten Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Bravo	RESP. DE LA UPSS:	Dr. Abram Levy Sucasña Tacora		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saida Calderón Castillo	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:	Lic. Joaquina Hilari Ochoa		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	90%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FURIA	80%
STABILIDAD EN LA IMPLICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	80%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPI	80%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
PARCERIAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	86%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 86%



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN**

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



AL CARLOS MONJE MEDRANO

Abg. Jimmy Freddy Rodríguez Bravo
CAP 2631
DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Cárdenas
ODONTÓLOGO/AUDITOR
RNEAO 025 - CUP 16823



LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO
OPTÓLOGA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Lic. Saida Calderón Castillo
COP 60044
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD



Walter Santa Cruz Cárdenas
COP 6439
JEFA DE OBSTETRAS
H.C.M.M.



D.F. YHON DINO MACHACA QUISEP
C.D.F.P. 15218
JEFA DEL OPTO. DE FARMACIA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Abram Levy Sucasña Tacora
M.D. C. SUCASÑA TACORA
C.M.P. 55479 R.N.E. 157093



Lic. Joaquina Hilari Ochoa
CEP. 44462 REE 17705
JEFA ENF. SERVICIO DE EMERGENCIA



U.C.I.
Luzmila Sotomayor Peraza
COP 60044
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD

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

IPRESS:	CARLOS BONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	FECHA APLICACION:	12/03/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy P. Rodríguez Soria	RESP. DE LA UPSS:	Lic. Leira Muñoz Carbajal		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Selva Calderón Cevallos	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%
BIENESTAR DE AMBROS	93%
SEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	81%
PROMEDIO	85%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO




DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN
 M.C. José W. Mamani Vilca
 CMP 57466
 DIRECTOR
 HOSPITAL CARLOS BONJE MEDRANO


 Abg. Jimmy P. Rodríguez Soria
 CAP 2531
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO


HOSPITAL CARLOS BONJE MEDRANO
 UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
 Walter Santa Cruz Cárdenas
 ODONTOLOGO AUJTOR
 RNAO 025 - COP 10023


JEFAURA
 LIC. JUANA MIRIAM RODRIGUEZ OVIEDO
 MEd 10001
 JEFA DE UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD


 Lic. Leira Muñoz Carbajal
 CEP 10044
 ENFERMERA
 JEFA DE UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD


C.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
 C.O.F.P. 15218
 JEFAURA DEL OPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS BONJE MEDRANO

Lic. Selva Calderón Cevallos
Basora de Muñoz Carbajal
 C.E.P. 14720

Lic. Carmen Vilca B.
 COP 8439
 TIRA DE OBSTETRAS
 J.C.M.M.

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

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:		10/01/2024	(Módulo 2024)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy P. Rodríguez Soto	RESP. DE LA UPSS:	Dra. Silvia Aposi Chura		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castilla	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Wilfer Santa Cruz Córdova		
		OTROS RESPONSABLES:	Lic. Heydi Valdez Pachare		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	80%
SEGURIDAD EN LA SINCRONIZACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	88%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REPARACIÓN DEL NESTO DE LAS UPP	89%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
LAGUETEO DE MANOS	73%
BIOSEGURIDAD	73%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	89%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: 89%

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD SAN ROMÁN
 M.C. José W. Mamani Vilca
 CMP 57366
 DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

 Lic. Jimmy P. Rodríguez Soto
 CAP 2931
 JEFE DE ADMINISTRATIVO

 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 UNIDAD DE GERIATRIA DE LA CALIDAD
 Lic. Wilfer Santa Cruz Córdova
 ODONTOLOGO-AUDITOR
 RMAO 025 - COP 10023

 Lic. Juana Miriam Rodríguez Oviedo
 OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

 Lic. Saida Calderón Castilla
 CEP 00044
 JEFE DE SERVICIO DE ENFERMERIA
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

 Lic. María J. Córdova B.
 CO-ORDINADORA
 JEFA DE OBSTETRAS
 H.C.M.M.

 D.E. YHON DINO MACHACA QUIJPE
 C.Q.F.P. 15218
 JEFE DE OFICINA DEL OPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

 Lic. Heydi M. Valdez Pachare
 CEP 58562
 REE. 031193 / REE. 023026 / REE. 031240
 JEFE DE ENFERMERIAS DEL SERVICIO DE NEUMATOLOGIA
 H.C.M.M.

 Lic. Silvia Aposi Chura
 JEFE DE SERVICIO DE NEUMATOLOGIA
 H.C.M.M.



