



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE MANEJO INTEGRADO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

CARGO

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

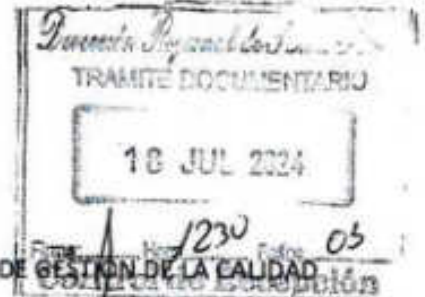
OFICIO N° 001888 -2024-D-HR "MNB" PUNO

Puno, 17 de julio del 2024.

SEÑOR:

M.C. Edwin Wilbert Corrales Mejía
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Presente.-



ATENCION: DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO: INFORME I SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD 2024 – COMPROMISO DE MEJORA DEL D.S. 036-2023-SA.

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez remitirle el Informe del I Semestre de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud 2024, en cumplimiento del Compromiso de Mejora del Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente, cuyo criterio 2.1 Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente establece que el Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral 2024-I, por tanto, mediante la presente se da cumplimiento al criterio 2 y 2.1 bajo las siguientes especificaciones del Decreto Supremo:

- Anexo 3 Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo.
- Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por los jefes de los servicios visitados y el equipo de rondas.
- Anexo 7 Matriz de monitoreo que muestra la implementación de más del 70% de las acciones correctivas que incluyen la ejecución de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS.

Estando en el plazo establecido por el MINSA (31 de julio) exhorto se de cumplimiento al D.S. 036-2024-SA que indica que la DIRESA debe remitir el informe semestral 2024-I mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud dentro del plazo establecido.

Reiterándole mi consideración y estima personal.



[Signature]
DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO



INFORME SEMESTRAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A : DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO
DE : JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

I. **Antecedentes:**

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

- ❖ Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- ❖ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ❖ Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.
- ❖ Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- ❖ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- ❖ 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.
- ❖ Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria 92-MINSA/2020/DGAIN, Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo de Atención de Salud.

Datos Generales:

1.1 Institucional, departamento y servicio

- ❖ IPRESS : Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
- ❖ Departamento/Servicios : UPSS Neonatología
UPSS Centro Quirúrgico
UPSS Emergencia
UPSS Unidad de Cuidados Intensivos
UPSS Farmacia
UPSS Patología Clínica



1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo

DIRECTOR

ADMINISTRADOR

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGOS

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y TERAPIA INTENSIVA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA
PATOLOGIA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON

TITULAR DE LA IPRESS: M.C. JEAN PAUL VALENCIA REYNOSO

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	29/01/2024	11:00
RONDA 2:		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	08/05/2024	11:00
RONDA 2:		

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	11/09/2024	11:00
RONDA 2:		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	07/02/2024	11:00
RONDA 2:		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	12/06/2024	11:00
RONDA 2:		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	09/10/2024	11:00
RONDA 2:		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	06/03/2024	11:00
RONDA 2:		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	10/07/2024	11:00
RONDA 2:		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	06/11/2024	11:00
RONDA 2:		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	10/04/2024	11:00
RONDA 2:		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	07/08/2024	11:00
RONDA 2:		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	04/12/2024	11:00
RONDA 2:		

[Signature]
 JEAN PAUL VALENCIA REYNOSO
 TITULAR DE LA IPRESS
 HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

[Signature]
 OF. DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS
 CEA 18-76
 OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS

[Signature]
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA





II. Análisis:

2.1. Resultados

2.1.1. 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 (*Escala referencial)
29/01/2024	NEONATOLOGÍA	94%	RIESGO MODERADO
07/02/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	76%	RIESGO IMPORTANTE
06/03/2024	EMERGENCIA	70%	RIESGO IMPORTANTE
10/04/2024	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	77%	RIESGO IMPORTANTE
08/05/2024	FARMACIA	75%	RIESGO IMPORTANTE
12/06/2024	PATOLOGÍA CLÍNICA	82%	RIESGO MODERADO
I SEMESTRE	PROMEDIO	79%	

* 50% a 65% riesgo intolerable, 66% a 80% riesgo importante, 81% a 94% riesgo moderado, 95% a 96% riesgo bajo, 97% a 99% riesgo muy bajo

En la tabla anterior se puede evidenciar que la UPSs Neonatología mantiene un nivel de riesgo moderado con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas en la Ronda de Seguridad siendo el servicio más seguro del I semestre 2024; mientras que la UPSs Emergencia presenta un 70% de cumplimiento de buenas prácticas constituyendo un riesgo importante.

2.1.2. Porcentaje de Cumplimiento por buenas prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

BUENAS PRÁCTICAS	UPS						% CUMPLIMIENTO
	NEONATOLOGÍA	CENTRO QUIRÚRGICO	EMERGENCIA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	FARMACIA	PATOLOGÍA CLÍNICA	
Registro de Historia Clínica	96%	88%	95%	95%	91%	86%	92%
Seguridad en la UPSS	85%	100%	69%	92%	100%	100%	91%
Identificación Correcta	100%	80%	57%	86%	100%	100%	87%
Prevención de fuga	100%	100%	83%	83%			92%
Seguridad en la medicación	100%	88%	80%	75%	75%	100%	86%
Prevención de caídas	100%	33%	64%	78%			69%
Seguridad sexual			60%		100%		80%
Prevención de UPP			67%	44%			56%



Prevención de suicidio			100%	100%			100%
Comunicación efectiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Higiene de manos	75%	43%	13%	100%	71%	57%	60%
Bioseguridad	88%	50%	63%	14%	0%	17%	39%
Funcionamiento de Equipos	100%	80%	60%	60%	40%	100%	73%
Cumplimiento Total	94%	76%	70%	77%	75%	82%	

En la tabla se puede evidenciar que la Buena Práctica con mayor porcentaje de cumplimiento es Prevención de suicidios y comunicación efectiva con un 100% de verificadores conformes, sin embargo el nivel de cumplimiento más bajo se dio en la buena Práctica referente a la seguridad sexual con un 39% de verificadores cumplidos en las UPSs con criterios aplicables.

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

NEONATOLOGÍA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	35	Reunión de sensibilización a todo el personal médico de Neonatología; para que, a partir de la fecha acompañe inexcusablemente el CIE X junto al diagnóstico de ingreso, hospitalización y al alta del recién nacido. Seguimiento inopinado del registro del CIE X y diagnóstico refrendados en Historia clínica del RN.	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	28	Reestablecer el registro de incidentes en Libro de Eventos Adversos y Seguridad del Paciente; seguimiento de registros en el libro e historia clínica. Análisis bimensual de eventos presentados y su corrección.	SI
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	Cumplimiento de las gulas clínicas que existen en el Servicio de Neonatología (canalización de vías periféricas, centrales y de procedimientos especiales que se realizan en el Recién Nacido hospitalizado; y evitar Infecciones Intrahospitalarias. Seguimiento de cumplimiento en servicio.	SI
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	21	Colocación de mensajes y dibujos que promuevan la adherencia del lavado de manos, en áreas estratégicas del Servicio de Neonatología (Hospitalización, alojamiento conjunto y Recepción de Recién Nacidos).	SI



Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	20	Elaborar nuevo formato de Consentimiento informado del RN; oficiar a Dirección HRMNB para reproducción de nuevo formato. Adjuntar a la Historia Clínica nuevo formato; y, recabar consentimiento para realizar Tratamiento, Procedimientos y recabar autorización de los padres / tutores para docencia.	SI
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.	14	Reunión de sensibilización y taller de actualización de lavado de manos a todos los agentes de salud en contacto a los recién nacidos en el Servicio de Neonatología. Seguimiento inopinado de la práctica de lavado de manos, según las normas de los 11 pasos y 5 momentos de lavado de manos.	SI

En el cuadro anterior se puede evidenciar que la UPS Neonatología ha implementado el 100 % de las acciones de mejora propuestas.

CENTRO QUIRURGICO			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	35	Si se cumplen las medidas de aislamiento, puesto que en el servicio se tiene una sala exclusiva para contaminados	NO APLICA
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	50	Solicitar al Departamento de Farmacia la implementación del coche de paro	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	50	Solicitar a la Oficina de Epidemiología la capacitación sobre los 8 pasos de desinfección de manos	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	50	Solicitar a la Oficina de Epidemiología la capacitación de los 11 pasos del lavado de manos	SI
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.	50	Solicitar la elaboración del plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	50	Solicitar a la oficina de epidemiología la capacitación sobre la disposición de residuos sólidos	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	50	Solicitar a la Oficina de Epidemiología la capacitación sobre zonas rígidas en la UPS	SI
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.	50	Solicitar a la oficina de epidemiología la capacitación para el cumplimiento de más del 80% de higiene de manos en la práctica asistencial	SI
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	50	Solicitar a la oficina de epidemiología la capacitación para implementar el uso de CARE BUNDLE para la prevención de IAAS.	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de	20	Elaborar el protocolo de sujeción mecánica	SI



sujeción mecánica.			
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	16	Emitir memorándum para instar a los profesionales a codificar los diagnósticos con CIE10	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	16	No existe riesgo de caídas en el servicio puesto que el paciente siempre esta supervisado por un profesional	NO APLICA
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	12	Elaborar el protocolo de sujeción mecánica donde se establezca los sistemas de registro	NO
Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	6	Emitir memorándum para instar a los profesionales a realizar el registro completo del examen físico.	SI
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	1	Solicitar la provisión de mensajes y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos en sitios estratégicos.	SI

En el presente cuadro se puede apreciar que la UPS Centro Quirúrgico ha implementado el 92 % de las acciones de mejora propuestas.