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:		15/05/2024	(dd/mm/aaaa)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Johana Mirian Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy P. Rodríguez Barea	RESP. DE LA UPSS:	Dr. Edwin Johann Chumil Chigana		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saida Corderón Castillo	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:	Lic. Mariela N. Parzuchua Mamani		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	95%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	95%
PREVENCIÓN DE FUGA	85%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%
SEGURIDAD DE RUM	85%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	85%
PREVENCIÓN DEL SUDOR Y LESIONES	85%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MOVILIDAD DE MANOS	95%
BIENESTAR	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%
PROMEDIO	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57166
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Abg. Jimmy P. Rodríguez Barea
CAP 2531
DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
JEFATURA
Lic. Saida Corderón Castillo
COORDINADORA ADMINISTRATIVA



LIC. JOHANA MIRIAN RODRÍGUEZ OVEDO
UNIDAD DE PREVENCIÓN Y SALUD AMBIENTAL
C.D. PRADO SAN ROMÁN



Lic. Saida Corderón Castillo
CMP 10044
COORDINADORA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE PREVENCIÓN Y SALUD AMBIENTAL

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Lic. Mariela N. Parzuchua Mamani
ENFERMERA
CER. N° 81405

[Handwritten signature]
Lic. J. Carmen Viza B.
OP 6439
JEFA DE OBSTETRAS
C.F.M.M.



C.F. YHON DINO MACHACA QUSPE
C.O.F.P. 18218
JEFA DEL DPTO. DE FARMACIA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

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

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	FECHA APLICACION:		13/06/2024	(66/100/2024)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Juana Miriam Rodriguez Oviedo		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. DE LA UPSS:	Dr. Jorge Enrique Sotomayor Pazales		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy F. Rodriguez Sosa	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderin Castillo	OTROS RESPONSABLES:	Lic. Amparo Zegarra Sosa		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	92%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	92%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECANICAS	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPI	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
LAGUERO DE MANOS	98%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	90%
PROMEDIO	92%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: 92%



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
C.M.P. 57466
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Abg. Jimmy F. Rodriguez Sosa
CAP. 2531
DIRECCION ADMINISTRATIVA



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Cardenas
ODONTOLOGO AUDITOR
R.M.A.D. 025 - C.O.P. 10623



Juana Miriam Rodriguez Oviedo
DPTO. EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
RED DE SALUD SAN ROMAN



Lic. Saida Calderin Castillo
C.E.P. 20044
R.M.A.D. 025 - C.O.P. 10623
DIRECCION ADMINISTRATIVA



Lic. Amparo Zegarra Sosa
C.O.P. 6439
JEFA DE OBSTETRIAS
H.C.M.M.



L.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
C.O.F.P. 16218
JEFATURA DEL DPTO. DE FARMACIA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Dr. Jorge Enrique Sotomayor Pazales
C.E.P. 20044
R.M.A.D. 025 - C.O.P. 10623
DIRECCION ADMINISTRATIVA



D. Amparo Zegarra S.
ENFERMERA C.E.P. 16446
ESPEC. CUIDADOS INTENSIVOS
R.M.E. 7206
Enf. JEFA DE UCI

ANEXO N° 6



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	1	TRIMESTRE	2	TRIMESTRE	3	TRIMESTRE	4	
FECHA APLICACION	2024		2024		2024		2024	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Jesús Wilson Rodríguez Oviedo		Jesús Wilson Rodríguez Oviedo		Jesús Wilson Rodríguez Oviedo		Jesús Wilson Rodríguez Oviedo	
RESP. DE LA UPRSS:	L.C. Luis A. Rosado Tejeda		L.C. Luis A. Rosado Tejeda		L.C. Luis A. Rosado Tejeda		L.C. Luis A. Rosado Tejeda	
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Calderías		C.D. Walter Santa Cruz Calderías		C.D. Walter Santa Cruz Calderías		C.D. Walter Santa Cruz Calderías	
OTROS RESPONSABLES:	L.C. Gloria E. Chura Mamani		L.C. Gloria E. Chura Mamani		L.C. Gloria E. Chura Mamani		L.C. Gloria E. Chura Mamani	

ACCIONES CORRECTIVAS

ID	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR REQUIRO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
1	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPRSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El Jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital y el Jefe de Mantenimiento para la inclusión de todos los equipos del Servicio en el Plan de Mantenimiento Preventivo de la UPRSS.	Dr. Luis Rosado Tejeda	31/05/2024
2	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPRSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	El Jefe del Servicio coordinará con el Jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponde.	Dr. Luis Rosado Tejeda	31/05/2024
3	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	El Jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el Jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluando	C.D. Walter Santa Cruz Calderías	31/03/2024
4	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio proplemario.	L.C. Gloria E. Chura Mamani	31/03/2024
5	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de revisar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio proplemario.	L.C. Gloria E. Chura Mamani	31/03/2024
6			La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar capacitaciones, monitoreo y evaluación respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Calderías	31/05/2024

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

Dr. Luis Rosado Tejeda
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Calderías
COORDINADOR SUPERIOR
PLAN 2024-2025

Luis A. Rosado Tejeda
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO

Luis A. Rosado Tejeda
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Calderías
COORDINADOR SUPERIOR
PLAN 2024-2025

Luis A. Rosado Tejeda
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO

Luis A. Rosado Tejeda
C.M.P. 57406
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONZÉ MEDRANO