EMERGENCIA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	28	se planteara a administración para la colocación de timbres en el servicio de emergencia	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	16	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	12	medidas basadas en evidencia para el correcto manejo de los pacientes hospitalizados en dicho servicio	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	medidas basadas en evidencia para el correcto manejo de los pacientes hospitalizados en dicho servicio	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	16	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	16	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	28	se presentara a cada grupo de rote disponibilidad de agua y jabón	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	28	se presentara a cada grupo de rote de enfermería disponibilidad de papel toalla	SI



Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	16	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	50	Realizar cursos prácticos del correcto lavado de manos	SI
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.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	NO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
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.	28	Solicitar al área de mantenimiento la elaboración y ejecución del plan de mantenimiento de cada uno de los equipos biomédicos	NO
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	12	Solicitar la compra de brazaletes de identificación	NO
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	16	Programar en la agenda de reuniones mensuales el análisis de incidentes y eventos adversos	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	28	se planteara colocación de brazalete en la mano de los pacientes desde el momento, bajo documentación	NO
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	16	Solicitar la dotación de ropa de hospital para los pacientes que no cuenten con pijama fácilmente identificable	NO
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	28	se empezara a rotulación de cada uno de los medicamentos más nocivos y menos usados	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	28	Solicitar la provisión de dispensadores con preparados de base alcohólica	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	50	Realizar cursos prácticos del correcto lavado de manos	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	16	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar al área de mantenimiento la elaboración y ejecución del plan de mantenimiento de cada uno de los equipos biomédicos	NO
Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	28	Revisión continua de un porcentaje de historias clínicas	SI
Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	16	Elaborar paneles de información acerca del uso de baños, lavaderos entre otros	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	28	Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	NO



Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	20	Implementar el formato de consentimiento informado para actividades de docencia y norma su uso en la práctica clínica	SI
---	----	---	----

En el cuadro se muestra que la UPS Emergencia ha implementado el 71% de las acciones de mejora propuestas.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	40	Coordinación con Jefatura de Farmacia del Hospital para realizar requerimiento y provisión de los medicamentos e insumos necesarios para el Coche de paro	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	35	Elaboración de la Guía de Atención para la prevención y control de úlceras por presión	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	30	Optimizar la señalización de las áreas rígidas y semirrígidas de la UPSS UCI	SI
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	28	Gestión ante Dirección de hospital para generar ambiente de aislados en la UCI	NO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	Implementación del "Care Bundle" para prevención de las IAAS	SI
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Optimizar la señalización de las áreas rígidas y semirrígidas de la UPSS UCI	NO
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	28	Implementación de bolsa amarilla para eliminación de residuos especiales. Gestión para la implementación de insumos necesarios para la eliminación de los residuos sólidos. Se gestionara ante la institución.	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	50	Requerimiento ante la Institución para que el área de Mantenimiento del HRMNB elabore nuestro plan anual de mantenimiento	NO
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.	50	Requerimiento ante la Institución para que el área de Mantenimiento del HRMNB elabore nuestro plan anual de mantenimiento y se pueda realizar posteriores verificaciones.	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	16	Implementación del registro de codificación CIE 10	SI
Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	12	Implementar registro de entrega del informe médico de los pacientes	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	12	Implementación del Consentimiento informado para actividades de docencia	SI



Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	12	Implementar sistema de registro de pacientes con sujeción mecánica	SI
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	28	Gestión para que la institución nos provea de las cajas adecuadas para dicha eliminación	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	6	Elaboración del Protocolo de Prevención de caídas de pacientes y contención Mecánica	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	6	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de las úlceras por Presión.	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	4	Implementación de un registro de medicamentos controlados	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	4	Implementación de Protocolo ante fuga de paciente	SI
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	2	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de las úlceras por Presión.	SI
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	2	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de las úlceras por Presión.	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	1	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de las úlceras por Presión.	SI

En el cuadro se muestra que la UPS Unidad de Cuidados Intensivos ha implementado el 76% de las acciones de mejora propuestas.

FARMACIA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	30	Realizar capacitación para el manejo de los 5 correctos para la administración del medicamento.	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	30	Realizar capacitación para el manejo de los 8 pasos de la desinfección de manos	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	28	Realizar capacitación para el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos.	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	28	Realizar capacitación para el manejo de residuos según normas	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	50	Elaborar un plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos existentes.	NO
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.	50	Elaborar un plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos existentes.	NO



Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	50	Solicitar el mantenimiento y reparación de equipos biomédicos inoperativos	SI
Historia clínica ordenada y limpia.	3	Realizar capacitación para el manejo de la historia clínica ordenada y limpia.	NO APLICA

En el cuadro precedente se puede apreciar que la UPS Farmacia ha implementado el 71% de las acciones de mejora propuestas.

PATOLOGÍA CLÍNICA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	28	Se sensibiliza, demuestra y entrena en los 11 pasos de lavado de manos al personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón".	SI
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	Se cuenta con un flujograma de desecho de residuos sólidos, para aplicar el "Care Bundle".	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	28	Se ofició al director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Dr. Jean Paul Valencia Reinoso	SI
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	28	Se cuenta con equipos de Protección Personal (EPPs) y se tiene registro de "Lista de Chequeo de Uso de EPPs del personal del servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón", supervisado por personal profesional.	SI
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Se cuenta con afiches de Bioseguridad y Zona Restringida, implementado por el Instituto Nacional de Salud.	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Se cuenta con afiches de Bioseguridad y Zona Restringida, implementado por el Instituto Nacional de Salud.	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	16	Se sensibiliza, demuestra y entrena en los 08 pasos de la desinfección de manos al personal del servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón"	SI
La letra de la Historia Clínica es legible	16	Se ofició al Jefe del Cuerpo médico del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Dr. Grover Calderón Mamani	SI
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.	8	Práctica, entrenamiento en los 05 momentos de la higiene de manos a todo el personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón".	SI

En el cuadro se muestra que la UPS Patología Clínica ha implementado el 100 % de las acciones de mejora propuestas.



2.1.4. Información del análisis de indicadores

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2022			
					I TRIM		II TRIM	
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO	Trimestral	3	100%	3	100%
					3		3	
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	Trimestral	237	82%	149	80%
					289		187	
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	40	95%	30	81%
					50		37	

En el cuadro anterior se muestran tres indicadores:

- ❖ El indicador 1: Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS ha tenido un cumplimiento del 100% en el primer y segundo trimestre.
- ❖ El indicador 2: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS ha tenido un resultado del 82% en el primer trimestre y en el segundo trimestre 80%.
- ❖ El indicador 3: Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la IPRESS ha tenido una ejecución del 95% en el primer trimestre y en el segundo trimestre 81%.

III. Conclusiones

Se concluye que se las Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud ejecutadas en el primer semestre del 2024 han contribuido a disminuir el riesgo de las prestaciones efectuadas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

IV. Recomendaciones

Se recomienda a la DIRESA Puno, MINSA y Seguro Integral de Salud articular políticas de salud para asegurar la sostenibilidad presupuestal de las acciones de mejora que demandan la implementación de verificadores.

V. Anexos




M. C. *[Nombre]* *[Apellido]*
DIRECTOR GENERAL DE LA UNIDAD EJECUTIVA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
C.M.P. 29018

ANEXO 3

RESULTADOS DE EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PIESE:	MARCEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSI:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	29/01/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE PISE:	JUAN PAUL VALENCIA REBORDO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LID FIDELA CAHUANA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ABOG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSI:	M.C. OLIVER CHEVARINA CCACALLAGA		
RESP. DPTO.SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. GUADALUPE SERRUTO COLOQUE	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	M.C. MARICELA PIZARRO OPE		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSI	85%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSSEGURIDAD	80%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	94%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

94%


 DR. MARCELO G. HENAREZ
 CMR 50801-RNE 47082
 DIRECTOR
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



 HUMBERTO VERA VERA
 ABOGADO EN ADMINISTRACION
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
 CAP 113


 Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 RNE. 13242 CMP 24726


 DR. JUAN PAUL VALENCIA REBORDO
 CMR 50801-RNE 47082
 DIRECTOR
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



 Dr. Ines Ramos Tello
 MEDICO ESPECIALISTA
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 CMP. 22026 RNE. 12983
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

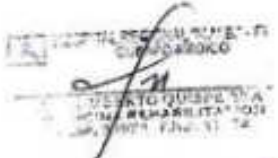

 Dr. Ricardo Al Laza Peña
 MEDICINA INTENSIVA
 CMR N° 21020 RNE 18482
 JEFE DEL DPTO. INTENSIVARIA Y UCC
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

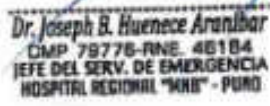


 DR. FLORENCIA PONCE CORDERO
 CMR 1794 RNE 1794
 JEFE DEPARTAMENTO


 Pco. Armando Lajo Soto
 MEDICO ESPECIALISTA
 PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
 CMP. 19865 RNE. 13738
 JEFE DEPARTAMENTO


 Dr. Robert L. McLeapaza Ramani
 CMP N° 24149 RNE N° 12967
 JEFE DPTO DE GINECO OBSTETRICA


 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 Dr. Joseph B. Huenece Aranibar
 CMP 79778-RNE. 46184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 T.S. Flora Ponce Cordero
 CASP. 1794
 H.R. "MNB" PUNO


 Lic. Ines R. Llanqui Condori
 CNP. 140B
 JEFE DEL DPTO. DE NUTRICION Y DIETETICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 JEFE DE PATOLOGIA CLINICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 Mg. MARIO D. ARELA MAMANI
 JEFE DEL SERV. DE PATOLOGIA CLINICA
 H.R. "M.N.B." - PUNO
 CNP. 2292



 JEFE DE DPTO. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 Dra. Nayla Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA



PERU Ministerio de Salud

INstituto Nacional de Salud
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Jacee
Jefe de Servicio de Neonatología y P
COP: 29877 BNE 30842
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



Graver D. Caldeira
Jefe de Servicio de Neonatología y P
COP: 29877 BNE 30842
HOSP. REG. "MNB" - PUNO



Auxilia
Dr. Iván Sánchez Parra
JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB"

Dr. Juan Oliver Chénvarra C
COP. 29877 BNE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



Juli
M.C. Marcela R. Flores Que
JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
C. J.E.P. 2019

Edith
Edith Bailón Velasquez
OBSTETRA
COP: 12466



BOLETINARIO
1997 2007

Siempre con el pueblo


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

IPRESS:	MANUEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRURGICO	FECHA APLICACION:	07/02/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	JEAN PAUL VALENCIA REMORO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC FIDELA CAJAJANA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ABDG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. GROVER CALDERON MAMANI		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. GUADALUPE BERRUTO COLAR	RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FUGA	200%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	37%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	43%
SEGURIDAD	10%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO





HUMBERTO VERA VERA
 JEFE DE SERVICIO DE ADMINISTRACION
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" - PUNO
 CAP 413


Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 RNE 13242 CMP 24128



S. GUSTAVO CALERES MANRIQUE
 CMP. 42477 RNE: 30671
 JEFE Departamento Medicina
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" - PUNO


Lic. Edison PEREZ NINA
 BIÓLOGO
 CBP. 10645
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" PUNO


Fco. Armando Lajo Soto
 MÉDICO ESPECIALISTA
 PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
 CMP. 10965 RNE. 13738
 JEFE DEPARTAMENTO



Dr. Naya Partillo Cazorla
 CMP 70485 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" - PUNO


T.S. Flor Ponce Cordero
 CASP. 1794
 H.R. "MNE" PUNO


Lic. Inés R. Llanqui Condori
 CNP. 1408
 JEFE DEL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" - PUNO


Dr. Robert L. MOLLEAPAZA MAMANI
 CMP. N° 24149 RNE N° 12967
 JEFE DPTO DE GINECO OBSTETRICIA


Dr. Joseph B. Huenece Araníbar
 CMP 79776-RNE. 46184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNE" - PUNO


T.S. Flores B.


T.S. Rodríguez Soriano de Estigarribia


T.S. DE PATOLOGIA



PERU

Ministerio de Salud

Agencia Nacional de Promoción, Atención y Rehabilitación de la Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"


 HOSPITAL REGIONAL PUNO
 JEFATURA
 Dr. Iván Sánchez Parra
 EFATURA
 SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y CUIDADO
 HOSPITAL REGIONAL PUNO


 Dr. Dean Oliver CHEVARRIA C.
 CMP. 29677 RNE. 30842
 JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


 M.C. Marcela R. Pizarro Opa
 JEFE DE SERVICIO DE LA CLINICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
 C.M.F. 20010


 Edith Ballón Veasquez
 OBSTETRA
 COP: 12466



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


RESULTADOS DE EVALUACIÓN


IPRESS: MANUEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE: I TRIMESTRE	AÑO: 2024
UPSE: EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	06/03/2024 (06/03/2024)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: JEAN PAUL VALENCIA RESOSO	RESP. EPIDEMIOLOGIA: LIC. FIDELA CAMIANA SAGA	
RESP. DE ADMINISTRACION: ABOG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSE: M.C. KATIA CONDORINA PINO	
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA: LIC. GUADALUPE SERRUTO COLQUE	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: M.C. MARCELA PIZARRO OPE	
	OTROS RESPONSABLES:	


BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	88%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	87%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%
SEGURIDAD SEXUAL	60%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS IMV	57%
PREVENCIÓN DEL SUICIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	10%
BIOSSEGURIDAD	52%
FUNCIONAMIENTO Y MANDO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	70%

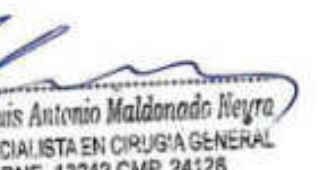
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO






 JEAN PAUL VALENCIA RESOSO
 CMI 50897 RNE 47083
 DIRECTOR
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



 HUMBERTO VERA VERA
 ABOGADO
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO
 CAP 112



 Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 RNE. 13242 CMP 24126



 Lic. Edison PEREZ NINA
 BIÓLOGO
 CBP. 10645
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO

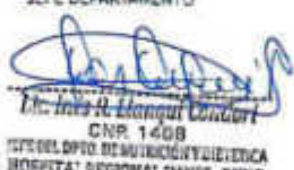

 Dr. Diana Ramos Ibelo
 MÉDICO PEDIÁTRICO
 CMP. 22054 RNE. 12993
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



 Lic. Edison PEREZ NINA
 BIÓLOGO
 CBP. 10645
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



 Dra. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO

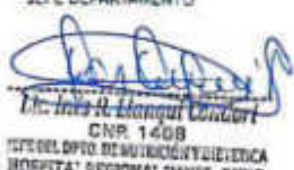

 Fco. Armando Lajo Soto
 MÉDICO ESPECIALISTA
 PEDIATRÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
 CMP. 19965 RNE. 13738
 JEFE DEPARTAMENTO



 Dra. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



 Dr. Joseph B. Huence Arambur
 CMP 79776 RNE. 46184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



 Dr. Robert L. MULLENPAZA MANGNI
 CMP. N° 24140 RNE N° 12907
 JEFE DPTO. DE GINECO OBSTETRICIA


 T.S. Flora Ponce Cordero
 CASP. 1794
 H.R. "MNS" PUNO


 Lic. Inés R. Manque Concourt
 CNP. 1408
 JEFE DEL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Dra. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Dra. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Dra. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



PERU

Ministerio de Salud

Centro de Medicina y Atención Prehospitalaria y Emergencias

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Dr. Juan Sánchez Parra
 JEFAURA
 CENTRO DE NEONATOLOGIA Y NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO


Edith Ballón Velásquez
 OBSTETRA
 COP: 12466


Dr. Dean Oliver CHEVARRÍA C.
 CMP. 29677 RNE. 30842
 JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



M.C. Silvia E. Pardo Esp.
 JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
 C.M.P.



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	MANUEL NUÑEZ BUITRON	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:	10/04/2024 (46/10/10/2024)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEAN PAUL VALENCIA ROSADO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. FEOLA CARRERA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ABOG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSE:	M.C. RENDO LOZA PEÑA		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. GUADALUPE BERRUTO COLQUE	RESP. ORGANIDAD CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	85%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	79%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	78%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAU/UP	44%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSSEGURIDAD	14%
FUNCIONAMIENTO Y MANDO DE EQUIPOS	50%
PROMEDIO	77%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



Dr. Luis Antonio Maldonado Navec
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
RNE. 13242 CMP 24123

Dr. Iván Sánchez Parra
JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGIA
RNE. 13242 CMP 24123

Dr. Edison PEREZ NINA
BIÓLOGO
CBP. 10545
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

Dr. Joseph B. Hueneca Aranibar
CMP 79778-RNE. 48184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

Dr. Naya Portillo Cazorla
CMP 70482 RNE. 41752
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

Fco. Armando Lajo Soto
MÉDICO: ESPECIALISTA
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
CMP. 19965 RNE. 13738
JEFE DEPARTAMENTO

Lic. Iris R. Llanqui Condori
CNR 140B
JEFE DEL DPTO. DEMONSTRACIÓN Y EDUCACIÓN
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

Lic. María E. Pizarro Mamani
RNE. 13967
RNE. MARIO D. ARPIA MAMANI

Dr. Juan Paul Valencia Rosado
DIRECTOR
RNE. 47083

HUMBERTO VERA VERA
ABOGADO
RNE. 13967

Dr. Gerardo Calderón Mamani
JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y CUB
RNE. 13967

GUSTAVO CABEREA A.
CMP. 42477 RNE
JEFE DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

Dr. T.S. Ponce Cordero
CASP. 1794
H.R. "MNB" PUNO

Lic. Piedad Cruz
RNE. 13967

Lic. María E. Pizarro Mamani
RNE. 13967



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS Y ALIMENTARIAS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Dr. Dejan Oliver Chaves
Dr. Dejan Oliver Chaves
C.R.P. 29677 R.N.E. 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNR" - PUNO



M.C. Mariela R. Pizarro
M.C. Mariela R. Pizarro
Especialista en Ginecología y Obstetricia
HOSPITAL REGIONAL "MNR" - PUNO
C. M. P. 20518

Edith Dalila Velasquez
Edith Dalila Velasquez
OBSTETRA
COP: 12466





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRES: MANUEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE: 3 TRIMESTRE	AÑO: 2014
UPSE: FARMACIA	FECHA APLICACION:	08/01/2014
TITULAR RESPONSABLE IPRES: M. C. JEAN PAUL VALENZUELA ROMERO	RESP. EPIDEMIOLOGIA: LIC. FIDELA CAHUANA BACA	
RESP. DE ADMINISTRACION: ABOG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSE: M.C. FREDY FRIANCHO MARTINEZ	
RESP. DPTO SERVICIO ENFERMERIA: LIC. GUADALUPE SEMUNTO COLQUE	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: M.C. MARICELA PIZARRO OPE	
	OTROS RESPONSABLES:	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	91%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSSEGURIDAD	0%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	75%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



Handwritten signatures and official stamps of various medical and administrative staff. The stamps include titles such as 'DIRECTOR', 'JEFE DE DEPARTAMENTO', 'JEFE DE SERVICIO', and 'JEFE DE UNIDAD'. Some stamps are circular, while others are rectangular. The signatures are in blue ink and are placed over or next to the stamps.