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

TRIMESTRE	TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACIONE	14/03/2024	(DDMMAAAA)	
RESP EPIDEMIOLOGUA	Jessica Birkas Rodriguez Oviedo		
RESP DE LA UPSS	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora		
RESP CIRCULARIDAD CALIDAD	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
OTROS RESPONSABLES	Lic. Jaqueline Hilari Ochoa		

ACTORES PRINCIPALES

INDICADOR	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)
HISTORIA CLINICA	Registro de las Funciones Biológicas apollo, sed, sueño, otra, deposiciones, estado de ánimo.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora	14/04/2024
HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora	14/04/2024
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	31/04/2023
HIGIENE DE MANOS	Completamiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	30/06/2023
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuente con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	El jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital y el jefe de Mantenimiento para la inclusión de todos los equipos del Servicio en el Plan de Mantenimiento Preventivo de la UPSS.	El jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital y el jefe de Mantenimiento para la inclusión de todos los equipos del Servicio en el Plan de Mantenimiento Preventivo de la UPSS.	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora	Indeterminado
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del Servicio coordinará con el jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponde.	El jefe del Servicio coordinará con el jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponde.	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora	Indeterminado
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazo del paciente como en el cartel visible.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	Lic. Jaqueline Hilari Ochoa	31/05/2024
SEGURIDAD EN LA UPSS	Terror o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con departamento de enfermería para presentar un Proyecto de Mejora Continua en relación al verificador evaluado.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con departamento de enfermería para presentar un Proyecto de Mejora Continua en relación al verificador evaluado.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	Indeterminado
HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivo o definitivo)	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 205-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prolija.	Dr. Abram Lery Sucapuca Tacora	14/04/2024
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: distribuciones masculinas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en el medio.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	Lic. Jaqueline Hilari Ochoa	31/05/2024
REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio prolija.	Lic. Jaqueline Hilari Ochoa	31/05/2024

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

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	14/02/2024 (DDMMAAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Johana Elihuán Rodríguez Oviedo		
RESP. DE LA UPES:	Dr. Abram Lery Sacapuzza Tacora		
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cajalomas		
OTROS RESPONSABLES:	Lic. Jacqueline Hilari Ochoa		

DESCRIPCIÓN

ID	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR MUESTRO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
1	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio proptiamente.	Lic. Jacqueline Hilari Ochoa	31/05/2024
2	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del rito lavamiento/ paciente-cama de al menos 1:10	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Cajalomas	Indefinido

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José Manuel Vica
 C.E.P. 271830
DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MORJE MEDRANO"

O.F. YHON DINO MADRINACA GUSPE
 C.O.P. 15278
 JEFE DEL DPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MORJE MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MORJE MEDRANO
 SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Abram L. Sacapuzza Tacora
 M.E.C.O. 117024140
 CHP. 55479 R.N.E. 37091

SECRETARÍA DE SALUD
 C.E.P. 271830
SECRETARÍA

Dr. Carlos Morje Medrano
 M.E.C.O. 117024140
 CHP. 55479 R.N.E. 37091

Dr. Abraham Lery Sacapuzza Tacora
 M.E.C.O. 117024140
 CHP. 55479 R.N.E. 37091

Dr. Carlos Morje Medrano
 M.E.C.O. 117024140
 CHP. 55479 R.N.E. 37091


APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

PLAN DE ACCION

CARLOS ROMAN BERRIANO		TRIMESTRE	ANO	2024
CENTRAL DE ESTERILIZACION		FECHA APLICACION:	13/03/2024	(DDMMAAAA)
RESPONSABLE EPSS:	M.C. José W. Mamani Vico	RESP EPIDEMIOLOGIA:	Jessica Milian Rodriguez Oviedo	
ADMINISTRACION:	Mag. Jimmy F. Rodriguez Bata	RESP DE LA UPSS:	Lic. Laura Muñoz Corbalán	
PROSERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Sabela Calderón Cavillo	RESP OFIC AJUSTADO CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	
OTROS RESPONSABLES:				


ACCIONES CORRECTIVAS

INDICADOR	VERIFICADOR RESPONSABLE	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
BUENAS PRACTICAS FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con especificar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El Jefe del Servicio coordinará con el Jefe de Mantenimiento para la colocación de las tarjetas en los equipos biomédicos para visualizar la fecha del Mantenimiento preventivo que corresponde.	Lic. Laura Muñoz Corbalán	31/05/2024
SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	El Jefe de Gestión de la Calidad proveerá al Servicio de un Libro de Eventos Adversos para el registro de los mismos respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	31/04/2024
SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	El Jefe del Servicio apuntará un Libro de Actas para la reuniones de Análisis y Plan de Intervención de los Eventos Adversos registrados respectivamente.	Lic. Laura Muñoz Corbalán	31/04/2024
HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la capacitación de Higiene de Manos en el servicio, de la misma forma la realización del monitoreo y evaluación respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	31/05/2024




DIRECCION REGIONAL DE SALUD
REDE DE SALUD SAN ROMAN

M. C. José W. Mamani Vico
C.M.P. 57466
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS ROMAN BERRIANO




RECINTO CARLOS ROMAN BERRIANO
HOSPITAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Walter Santa Cruz Calderón
COORDINADOR AUXILIAR
EPIDEMIOLOGIA - C.M.P. 14023




RECINTO CARLOS ROMAN BERRIANO
HOSPITAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA


Lic. JESSICA MILIAN RODRIGUEZ OVIDIO
COORDINADORA AUXILIAR EPIDEMIOLOGIA




C. Román Berriano
C.O.P. 6439
DE OBSTETRICIA
H.C.M.M



Walter Santa Cruz Calderón
C.D. Walter Santa Cruz Calderón
DIRECTOR ADMINISTRATIVO




Jessica Milian Rodríguez Oviedo
C.E.P. 14720




DIRECCION REGIONAL DE SALUD
REDE DE SALUD SAN ROMAN

M. C. José W. Mamani Vico
C.M.P. 57466
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS ROMAN BERRIANO



RECINTO CARLOS ROMAN BERRIANO
HOSPITAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Walter Santa Cruz Calderón
COORDINADOR AUXILIAR
EPIDEMIOLOGIA - C.M.P. 14023



RECINTO CARLOS ROMAN BERRIANO
HOSPITAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Lic. JESSICA MILIAN RODRIGUEZ OVIDIO
COORDINADORA AUXILIAR EPIDEMIOLOGIA

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

TRIMESTRE:		II TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:		10/05/2024		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		Julius Miriam Rodríguez Chaleo		
RESP. DE LA UPSS:		Dra. Silvia Apasí Chua		
RESP. OFICINA CALIDAD:		C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
OTROS RESPONSABLES:		Lic. Heydi Valdez Pachare		

UNIDAD PRODUCTORA

SAB	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas al riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo vigente de Prevención de Fuga de Pacientes.	Lic. Janet Jahuirá Zoa	31/05/2024
	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	El jefe del Servicio coordinará una reunión con el personal médico, residentes e internos para dar a conocer la normativa vigente para el correcto llenado de la Historia Clínica, a la vez que mejorará los formatos del mismo.	Dra. Silvia Apasí Chua	31/05/2024
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la provisión del Formato de Consentimiento Informado de Docencia.	Lic. Janet Jahuirá Zoa	31/05/2024
	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	El jefe de Gestión de la Calidad con la Jefa del Departamento de Enfermería coordinará con el jefe de Seguridad y Vigilancia para la socialización y aplicación del Protocolo de Prevención de Fuga de Pacientes.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	31/05/2024
	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisación diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo ya elaborado de Prevención de Caídas de Pacientes y Contención mecánica.	Lic. Janet Jahuirá Zoa	31/05/2024
	REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su cuidador y la familia.	La jefa de enfermeras del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la socialización del Protocolo ya elaborado de Prevención de Lesiones por Presión.	Lic. Janet Jahuirá Zoa	31/05/2024
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	La oficina de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizará la capacitación de Higiene de manos, según el monitoreo y Supervisión respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	31/05/2024
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	La oficina de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizará la capacitación de Higiene de manos, según el monitoreo y Supervisión respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	31/05/2024
	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	El jefe de Servicio implementará las zonas rígidas y semi rígidas en el servicio, para luego respetar mencionadas áreas.	Dra. Silvia Apasí Chua	15/05/2024
	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	El jefe de Servicio implementará las zonas rígidas y semi rígidas en el servicio, para luego respetar mencionadas áreas.	Dra. Silvia Apasí Chua	15/05/2024

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HED DE SALUD SAN ROMAN**

M.C. José W. Mamani Vilca
 C.M.P. 57464
 DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MONTE NEGRINO"

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HED DE SALUD SAN ROMAN**

Lic. Heydi M. Valdez Pachare
 C.M.P. 58562
 JEFE DE SERVICIO DE ATENCION / HED 03130
 JEFE DE SERVICIOS DE ATENCION Y MANEJO
 H. C. M. M.






IC. JEFFERSON RODRIGUEZ OCHOA
 JEFE DE SERVICIO DE ATENCION Y MANEJO
 H. C. M. M. M.

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	ANO:	2024
FECHA APLICACION:	15/07/2024 (DOMINGO)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Jesús Miryam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE LA UPSS:	Dr. Edwin Chumbi Chipana		
RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Calderas		
OTROS RESPONSABLES:	Lc. Saída Calderón Castillo		