PERU

Ministerio
de Salud

Comité de C. Hospital de
Especialidades y Admisión
M.H. 1007

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"


Dr. Dean Oliver CHEVARRÍA C.
CMP: 29677 RNE: 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO




M.C. Anabela R. Pizarro Dye
SERVICIO REGIONAL DE LA CIUDAD
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
C.M.P. 20518


Edith Baillon Velasquez
OBSTETRA
COP: 12466



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	MANUEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACION:	12/04/2024	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEAN PAUL VALENZUELA REINOSO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. FARELA CARRERA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ABOG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. FRANCISCO LAJO SOTO		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. GUADALUPE SERRANO COLQUE	RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
		OTROS RESPONSABLES:	Dir. NARIO ARELA MAMANI		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	88%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	57%
BIOSEGURIDAD	17%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	82%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

82%

Dr. Juan Paul Valenzuela Reinoso
 CMP 50881-RNE 47082
 DIRECTOR
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Humberto Vera Vera
 ABOGADO
 CAP 113

Dr. Luis Antonio Maldonado Mejía
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
 RNE 15540 CMP 24110

Edison Perez Nina
 BIÓLOGO
 CSP. 10045
 HOSPITAL REGIONAL "MIB" PUNO

Dr. Naya Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE 41752
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIB" - PUNO

Dr. Joseph B. Hueneca Aranibar
 CMP 78778-RNE 48184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIB" - PUNO

Dr. Robert L. Molleapaza Mamani
 CMP. N° 24149 RNE N° 12967
 JEFE DPTO DE GINECO OBSTETRICIA

Fco. Armando Lajo Soto
 MEDICO ESPECIALISTA
 PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
 CMP. 19965 RNE. 13738
 JEFE DEPARTAMENTO

T.S. Flora Ponce Cordero
 CASP. 1794
 H.R. "MIB" PUNO

Dr. José R. Llanqui Condori
 CMP. 1403
 MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIB" - PUNO

Dr. María R. Lajo Peña
 MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
 RNE 15540 CMP 24110

Dr. Nario Arela Mamani
 DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
 HOSPITAL REGIONAL "MIB" PUNO
 CMP 2455 - CMP 1077

Dr. Iván Sánchez Parra
 JEFE DEL DPTO. DE NEUMATOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIB"


Dr. María R. Lajo Peña
 MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
 RNE 15540 CMP 24110



PERU Ministerio de Salud

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES Y PROMOCIONES EN SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"


Dr. Dean Oliver CHEVARRIA C.
C.M.P. 29677 R.N.E. 30042
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



M.C. Aracely R. Fierro Ope
ARJ. OBSTETRIA SECCION DE LA CATEDRA
NEONOL. HOSPITAL "MIR" - PUNO
C. M.P. 29677


Edith Bailón Velasquez
OBSTETRA
COP: 12466

ANEXO 6

PLANES DE ACCIÓN

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:	20/01/2024 (DOMINGO)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. FIDELA CHUJANA BACA		
RESP. DE LA UPES:	M.C. OLIVER CUEVARRA COACALLACA		
RESP. OFIC. AVIACIÓN CALIDAD:	M.C. MARICELA PIZARRO ORE		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZACIÓN PLAN DE ACCIÓN

IDR/OAO	BUEVAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
102	HISTORIA CLÍNICA	Figuras de los egresados con diagnóstico ICD 10 y ICD 9 de reintegro (prelíticas y definitivas)	Revisión de verificación a todo el personal médico de Neurología para que, a partir de la fecha correspondiente, se realice el seguimiento de los egresados de Neurología y se informe al personal médico de Neurología, según el formato del registro de "CE" y diagnóstico referencial en historia clínica del RN.	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Unidades de Hospitalización Agudos de Compuesto	31/01/2024
84	SEGURIDAD EN LA UPES	Análisis y plan de intervención para la reducción de los incidentes y eventos adversos.	Revisión de registros de incidentes en Libro de Eventos Adversos y Seguridad del Paciente reportados de registros de incidentes y eventos adversos. Análisis de causas raíz de los incidentes y eventos adversos.	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Unidades de Hospitalización Agudos de Compuesto	31/01/2024
84	SEGURIDAD	El servicio se implementará al ser de "Cero Suavidad" o Pasados de Servicio para la promoción de los IASG basados en evidencia científica.	Compartido de las guías clínicas que existen en el Servicio de Neurología (actualizadas de las previas), basadas en la evidencia científica y en las recomendaciones de los organismos de acreditación y estándares de calidad de los hospitales, según el formato de "CE" y diagnóstico referencial en historia clínica del RN.	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Unidades de Hospitalización Agudos de Compuesto	31/01/2024
83	MONITOREO DE RONDAS	Manuales y folios que promuevan la adherencia a la logística de rondas ubicadas en áreas estratégicas.	Colocación de manuales y folios que promuevan la adherencia del todo de rondas, en áreas estratégicas del Servicio de Neurología (Hospitalización, seguimiento urgente y Hospital de Día).	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Hospitalización y Agudos de Compuesto	31/01/2024
80	SEGURIDAD EN LA UPES	Utilización de formatos de consentimiento informado para actualizarse de rondas.	Elaborar nuevo formato de Consentimiento Informado del RCI, utilizar el formato actualizado para reproducción de rondas. Adaptar a la Historia Clínica nuevo formato de consentimiento informado para realizar el consentimiento informado y recibir autorización de los padres/tutores para el ingreso.	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Unidades de Hospitalización Agudos de Compuesto	31/01/2024
42	MONITOREO DE RONDAS	Presencia de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la logística de las rondas acorde a actividades esenciales de acuerdo con los datos reportados de la logística de rondas.	Revisión de estadísticas y logs de actualización de bases de datos de rondas a todos los agentes de salud en contacto con el servicio médico en el Servicio de Neurología. Seguimiento logístico de la gestión de rondas de rondas, según los formatos de "CE" y diagnóstico referencial en historia clínica del RN.	Jefes de Servicios de Neurología y Jefes de Unidades de Unidades de Hospitalización Agudos de Compuesto	31/01/2024

LIC. Jairo R. Manrique Comolli
 CNP 1408
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

Dr. Jairo Antonio Maldonado Neyve
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
 RNE 13242 CMP 24726

Dr. Joseph B. Huancza Arambur
 JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

LIC. FIDELA CHUJANA BACA
 JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

DR. MARIO B. ARELA MAMANI
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 H.R. "MIR" - PUÑO

DR. T.S. FERRER
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

DR. HUBERTO VELA YUSA
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

DR. ROBERTO L. MOLLEPANZA MAMANI
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 H.R. "MIR" - PUÑO

DR. F. ARMANDO LOJO SOTO
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

LIC. FIDELA CHUJANA BACA
 JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

DR. T.S. FERRER
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

DR. HUBERTO VELA YUSA
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO



PERU Ministerio de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Dr. Edison Pérez Nina
BIÓLOGO
COP 10545
TOL. REGIONAL "MIR" - PUNO



Dr. Edwin Torres
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



Dr. Edwin Torres
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Ricardo Loza Peña
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL DPTO. INTERNISTIA Y UCI
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Ricardo Loza Peña
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL DPTO. INTERNISTIA Y UCI
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Edith Bañón Velásquez
OBSTETRA
COP: 12466



Dr. Juan Oliver Cebayarra C
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



Dr. Juan Oliver Cebayarra C
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Juan Oliver Cebayarra C
C.M.P. 20677 RINE 30842
JEFE DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



Siempre con el pueblo

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
ESS:	MANUEL NUÑEZ BUTRON		
IS:	CENTRO QUIRÚRGICO		
AL RESPONSABLE PRESSE:	JEAN PAUL VALENCIA REINOSO		
PA. DE ADMINISTRACIÓN:	ABOG. HEMBERTO VERA VERA		
PA. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. GUADALUPE BERRUTO COLQUE		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. FRIECLA CAJALANA BACA		
RESP. DE LA UPE:	M.C. GROVER CALDERON MAMAN		
RESP. OFIC. AINDAQ CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTIVIDADES PROPUESTAS