Dr. Edwin Chumbi Chipana

IDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Mes/mes)
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.		El jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	Dr. Edwin Chumbi Chipana	Indeterminado
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).		El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	Dr. Edwin Chumbi Chipana	Indeterminado
SEGURIDAD EN LA UPSS	Tintura e sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.		La Jefa del Departamento de Enfermería elaborará un Plan de Mejora para la implementación de un Sistema de llamado del paciente para los servicios de Hospitalización.	Lc. Saída Calderón Castillo	15/07/2024
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.		El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el jefe de Vigilancia para la implementación del Protocolo de Prevención de Fuga de pacientes.	C.D. Walter Santa Cruz Calderas	15/07/2024
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente luego en el traslado del paciente como en el cartel visible.		La Jefa del Departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de la identificación correcta del paciente.	Lc. Saída Calderón Castillo	15/07/2024
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: demostraciones manifiestas, frustados de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio.		La Jefa del departamento realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Seguridad Sexual al personal del Servicio.	Lc. Saída Calderón Castillo	15/07/2024
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.		La Jefa del departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Úlceras por presión al personal del servicio.	Lc. Saída Calderón Castillo	15/07/2024
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.		La Jefa del departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de Prevención del Suicidio y Lesiones.	Lc. Saída Calderón Castillo	15/07/2024
HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presurivos o definitivos)		El jefe del Servicio realizará la socialización de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificadora a los médicos especialistas, residentes e internos del servicio para el registro correcto del CIE-10.	Dr. Edwin Chumbi Chipana	15/07/2024
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos paciente-cama de al menos 1:10		El jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología elaborará un Plan de Mejora para la implementación de lavamanos/paciente-cama en el servicio.	C.D. Walter Santa Cruz Calderas	15/07/2024

Dr. Edwin Chumbi Chipana
 MEGICAO CHULLJANO
 GINECOLOGO OBSTETRA
 EP. MEDICINA Y OBSTACIA GINECOLOGICA
 CDR 43851 - RNE. 030413

ENFERMERIA
 CEP Nº R1408
















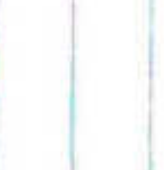


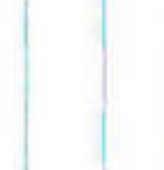



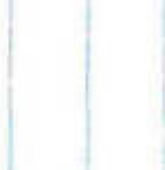



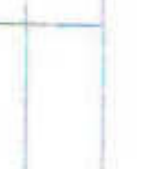




APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		AÑO:		2024
FECHA APLICACIONE		18/02/2024 (DOMINGO)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE LA UPRS:		Dr. Evelyn Johnson Chantú Chigusa		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:		C.D. Walter Santa Cruz Córdova		
OTROS RESPONSABLES:		Lic. Mariela H. Peralta Mammé		

BUENAS PRÁCTICAS

AD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Indefinida)
	         		<p>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDUNDO UNIDAD DE ATENCIÓN DE LA CALIDAD</p> <p>Walter Santa Cruz Córdova COORDINADOR DE CALIDAD EPMAD 025 - CAP - IRSCA</p>	 <p>Lic. Jimmy Pineda Rodríguez Soto C.O.P. 1531 DIRECTOR ADMINISTRATIVO</p>	
	        		<p>OF. YHON UNO MACHACA QUISPE C.O.F.P. 15219 JEFE DEL OFIC. DE ENFERMERA HOSPITAL CARLOS MONGE MEDUNDO</p>		
	        				



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

PLAN DE ACCION

TRIMESTRE	FECHA APLICACION	ANO	2024
RES.P. EPIDEMIOLOGIA:	Johana Miriam Rodriguez Ovalle		
RES.P. DE LA UPSS:	Dr. Jorge Enrique Sotomayor Perales		
RES.P. OFIC. JUNTA DE CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
OTROS RESPONSABLES:	Lc. Amparo Zagarra Sarca		

INDICADORES

ID	BIENAS PRACTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos)	El jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	Indeterminado
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	Indeterminado
	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	La Jefa de Enfermería del Servicio implementará un mecanismo efectivo del control de vencimiento/caducidad de los medicamentos del cohete (in jure).	Lc. Amparo Zagarra Sarca	30/05/2024
	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del registro de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Las oficinas de Gestión de la Calidad con Epidemiología realizarán la capacitación de Higiene de manos, según del monitoreo y Supervisión respectivamente.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	30/05/2024
	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (transitorio o definitivo)	El jefe del Servicio coordinará una reunión con el personal médico del servicio, para mejorar el correcto llenado de la historia clínica, según normativa vigente.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	30/05/2024
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de atención.	La jefa de enfermería del Servicio coordinará con la jefa del Departamento para la revisión del Formato de Consentimiento Informado de Docencia.	Lc. Amparo Zagarra Sarca	30/05/2024
	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	La Jefa del Departamento de Enfermería realizará la socialización y/o implementación del Protocolo de la Identificación correcta del paciente.	Lc. Balda Calderón Castillo	15/07/2024
			El jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología continuará con acciones orientadas a la Mejora de la Autonomía de Higiene de Manos en áreas críticas de la IPRESS.	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	30/05/2024

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Virca
CAP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO



L.C. JAMES D. SOTO RODRIGUEZ OVALLE
COORDINADOR DE RIESGO
EN LA ATENCION DEL PACIENTE

HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO
MEDICO DE CENTRO DE LUCHA
CONTAGIOSA