INDICADOR	BUEVAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
78	ROBATORIO	Cumplimiento de los manuales de procedimientos	Se ha completado los manuales de procedimientos, previo a que se inicie una una encuesta para corroborar	No aplica	No aplica
80	SEGURIDAD EN LA SITUACIÓN	Cumplimiento de los 08 pasos de la distribución de insumos (pesos y tiempos)	Conducir a los equipos de enfermería para evaluar situaciones críticas según normativas vigentes	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	HEMISTE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos de la distribución de insumos (pesos y tiempos)	Conducir a la Oficina de Epidemiología la capacitación sobre los 4 pasos de distribución de insumos	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	HEMISTE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos de la distribución de insumos (pesos y tiempos)	Realizar a la Oficina de Epidemiología la capacitación de los 11 pasos del lavado de manos	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que los UPS cumplan con especificar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los cables), realizando la capacitación de los operadores técnicos	Realizar la capacitación del jefe de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	ROBATORIO	Disponibilidad de repuestos críticos de acuerdo a los normas	Realizar a la oficina de epidemiología la capacitación sobre la preparación de repuestos críticos	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	ROBATORIO	Se elabora e se cumplen los cursos rápidos y resguardos de la Unidad Productiva de Bomberos de Salud	Conducir a la Oficina de Epidemiología la capacitación sobre cursos rápidos en la UPE	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	PREVENCIÓN DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80% del registro de actividad de higiene de las manos durante su actividad profesional de acuerdo con los datos recolectados de la Vigencia de Insumos	Conducir a la oficina de epidemiología la capacitación para el cumplimiento de más del 80% de higiene de manos en la práctica profesional	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	ROBATORIO	El sistema de implementación del uso de "Cans Ruckle" o Paquetes de Insumos para la prevención de los CADE	Conducir a la oficina de epidemiología la capacitación para implementar el uso de CANS RUCKLE para la prevención de los CADE	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
80	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTINUACIÓN MECÁNICA	Protocolo que establece pautas objetivas, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la atención y supervisión de los diversos momentos de la gestión hospitalaria	Elaborar el protocolo de seguridad paciente	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024
82	HISTORIA CLÍNICA	Registros de las diagnósticos con notificación OCE-S e OCEI y de las intervenciones (procedimientos e actitudes)	Conducir a los profesionales para mejorar los profesionales e cumplir las disposiciones con CERIO	Jefe del Departamento de Anestesiología y Cuidado Perioperatorio	28/05/2024



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"


Dr. Edison Pérez Nina
BIÓLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. A. J. J. P. Peña
MEDICINA
DOMICILIO: C. 10110
CALLE 10110
CALLE 10110
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Constanza Calderín
BIÓLOGA
CALLE 10110
CALLE 10110
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Juan Sánchez Parra
FISIÓLOGO
CALLE 10110
CALLE 10110
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Deán Oliver Cárdenas
CMP 26877 RNE 30842
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Edith Bailón Velazquez
OBSTETRA
COIP: 12466


M.C. A. J. J. P. Peña
MEDICINA
CALLE 10110
CALLE 10110
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



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

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:		AÑO:		ZONA	
		I TRIMESTRE		AÑO:		(COORDINADORA)	
SE:	MANUEL MUÑOZ BUTRON	FECHA APLICADOR:		08/03/2024			
SI:	EMERGENCIA	RESP EPIDEMIOLOGIA:		LIC. FIDELA CARHUANA BACA			
LARRESPONSABLE E PRESI:	JUAN PAUL VALENCIA REBORGIO	RESP. DE LA UPRIS:		M.C. NATYA CONDORRENA PINO			
P. DE ADMISTRIMACION:	ABOG. HUBERTO VERA VERA	RESP OFIC AMONDO CALJANO:		M.C. MARICELA PIZARRO CIFE			
P. DIFTO SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. GUADALUPE BERRUTO COLQUE	OTROS RESPONSABLES:					

ACTIVIDAD PROGRAMADA

ORDEN	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
04	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el tratamiento antes de cualquier procedimiento.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	SEGURIDAD EN LA UPRIS	Tarjetas e stickers de farmacia se encuentran cerca del paciente y está operativa.	1. Se prioriza a administrativo para la colocación de tarjetas en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	SEGURIDAD EN LA UPRIS	Registros físico y digital de verificación de medicación se tiempo del personal atencional	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTROL DE MEDICACIÓN	Revisión de registros repetitivos de todo paciente con sujeción inelástica, al que se lea de mantener permanentemente la sonda y el borne de sujeción.	1. Mediciones basales en enfermos para el control tiempo de los pacientes hospitalizados en dicho servicio	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTROL DE MEDICACIÓN	Paciente que está recibiendo valoración algodon, indicaciones, medidas preventivas, procedimientos preventivos de la movilidad y seguridad de los brazos extremos de sujeción inelástica.	1. Mediciones basales en enfermos para el control tiempo de los pacientes hospitalizados en dicho servicio	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	SEGURIDAD SÉXUAL	Información dignifica y clara referente a las intervenciones previas de las agencias sexuales.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	SEGURIDAD SÉXUAL	El personal de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Previsión de la guía de soporte para la prevención y control de úlceras por presión.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN DE MAJORS	Disponibilidad de tratamiento con suministro de agua y jabón.	1. Se prioriza a sala grupo de alta disponibilidad de agua y jabón	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN DE MAJORS	Disponibilidad de papel toalla en todos los baños.	1. Se prioriza a sala grupo de alta de alta disponibilidad de papel toalla	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
04	PREVENCIÓN DE MAJORS	Disponibilidad del baño de lavado de manos en el área de emergencia	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024



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

PLAN DE ACCIÓN

ESS:	MARQUEZ BUENOS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	06/03/2024 (DOMINGO)				
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. FIEBEL CAHUANA BACA				
RESP. DE LA UPES:	M.C. KATIA CONDORINA PINO				
RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARICELA PUJARRO OPE				
OTROS RESPONSABLES:					

ACTIVIDADES

INDICADOR	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
54	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de las 11 partes del lavado de manos (agua y jabón).	1. Realizar nuevas prácticas del lavado de manos	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
54	ROSETEO DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del rosado de regular la higiene de las manos durante su actividad laboral de acuerdo con la check list de la higiene de manos.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
54	ROSCORONADO	Disponibilidad de rosquetes vitales en el servicio de emergencia.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
54	ROSCORONADO	El servicio de rosqueado al uso de "Cera Biondur" o Pequeño de Rosquetes para la prevención de las AHA (lavado en estacionamiento).	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
54	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPES cumple con el mantenimiento preventivo y correctivo de todos sus equipos (monitoreo, presión de neumáticos, estado de visualización de las respectivas luces).	1. Seleccionar el área de mantenimiento de emergencia y aplicar el plan de mantenimiento de cada uno de los equipos.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
53	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Realizar los procesos de identificación y sus datos registrados en cartillas y cartujos.	1. Realizar la compra de materiales de identificación.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
55	RESERVA EN LA MEDICACIÓN	Mantener en el servicio de emergencia un stock de medicamentos de emergencia / seguridad.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
55	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTINGENCIA MECÁNICA	Verificación del riesgo de caídas de todo paciente que es hospitalizado.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	SEGURIDAD EN LA UPES	Analizar y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	1. Programar en la agenda de reuniones mensuales el análisis de incidentes y eventos adversos	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de riesgo al costo del paciente antes de ser hospitalizado como en el estado actual.	1. Realizar la actualización de la información de los pacientes desde el momento de su ingreso, bajo supervisión	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Planear acciones para evitar la fuga de pacientes hospitalizados.	1. Seleccionar la agenda de riesgo de fuga para los pacientes que se encuentran con planes de alta coordinados	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024

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

PLAN DE ACCIÓN

ESSE	MAQUETACIÓN	TRIMESTRE:	AÑO:	2024
ESSE	MANUEL MUÑOZ BUTRÓN	FECHA APLICACIÓN:	06/03/2024	(DD/MM/AAAA)
SI	EMERGENCIA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. FEDELA CAHUANA BACA	
AL RESPONSABLE PRESI:	JUAN PAUL VALENCIA REINOSO	RESP. DE LA UHSE:	M.C. NATIA CONDORENA PINO	
P. DE ADMINISTRACIÓN:	AROLD HUMBERTO VERA VERA	RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARICELA PIEDRITO OPE	
P. DIFUSIVO/ENFERMERÍA:	L.C. GUADALUPE BERRUTO COLQUE	OTROS RESPONSABLES:		

ACTUALIZACIÓN

RONDA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
48	SEGURIDAD EN LA REPLICACIÓN	Incremento de exámenes microbiológicos realizados en casos de repatriados.	1. Se empieza a realizar la validación de cada uno de los refrigeradores más nuevos y revisar estado.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con propósitos de base plástica.	1. Se debe la provisión de dispensadores con propósitos de base plástica.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 10 pasos de la distribución de manos (paños y terapia).	1. Realizar cursos prácticos del lavado correcto de manos.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	SEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rojas y amarillas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	1. Capacitación al personal de salud que brinda en el servicio de emergencia.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
48	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de los equipos con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos tecnológicos (incluye los tubos).	1. Se debe al área de mantenimiento la evaluación y ejecución del plan de mantenimiento de cada uno de los equipos tecnológicos.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
26	HISTORIA CLÍNICA	Registro y gráfica actualizado de la Funciones Vitales.	1. Revisión continua de la proporción de historias clínicas.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
26	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Consultar el protocolo de prevención de caídas de los pacientes, uso de los letreros, corchetas, pautas preventivas, etc.	1. Elaborar planes de información a cerca del uso de tubos, sondas entre otros.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación visual del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes e ingresos a servicios de hospitalización.	1. Capacitación al personal de salud que brinda en el servicio de emergencia.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024
24	SEGURIDAD EN LA UHSE	Unidad del hospital de convertidos informado para actividades de limpieza y control de la calidad.	1. Preparar el formato de seguimiento informado para actividades de limpieza y control de la calidad.	Jefe del Servicio de Emergencia	03/07/2024