Walter Santa Cruz Cárdenas
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
RPSAO 225 - COP 110023

SECRETARIA GENERAL
M.C. JESSICA ROSALES
SECRETARIA

M.C. JESSICA ROSALES
SECRETARIA

SECRETARIA GENERAL
M.C. JESSICA ROSALES
SECRETARIA

M.C. JESSICA ROSALES
SECRETARIA



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		AÑO:		2024	
FECHA APLICACIÓN:		12/09/2024		(DOMINICANA)	
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:		Jessica Miryam Rodríguez Ojeda			
RESP. DE LA UPS:		Dr. Jorge Enrique Sotomayor Peralta			
RESP. OFICINA DE CALIDAD:		C.D. Walter Saúl Cruz Céspedes			
OTROS RESPONSABLES:		Lic. Angura Zapata Bertha			

FECHA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INELEGIBLO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
12/09/2024	<p><i>[Signature]</i></p> <p>COP 6433</p> <p>JEFA DE OBSTETRICA</p> <p>H C M J</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>D.F. YHON DINO MACHUCA QUISEP</p> <p>C.O.P. P. 15218</p> <p>JEFATURA DEL DPTO. DE FARMACIA</p> <p>HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>D. Enrique Sotomayor Peralta</p> <p>M.D. (C) C.R.M. 02770</p> <p>IMP. (en) 2017 INT. (en) 2017</p> <p>H.C. (en) (en) (en)</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>D. Amparo Zegarra S.</p> <p>ENFERMERA C.E.P. 16446</p> <p>ESPEC. CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>RNE 7280</p> <p>Ent. JEFA DE UCI</p>	

ANEXO N° 7

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

FICHA DE MONITOREO

CARLOS SIBULE INDRAND CENTRO QUIRURGICO	TRIMESTRE: FECHA APLICACION:	1 TRIMESTRE 2024	2024
RESPONSABLE E IMPRES: ADMINISTRADOR:	RESP. PROCESOS LOGIC: RESP. DE LA UPAU:	Jessica Wilson Rodriguez Oviedo M.C. Luis A. Wismán Tizala	(PROFESIONARIA)
TORONADO EMPLEADO:	RESP. OFICINA DE CALIDAD: OTROS RESPONSABLES:	C.D. Walter Santa Cruz Chiribana Lic. Gloria E. Chona Banaani	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 83%

ID	BUENAS PRÁCTICAS	MONITOREO ESENCIAL	ACCIONES DE SEGURIDAD / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (RONDAS)	PLAZO (SEMÁFORO)	MONITOREO (SEMÁFORO)	IMPLEMENTACIÓN
1	FUNCIONAMIENTO Y RESERVA DE EQUIPOS	Verificación de que los UTRO, cables, etc. estén en buen estado de funcionamiento y que los equipos estén correctamente etiquetados.	OK (20/01/2024)	Dr. Luis Rivas Tizala	20/01/2024	20/01/2024	83
2	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES	Verificar de que se haya cumplido con el Plan de Seguridad de Medicamentos Reportados de todos los equipos.	OK (20/01/2024)	Dr. Luis Rivas Tizala	20/01/2024	20/01/2024	83
3	PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE LA RED DE PACIENTES	Verificar que los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos estén actualizados y que se cumpla con los estándares de calidad.	OK (20/01/2024)	C.D. Walter Santa Cruz Chiribana	20/01/2024	20/01/2024	83
4	PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE LA RED DE PACIENTES	Verificar que los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos estén actualizados y que se cumpla con los estándares de calidad.	OK (20/01/2024)	C.D. Walter Santa Cruz Chiribana	20/01/2024	20/01/2024	83
5	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTAMINACIÓN DE LA RED DE PACIENTES	Verificar que los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos estén actualizados y que se cumpla con los estándares de calidad.	OK (20/01/2024)	C.D. Walter Santa Cruz Chiribana	20/01/2024	20/01/2024	83
6	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTAMINACIÓN DE LA RED DE PACIENTES	Verificar que los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos estén actualizados y que se cumpla con los estándares de calidad.	OK (20/01/2024)	C.D. Walter Santa Cruz Chiribana	20/01/2024	20/01/2024	83



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

FICHA DE MONITOREO

CARLOS RONALD BEDRANO	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	AÑO:	2024
EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	14/07/2023	(DD/MM/AAAA)	
RESPONSABLE PROCESO:	RESP. JURISDICCIONAL:	Josua Sotomayor Rodríguez Ovallet		
ADMINISTRACIÓN:	RESP. DE LA UPEB:	Dr. Abraham Lury Sotomayor Torres		
TOUR/ENCARGO EMERGENCIA:	RESP. OFIC. AMBIENTE CALIDAD:	C.S. Walter Santa Cruz Caballero		
	OTROS RESPONSABLES:	Dr. Japierre Héber Ochoa		