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"


Dr. Luis Antonio Maldonado Neira
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
RNE. 13242 CMP 24125




Dr. Iván Sánchez Peña
JEFATURA
DPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO




HUMBERTO VEDA VEGA
DIRECCION GENERAL DE ATENCION
AL PACIENTE
DPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO





Jean Oliver Chetarría C.
CMP 20677 RNE 30842
DEL SERV. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Ricardo Elorza Peña
MEDICINA INTERNA
JEF. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS Y UCI
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO




Salva Petros Telio
MEDICO RADILOGO
CMP 20288 RNE 12893
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


S. CHIRATO CERES MANRIQUE
CMP 42477 RNE 20671
Jefe Departamento Medicina
Hospital Regional "MIR" - PUNO


Edith Sorilón Velásquez
OBSTETRA
COP- 12466


Edith Sorilón Velásquez
OBSTETRA
COP- 12466


Fco. Armando Lajo Soto
MEDICO, ESPECIALISTA
NEONATOLOGIA Y NEONATOLOGIA
CMP. 19963 RNE 13720
JEFE DEPARTAMENTO




Ed. Magiro Arelá Mamari
JEF. DEL SER. DE EMERGENCIAS
H.S. "M.A." - PUNO
COP. 2292


Dr. Robert L. Molepaza Mamari
CMP N° 24148 RNE N° 12967
JEFE DPTO DE GINECO OBSTETICA


Dr. Joseph B. Huéñez Arambur
CMP 79778-RNE 46184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO




Dra. Nayra Portillo Cazorla
CMP 70482 RNE 41752
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO




T.S. Flaco Conde
CASP - 1794
H.R. "MIR" PUNO


Dr. Robert L. Molepaza Mamari
CMP N° 24148 RNE N° 12967
JEFE DPTO DE GINECO OBSTETICA


Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dra. Nayra Portillo Cazorla
CMP 70482 RNE 41752
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


T.S. Flaco Conde
CASP - 1794
H.R. "MIR" PUNO


Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP. 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO





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
ESS:	MANUEL NÚÑEZ BUFRÓN	15/04/2024	(DOMINGO)
LS:	CIBACLOS INTENSIVOS		
JUARESPONSABLE PRESIS:	M.C. JUAN PAUL VALENZUELA MENDOZA		
IP, DE ADMINISTRACIÓN:	ABOG. HUMBERTO VERA VERA		
IP, DE SERVICIO EMERGENCIAS:	LIC. GUADALUPE BERRUTO COLQUE		
RES.P.EPIDEMIOLÓGICA:	LIC.FREYLA CARHUANA BACA		
RES.P. DE LA U.P.S.S:	M.C. RENZO LOZA PEÑA		
RES.P. OFIC. JUNTA DE CALIDAD:	M.C. MARCELA PEZARRO OPE		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZACIÓN / REVISADO

INDICADOR	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR PREVIUO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
122	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Cuando se tiene cuenta con los trámites necesarios para evitar alteraciones críticas según especificidad según	Coordinación con Jefatura de Farmacia del Hospital para mejorar etiquetado y protocolo de los medicamentos e incluirlos nuevamente para el Centro de Salud	Jefe de Servicio	30/06/2024
123	PREVENCIÓN Y RESPUESTA DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Protocolización en la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión	Elaboración de la Guía de Atención para la prevención y control de úlceras por presión	Jefe de Enfermería UC	30/06/2024
80	SEGURIDAD	Se atiende a la solicitud de apoyo legal y administrativo de la Unidad Productiva de Servicios de Salud	Coordinar la actualización de los áreas legales y administrativas de la U.P.S.S UC	Jefe de Enfermería UC	30/06/2024
84	SEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento	Gestión ante Dirección de Hospital para generar acciones de apoyo en la UC	Jefe de Servicio UC	30/06/2024
84	SEGURIDAD	El servicio se implementa el uso de "Cares Band" o "Pegatinas de Adhesivos para la prevención de las UAS" basadas en evidencia científica	Implementación del "Cares Band" para prevención de las UAS	Jefatura de Enfermería UC	30/06/2024
84	SEGURIDAD	Se atiende a las solicitudes relacionadas con apoyo legal y administrativo de la Unidad Productiva de Servicios de Salud	Coordinar la actualización de los áreas legales y administrativas de la U.P.S.S UC	Jefe de Enfermería UC	30/06/2024
85	SEGURIDAD	Deposición de recibos médicos de acuerdo a las normas	Implementación de ficha sencilla para depósito de recibos médicos. Gestión para la implementación de normas respecto a la entrega de recibos médicos sobre la generación de la solicitud.	Jefatura Enfermería UC	30/06/2024
80	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la U.P.S.S cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo cámaras)	Elaboración del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos	Jefatura de Servicio de la UC	30/06/2024
80	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la U.P.S.S cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo cámaras), mediante la realización de las respectivas listas	Elaboración del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos	Jefatura de Servicio de la UC	30/06/2024
45	RETORNO CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e ICDM IV de cada paciente (prevalencia y actividad)	Implementación del registro de codificación CIE 10	Jefatura de Servicio de la UC	30/06/2024
35	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Comunicación del paciente a familiar responsable sobre el procedimiento de admisión y protocolo de admisión, el cual debe cumplir con la información registrada en la historia clínica	Implementar registros de entrega del sistema médico de los pacientes	Jefatura de Servicio de la UC	30/06/2024



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

PLAN DE ACCIÓN

ISSI:	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
S:	FECHA APLICACIÓN:	15/04/2024 (DOMINGO)		
LARRESPONSABLE (PRESI):	RESP EPIDEMIOLOGIA:	LIC. FIDELA CAHUANA BACA		
P. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. DE LA URPE:	M.C. HENSO LOZA PEÑA		
P. DPTOSERVICIO EMERGENCIA:	RESP OFIC. UNIDAD CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
	OTROS RESPONSABLES:			

ACTIVIDAD DE PRIORIDAD

IDEAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
35	SEGURIDAD EN LA URPE	Indicador de tiempos de consentimiento informado para actividades de atención.	Implementación del Consentimiento informado para actividades de atención	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
35	PREVENCIÓN DE CARGA DE PACIENTES Y CONTINGENCIA MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de tipo paciente con señales visuales, al ser en áreas de atención para minimizar la situación de riesgo de caídas.	Implementar sistema de registro de pacientes con señales visuales	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
25	BIENESTAR	Estrategia de manejo para caídas y señales de riesgo a los enfermos.	Guadido para que la institución realice pruebas de los riesgos adecuados para dicha estrategia	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
15	PREVENCIÓN DE CARGA DE PACIENTES Y CONTINGENCIA MECÁNICA	Procedimientos que establezcan pautas de apoyo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la atención y ejecución de los mismos, considerando la situación de riesgo de caídas.	Elaboración del Protocolo de Prevención de Caídas de pacientes y contingencia mecánica	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
15	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de cuidado de camas por presión según evidencia.	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de la úlcera por presión.	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
15	SEGURIDAD EN LA REPOSICIÓN	Existencia de un registro de reordenamiento de camas.	Implementación de un registro de reordenamiento de camas	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento y protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación de Protocolo para fuga de paciente	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
5	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Realización, ejecución y verificación del programa educacional dirigido a pacientes, al cuidador y la familia.	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de la úlcera por presión.	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
5	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de la úlcera por presión.	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024
3	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Procedimientos de seguimiento de la evolución de las úlceras con señales por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Elaboración y aplicación de la Guía de Prevención y Reducción del riesgo de la úlcera por presión.	Jefa de Enfermería UCI	30/06/2024



Dr. Luis Antonio Maldonado Niegra
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
 RNE. 13242 CMP 24126


Dr. Irma Sánchez Parra
 JEFE DE CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


HUMBERTO VEGA VEDIA
 JEFE DE CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Dr. Dean Oliver Chavarria C.
 CMP. 29877 RNE. 30842
 JEFE DEL SERVICIO DE NEUMATOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


DIRECTOR GENERAL
 INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA SALUD


Dr. Carlos Manuel
 JEFE DE CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Edith Bailón Velásquez
 OBSTETRICIA
 COP: 12466


M.C. Patricia R. Rivera
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Sr. Gustavo Cáceres Manrique
 CMP 42487 RNE: 30671
 JEFE DEPARTAMENTO NEUMOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Dr. Ricardo E. Escobedo
 JEFE DE CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Dario Romero Tello
 JEFE DE CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Fco. Armando Lajo Soto
 MEDICO ESPECIALISTA
 EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 COP. 19985 RNE. 13728
 JEFE DEPARTAMENTO


Dr. Mario E. Abela Mamani
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA CLÍNICA
 H.R. "HMS" - PUÑO
 COP. 2283


Dr. Robert L. Molleaza Mamani
 CMP N° 24140 RNE N° 12967
 JEFE DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA


Lic. Edison Pérez Nina
 BIÓLOGO
 COP. 10645
 JEFE DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA


Dr. Joseph E. Huancaya Aramburo
 CMP 79776 RNE. 46184
 JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Lic. Fidela Cabrera Rojas
 COP. 10111 RNE. 13728
 JEFE DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA


T.S. Rosa Porco Corbero
 CASP. 1794
 H.R. "HMS" PUÑO


Lic. Mónica de Zubizarain Combarro
 COP. 14018
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA CLÍNICA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO


Dra. Nayra Portillo Cazorla
 CMP 70482 RNE. 41792
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
 HOSPITAL REGIONAL "HMS" - PUÑO





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
ISS:	MAMUEL NUÑEZ BUTRON		
S:	FARMACIA		
LARRESPONSABLE PRES:	M. C. JEAN PAUL VALENCIA RENOSO		
P. DE ADMINISTRACIÓN:	ABDOL. HUMBERTO VERA VERA		
P. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. GUDALUPE SERRUTO COLME		
FECHA APLICACION:	08/07/2024		
RESP EPIDEMIOLOGIA:	LIC. FROELA CARRUANA BACA		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. FREDY FRIANCHO MARTINEZ		
RESP OFIC. JUNTA DE CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZACIONES REQUERIDAS

ORDEN	BURDAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INDEBIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
06	SEGURIDAD EN LA REGISTRO	Profesional encargado del control de los pacientes verifica los 5 momentos para la atención según el protocolo establecido.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LOS 5 MOMENTOS PARA LA ADMINISTRACION DEL REGISTRO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
07	MOMENTO DE MANOS	Cumplimiento de los 09 pasos de la distribución de manos (paso y tiempo)	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LOS 8 PASOS DE LA DISTRIBUCION DE MANOS	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
08	MOMENTO DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paso y tiempo)	REALIZAR CAPACITACION PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
09	RESIDUOS	Disponibilidad de recipientes vitales de acuerdo a las normas	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SEGUN NORMAS	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
10	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos)	ELABORAR UN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIENHECHOS EXISTENTES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
11	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos)	ELABORAR UN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIENHECHOS EXISTENTES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SOLICITAR EL MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPOS BIENHECHOS INOPERATIVOS	JEFE DEL AREA DE TECNOFARMACIA	15/07/2024
13	HISTORIA CLINICA	Historia clínica actualizada y limpia	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA ORDENADA Y LIMPA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	15/07/2024

Dr. Luis Aníbal Maldonado Neyra
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
RNE: 13242 CAMP 24120

Dr. Juan Sánchez Parra
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
RNE: 10170 CAMP 10057

EDUARDO VERA VERA
OBSTETRICIA
RNE: 11300 CAMP 113

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Edith Bautista Velazquez
OBSTETRICIA
COP: 12466

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Fco. Armayido Lajo Soto
MEDICO ESPECIALISTA
PSIQUIATRA Y NEUROLOGIA
CAMP 19965 RNE 13738
JEFE DEPARTAMENTO

Dra. Mariela Arela Mamani
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
RNE: 14300 CAMP 14300

Dr. Robert L. Molinaza Mamani
CAMP N° 24148 RNE N° 12067
JEFE DPTO DE GINECO OBSTETRICIA

Dr. Joseph B. Huanca Arambur
CAMP 79778 RNE 48184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dra. Mijoy Partillo Cazarío
CAMP 70482 RNE 41793
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Lic. Edison Pérez Nina
BIOLOGO
CBP: 10645
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000

Dr. Oscar Winkler
OBSTETRICIA
RNE: 47000 CAMP 47000



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

PLAN DE ACCIÓN

SEMESTRE	TRIMESTRE	AÑO	2024
SE:	MANUEL NUÑEZ BUTRON	13/06/2024	(DDMMAAAA)
E:	PATOLOGIA CLINICA		
L:	M.C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO		
P:	ABOG. HUMBERTO VERA VERA		
F:	LIC. GUADALUPE SEPILUO COLQUE		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. PDELA CAHUANA BACA		
RESP. DE LA UPSE:	M.C. FRANCISCO LAJO SOTO		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	M.C. MARCELA PEZARRO OPE		
OTROS RESPONSABLES:	Bigo. MARIO ARELA MAMANI		

ACTUALIZACIÓN

ORDEN	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
04	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempos)	Se sensibiliza, demuestra y entrena en los 11 pasos de lavado de manos al personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Nuñez Buñón".	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	06/06/2024
04	BIOSSEGURIDAD	El lavado se implementa al uso de "Cure Study" e higienizadores para la prevención de las vías respiratorias en espacios críticos.	Se cuenta con un flujoograma de desecho de residuos sólidos, para aplicar el "Cure Bundle".	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
04	BIOSSEGURIDAD	Deposición de residuos críticos de acuerdo a los normas.	Se ofició al director del Hospital Regional Manuel Nuñez Buñón Dr. Jean Paul Valencia Reinoso	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	06/06/2024
04	BIOSSEGURIDAD	Cumplimiento de los requisitos de aislamiento.	Se cuenta con equipos de Protección Personal (EPPs) y se tiene registro de "Lista de Chequeo de Uso de EPPs del personal del servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Nuñez Buñón", supervisado por personal profesional.	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
04	BIOSSEGURIDAD	Se atiende si se encuentran notificadas las zonas críticas y ventiladas en la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Se cuenta con afiches de Bioseguridad y Zona Restringida, implementado por el Instituto Nacional de Salud.	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
04	BIOSSEGURIDAD	Se atiende si se cumplen las zonas críticas y ventiladas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Se cuenta con afiches de Bioseguridad y Zona Restringida, implementado por el Instituto Nacional de Salud.	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
46	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 09 pasos de la implementación de manos (pasos y tiempos)	Se sensibiliza, demuestra y entrena en los 09 pasos de la desinfección de manos al personal del servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Nuñez Buñón"	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
46	HIGIENE CLINICA	La sala de la Unidad Clínica es limpia	Se ofició al jefe de el Cuerpo médicos del Hospital Regional Manuel Nuñez Buñón Dr. Grover Calderon Mamani	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024
24	HIGIENE DE MANOS	Puntaje de cumplimiento > 80%, del material de limpiar si sigue de los manos durante la actividad profesional de acuerdo con los criterios normados de la higiene de manos.	Práctica, entrenamiento en los 05 momentos de la higiene de manos a todo el personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital Regional "Manuel Nuñez Buñón".	Bigo. Mario David Arela Mamani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	10/06/2024

Dr. Luis Alejandro Maldonado
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
 RNE: 13242 C.M.F. 2677336

Dr. Carlos R. Pizarro
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Iván Sánchez Perro
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 2677336

ROBERTO VERA VERA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Juan Carlos
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Dean Oliver Chevarría C.
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Edith Beatriz Velasco
 OBSTETRA
 COP: 12456

Dr. Jorge Ramos Yello
 MEDICO RADIOLOGO
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Gustavo Caceres Mancoske
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Juan Carlos
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Fco. Armando Lajo Soto
 MEDICO ESPECIALISTA
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. María del Arca Maman
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Plácido Cabrera
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Iván Sánchez Perro
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 2677336

Dr. Robert L. Mollanza Masini
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Rosa Patricia Cordero
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Joseph B. Huémez Arambur
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Edison Pérez Mina
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

Dr. Noya Portillo Casarío
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO

Dr. Juan Carlos
 GINECOLOGO OBSTETRA
 RNE: 13242 C.M.F. 102319

ANEXO 7

FICHAS DE MONITOREO



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

FICHA DE MONITOREO

COORDINADOR:	MARIBEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024	SENA	2024
FECHA APLICACIÓN:	01/03/2024	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LEYDIA CARRERA BACA	RESP. DE LA UPRB:	M.C. GRIFFIN CALDERÓN RAMÍREZ	RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARCELA PEZARRO OPE
OTROS RESPONSABLES:							

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		92%				
ÁREAS	INDICADORES	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MESSES)	MONITOREO (MESSES)	IMPLEMENTACIÓN
1	REVISIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONTINUACIÓN ASISTENCIAL	Revisión de registros médicos de todo paciente con eventos médicos, al ser de alta de revisión y autorización de salida y el tiempo de espera.	Elaborar el protocolo de gestión de casos para ser revisados los eventos de riesgo	Jefe del Departamento de Investigación y Control de Riesgos	01/03/2024	SI
2	REVISIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONTINUACIÓN ASISTENCIAL	Revisión de registros médicos de todo paciente con eventos médicos, al ser de alta de revisión y autorización de salida y el tiempo de espera.	Elaborar el protocolo de gestión de casos para ser revisados los eventos de riesgo	Jefe del Departamento de Investigación y Control de Riesgos	01/03/2024	SI
3	REVISIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONTINUACIÓN ASISTENCIAL	Revisión de registros médicos de todo paciente con eventos médicos, al ser de alta de revisión y autorización de salida y el tiempo de espera.	Elaborar el protocolo de gestión de casos para ser revisados los eventos de riesgo	Jefe del Departamento de Investigación y Control de Riesgos	01/03/2024	SI



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

FICHA DE MONITOREO

E		MANUEL VÓZCZ BUTRON	SEMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:		06/03/2024				
RESP. EPIDEMIOLÓGICO:		L.C. FIDELA CAJAMA SACA				
RESP. DE LA URSB:		M.C. NATIA CONDORAMA PIND				
RESP. OFICINA CALIDAD:		M.C. MARCELA PIZARRO OPE				
OTROS RESPONSABLES:						