77%
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

ÁREA	MEJORES PRÁCTICAS	IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÁRGO)	PLAZO (SEMÁFORO)	MONITOREO (SEMÁFORO)	IMPLEMENTACIÓN
ISTORIA CLÍNICA	Región de la Práctica (alguna opción, así como, estos, de los cuales, estado de salud)	Región de la Práctica (alguna opción, así como, estos, de los cuales, estado de salud)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Abraham Lury Sotomayor Torres	14/07/2024	14/07/2024	77%
ISTORIA CLÍNICA	Región de la Práctica (alguna opción, así como, estos, de los cuales, estado de salud)	Región de la Práctica (alguna opción, así como, estos, de los cuales, estado de salud)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Abraham Lury Sotomayor Torres	14/07/2024	14/07/2024	77%
ASIGNACIÓN DE LA TUBA DE PACIENTES	Múltiples cambios, los procedimientos de los pacientes y los datos para poder el que involucrado de estado de salud	Múltiples cambios, los procedimientos de los pacientes y los datos para poder el que involucrado de estado de salud	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	C.S. Walter Santa Cruz Caballero	21/07/2023	14/07/2024	77%
MEJORA DE SERVICIOS	Completitud de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Completitud de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Abraham Lury Sotomayor Torres	14/07/2024	14/07/2024	77%
FUNCIONAMIENTO Y TRABAJO DE EQUIPOS	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	C.S. Walter Santa Cruz Caballero	21/07/2023	14/07/2024	77%
INFORMACIÓN Y SERVICIO DEL PACIENTE	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Abraham Lury Sotomayor Torres	14/07/2024	14/07/2024	77%
SEGURIDAD DE LA UPEB	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Japierre Héber Ochoa	21/07/2023	14/07/2024	77%
SEGURIDAD CLÍNICA	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	C.S. Walter Santa Cruz Caballero	21/07/2023	14/07/2024	77%
SEGURIDAD LEGAL	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Japierre Héber Ochoa	21/07/2023	14/07/2024	77%
PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DEL RIESGO DE LA UPEB POR PREVENCIÓN	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	Múltiples de los 28 puntos de la distribución de riesgo (riesgo y riesgo)	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	Dr. Japierre Héber Ochoa	21/07/2023	14/07/2024	77%

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

FICHA DE MONITOREO

TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	14/02/2024 (DOMINGOS)		
RESPONSABLE E IPRES:	Jenny Wilson Rodríguez Oviedo		
ADMISTRACIÓN:	Dr. Almirante Lenny Simancas Torres		
TOBERNADO ENTRENAMIENTO:	C.B. Walter Santa Cruz Calabrera		
	Liliana Rodríguez Millán Oviedo		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

77%

ACTIVIDAD	VERIFICADOR INCIDENCIA	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	RESPONSABLE INCIDENCIA	PLAZO (MESES)	MONITOREO (MANTENIMIENTO)	IMPLEMENTACIÓN
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y SEVERIDAD	El número de incidentes reportados en las rondas de seguridad del paciente en el primer trimestre de 2024, en comparación con el primer trimestre de 2023, se redujo.	Se pide de Seguimiento del Incidente con el fin de evaluar el cumplimiento del Protocolo de Atención al paciente al momento del ingreso y egreso.	Dr. Almirante Lenny Simancas Torres	1 mes	14/02/2024	77%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Completar el 100% de las rondas de seguridad del paciente en el primer trimestre de 2024.	Se pide de Seguimiento del Incidente con el fin de evaluar el cumplimiento del Protocolo de Atención al paciente al momento del ingreso y egreso.	C.B. Walter Santa Cruz Calabrera	1 mes	14/02/2024	77%

La oficina de Gestión de la Calidad continuará con el seguimiento para evaluar la efectividad de las acciones de mejora en el primer trimestre de 2024.

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

FICHA DE MONITOREO

RESPONSABLE E PRESIDENTE DE LA COMISIÓN:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	FECHA DE LA UNIDAD:	FECHA DE LA UNIDAD:	FECHA DE LA UNIDAD:
Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	15/03/2024	15/03/2024	15/03/2024
RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:
Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros
OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:
Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros	Dr. Carlos Ballesteros

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

75%

AD	DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD	INDICADOR DE RIESGO	ACCIÓN DE MEJORA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
1	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Dr. Carlos Ballesteros	15/03/2024	15/03/2024	75%
2	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Dr. Carlos Ballesteros	15/03/2024	15/03/2024	75%
3	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Dr. Carlos Ballesteros	15/03/2024	15/03/2024	75%
4	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Se debe asegurar que el paciente sea trasladado en el momento adecuado y con el personal adecuado.	Dr. Carlos Ballesteros	15/03/2024	15/03/2024	75%





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

FIGHA DE MONITOREO

COORDINADOR GENERAL	CARLOS MORUE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
COORDINADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE	CARDOSO BERNARDO	FECHA APLICACIÓN:	2024/05/24		
COORDINADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE	M.C. José W. Barrios Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Jenny Miriam Rodríguez Oviedo		
COORDINADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE	Abg. Jimmy F. Rodríguez Torres	RESP. DE LA UPMI:	Dra. Silvia Argente Chaux		
COORDINADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE	Lic. Soledad Cárdenas Cavallari	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Sando Cruz Galbarrán		
		OTROS RESPONSABLES:	L.C. Nayeli Valdez Pacheco		

BIENES PRÁCTICOS	VERIFICACIONES - REQUERIDO		PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		RESPONSABLE (PERSONA)	FLUJO (Observación)	MONITOREO (Observación)	IMPLEMENTACIÓN
	VERIFICACIONES	REQUERIDO	80%	100%				
PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Dr. José Manuel Díaz	31/05/2024	31/05/2024	100%
REVISIÓN DE LA CARGA	Se realiza la revisión de la carga de trabajo	acciones de mejora correctivas	Se realiza la revisión de la carga de trabajo	Se realiza la revisión de la carga de trabajo	Dr. César Acosta Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
DEFINICIÓN DE LA CARGA DE PACIENTES	Se realiza la definición de la carga de trabajo	acciones de mejora correctivas	Se realiza la definición de la carga de trabajo	Se realiza la definición de la carga de trabajo	Dr. José Manuel Díaz	31/05/2024	31/05/2024	100%
PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES Y CONDICIÓN ANIMAL	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	C.D. Walter Sando Cruz Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Dr. José Manuel Díaz	31/05/2024	31/05/2024	100%
ACCIONES DE RIESGOS	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	L.C. Nayeli Valdez Díaz	31/05/2024	31/05/2024	100%
INDICADORES DE RIESGOS	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	L.C. Nayeli Valdez Cruz Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
REVISIÓN DE RIESGOS	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	C.D. Walter Sando Cruz Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
MONITOREO DE RIESGOS	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	C.D. Walter Sando Cruz Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
IMPLEMENTACIÓN	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Dr. Nayeli Argente Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%
CONCLUSIONES	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	acciones de mejora correctivas	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Se cumple con la lista de verificación y se realiza el registro de la actividad de la UPMI	Dr. Walter Sando Cruz Chaux	31/05/2024	31/05/2024	100%





FICHA DE MONITOREO

CARLOS SOMJE RODRÍGUEZ HOSPITALIZACIÓN		II TRIMESTRE		AÑO: 2019		BIM (PROMEDIO)	
FECHA APLICACIÓN: RESP. EPIDEMIOLOGÍA: RESP. DE LA UPMI: RESP. OPIC UNIDAD CALIDAD: OTROS RESPONSABLES:		Jesús Melián Rodríguez Ordoñez Dr. Estayr Zúñiga Chambi Chiquena C.D. Walter Sando Cruz Calderón Lic. Mariela H. Pomarino Bernal					

72%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	VERIFICADOR INDIVIDUO	ACCIONES DE REAJER Y CORRECCIONES	RESPONSABLE (CURSO)	PLAZO (FECHAS)	MONITOREO (FECHAS)	IMPLEMENTACIÓN
PROCESOS Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPMI cumple con el Plan de Acción de Implementación Plurianivel de todos los equipos médicos (comensal los equipos), así como la implementación de los equipos nuevos.		Dr. Estayr Chambi Ordoñez		Indefinido	100%
PROCESOS Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPMI cumple con el Plan de Acción de Implementación Plurianivel de todos los equipos médicos (comensal los equipos).		Dr. Estayr Chambi Ordoñez		Indefinido	100%
SEGURIDAD EN LA UPMI	Revisión y validación de formularios de eventos de seguridad y/o incidentes.		Lic. María Calderón Castro	15/01/2019	15/01/2019	100%
PREVENCIÓN DE LAS FUERZAS DE INCIDENTES	Validación de los procedimientos de los pacientes y los roles para cada el uso de los equipos de diagnóstico por imagen.		C.D. Walter Sando Cruz Calderón	15/01/2019	15/01/2019	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de que el paciente es el correcto y se encuentra en el momento de la prueba.		Lic. María Calderón Castro	15/01/2019	15/01/2019	100%
REVISIÓN DE UPMI	Revisión de los procesos de la UPMI para asegurar la correcta implementación de los procedimientos.		Lic. María Calderón Castro	15/01/2019	15/01/2019	100%
PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE LAS UPMI POR FUEBRO	Revisión de los procesos de la UPMI para asegurar la correcta implementación de los procedimientos.		Lic. María Calderón Castro	15/01/2019	15/01/2019	100%
PREVENCIÓN DEL RIESGO DE LESIONES	Revisión de los procesos de la UPMI para asegurar la correcta implementación de los procedimientos.		Lic. María Calderón Castro	15/01/2019	15/01/2019	100%
REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de los casos de diagnóstico por imagen para asegurar la correcta implementación de los procedimientos.		Dr. Estayr Chambi Ordoñez	15/01/2019	15/01/2019	100%
REVISIÓN DE RIESGO	Revisión de los casos de diagnóstico por imagen para asegurar la correcta implementación de los procedimientos.		C.D. Walter Sando Cruz Calderón	15/01/2019	15/01/2019	100%