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÁRTER)	PLAZO (FECHAS)	MONITOREO (FECHAS)	EFECTIVIDAD
71%						
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN						
1	SEGURO DE CALIDAD	VERIFICADOR INGRESO				
2	SEGURO DE CALIDAD	Procesos de cumplimiento e ISO, de acuerdo de seguir la figura de los niveles de atención en atención de salud con los estándares de la figura de riesgo.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
3	SEGURIDAD	Organización de reuniones semanales de atención a los usuarios.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	NO
4	SEGURIDAD	El servicio de urgencias de atención de salud para la atención de los usuarios.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
5	FINANCIAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de los niveles de cumplimiento de los estándares de atención de salud en el servicio de urgencias.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	NO
6	IDENTIFICACIÓN CORRECTIVA DEL PACIENTE	Reporte sobre incidentes de identificación y los datos reportados son correctos y completos.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	NO
7	SEGURIDAD EN LA RESERVA	Medidas de seguridad y acciones correctivas con el propósito de mejorar la calidad de atención.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
8	INTERVENCIÓN DE CASOS DE EMERGENCIAS Y OTRAS SITUACIONES	Atención de los casos de emergencia y otros casos de emergencia.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
9	SEGUIMIENTO DE LA URSB	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y acciones correctivas.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
10	PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS	Identificación de los riesgos de atención de salud en el servicio de urgencias.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	NO
11	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Plan de acción con el fin de mejorar la atención de los usuarios.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	NO
12	SEGURIDAD EN LA RESERVA	Medidas de seguridad y acciones correctivas con el propósito de mejorar la calidad de atención.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI
13	SEGUIMIENTO DE CASOS	Disponibilidad de información con el propósito de mejorar la atención de los usuarios.	Jefe del Servicio de Emergencia	06/03/2024	06/03/2024	SI



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

FICHA DE MONITOREO

TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	AÑO:	2014
FECHA APLICACIÓN:	FECHA APLICACIÓN:	FECHA APLICACIÓN:	20/08/2014
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	DR. FREDY CARRERA BACA
RESP. DE LA UPEL:	RESP. DE LA UPEL:	RESP. DE LA UPEL:	M.C. NATALIA CONDORCENIA PÉREZ
RESP. COORDINADOR CALIDAD:	RESP. COORDINADOR CALIDAD:	RESP. COORDINADOR CALIDAD:	M.C. MARCELA PEZARRO OPE
OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES:	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		71%		RESPONSABLE	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR MEDIANO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS		RESPONSABLE	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
1. MEDICIÓN DE RIESGOS	Completación de los 03 planes de la identificación de riesgos (servicio y terreno)	1. Realizar cursos prácticos del protocolo servicio de riesgo	1. Actualizar el plan de servicio de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	SI
2. INCIDENTOS	No reportar al no reportar los casos críticos y seriales de la Unidad Productiva de Atención de Salud.	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia		Jefe del Servicio de Emergencia	30/07/2014	04/07/2014	NO
3. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Verificación de que la UPEL cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos)	1. Actualizar el plan de mantenimiento de emergencia y aplicación del plan de mantenimiento de todos los equipos	1. Actualizar el plan de mantenimiento de emergencia	Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	NO
4. EFECTIVA CLARICA	Reportar y publicar actividades de la Emergencia Hospitalaria	1. Revisión periódica de un porcentaje de historias clínicas		Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	SI
5. RESERVA DE CALIDAD DE PACIENTES Y CONSULTAS DE EMERGENCIAS	Concurrencia al paciente dentro del horario de atención de la UPEL, con el fin de brindar atención de emergencia, con el protocolo de atención de emergencia	1. Elaborar planes de información y alerta por caso de riesgo, mediante correo electrónico		Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	SI
6. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL PACIENTE EN LA UPEL	Evaluación inicial de riesgo de caídas por parte de todos los pacientes al ingresar al servicio de hospitalización	1. Capacitación al personal de salud que trabaja en el servicio de emergencia		Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	NO
7. SEGURIDAD EN LA UPEL	Utilización de los planes de mantenimiento preventivo para actividades de emergencia	1. Implementar el formato de mantenimiento preventivo para actividades de emergencia y cumplir con los planes de emergencia		Jefe del Servicio de Emergencia	08/07/2014	04/07/2014	SI



APLICATIVO DE Rondas de Seguridad de la Calidad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud

FICHA DE MONITOREO

N:	MANUEL NUÑEZ SUYTOR	TRIMESTRE:	8 TRIMESTRE	AÑO:	2024
RESPONSABLE (PRESI):	FARMACIA	FECHA APLICADOR:	8/05/2024	UBI:	0500000000
DE ADMINISTRACIÓN:	DR. C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO	RESP EPIDEMIOLOGO:	LIC. PIRELA CAROLINA BALCA		
OPT/SERVICIO ENFERMERÍA:	ABDOL HUMBERTO VERA VERA	RESP DE LA UBI:	M.C. FREDY FERRASANO MARTINEZ		
	LIC. GUADALUPE BERRUETO COLONE	RESP OFIC. AREA CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO CPE		
		OTROS RESPONSABLES:			

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (ESTIMADO)	MONITOREO (ESTIMADO)	IMPLEMENTACIÓN
71%		ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS				
2	EFECTIVIDAD EN LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS	Realizar capacitación para el manejo de las quejas y correctivos para la atención de pacientes en el medicamento.	Jefe del Departamento de Farmacia	05/2024	11/2024	SI
3	HIGIENE DE MANOS	Realizar capacitación para el manejo de las 8 fases de la desinfección de manos.	Jefe del Departamento de Farmacia	06/2024	11/2024	SI
4	HIGIENE DE RINOS	Realizar capacitación para el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos.	Jefe del Departamento de Farmacia	06/2024	11/2024	SI
5	BIENESTAR DE PACIENTES	Realizar capacitación para el manejo de recursos según normas.	Jefe del Departamento de Farmacia	07/2024	11/2024	SI
6	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Ejecutar un plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos existentes.	Jefe del Departamento de Farmacia	09/2024	11/2024	NO
7	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Ejecutar un plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos existentes.	Jefe del Departamento de Farmacia	09/2024	11/2024	NO
8	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Realizar el mantenimiento y reparación de equipos biomédicos reportados.	Jefe del Departamento de Farmacia	06/2024	11/2024	SI
9	INFORMACIÓN CLÍNICA	Realizar capacitación para el manejo de la historia clínica preclínica y clínica.	Jefe del Departamento de Farmacia	08/2024	11/2024	NO EN PROCESO



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

FICHA DE MONITOREO

SEMESTRE	TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACIÓN	18/04/2024		
RESP. APLICADOR	L.C. FIDELA CARRANZA BALCA		
RESP. DE LA UPESS	M.C. RENZO LUZA PEÑA		
RESP. OFIC. CALIDAD	M.C. MARICELA POZUO OPE		
OTROS RESPONSABLES			

INDICADOR	INDICADOR REQUERIDO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CURSO)	PLAZO (SEMESTRAL)	MONITOREO (SEMESTRAL)	IMPLEMENTACIÓN
76%						
SE	SEGURIDAD EN LA RESERVA	Conducir con Actores de Fomento del Hospital para realizar capacitaciones y jornadas de las instituciones e instituciones para el curso de salud.	Actores de Fomento	30/06/2024	18/07/2024	SI
RE	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	Implementación de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	SI
R	RIESGOS CASOS	Se elabora el seguimiento de los riesgos y se integra a la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	SI
R	RECURSOS	Completación de los medios de evaluación.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	El servicio ha implementado el uso de "Caja Escudo" a través de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	SI
R	RECURSOS	Se elabora el seguimiento de los riesgos y se integra a la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Desarrollo de reuniones virtuales de acuerdo a las normas.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Verificación de que la UPESS cuenta con un Plan Anual de Mejoramiento. Revisión de todos los niveles (Institución, Unidades, Servicios).	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Verificación de que la UPESS cuenta con el Plan Anual de Mejoramiento. Revisión de todos los niveles (Institución, Unidades, Servicios).	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Registro de los diagnósticos por enfermedad (DGE) y (DGE) de los pacientes (presenciales y virtuales).	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Completación del proceso y la entrega de los resultados de la información, la evaluación y la prevención del riesgo, así como el control de la información registrada en la base de datos.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO
R	RECURSOS	Unidad de Fomento de Capacitación de personal para actividades de atención.	Actores de Fomento UCI	30/06/2024	18/07/2024	NO



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

FICHA DE MONITOREO

<p>RESPONSABLE PRÁCTICA: MANUEL VÉREZ BUTRON</p> <p>COORDINADOR ATENCIÓN: LUIS FERRER OLIVERA</p> <p>RESP. DE LA UPR: M.C. JEAN PAUL VALENCIA REZORD</p> <p>RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: M.C. MARICELA POZARRO OYER</p> <p>OTROS RESPONSABLES: DR. GIBRANLUPE SEMBRITO COLCHIE</p>	<p>TRIMESTRE: 3 TRIMESTRE</p> <p>FECHA APLICACIONE: 15/04/2024</p> <p>RESF. EPIDEMIOLÓGIC.: LIC. REBECA CRUZAMA BACA</p> <p>RESF. DE LA UPR: M.C. REIKO LIZA VERA</p> <p>RESF. OFIC. UNIDAD CALIDAD: M.C. MARICELA POZARRO OYER</p> <p>OTROS RESPONSABLES:</p>
---	--

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

76%

INDICADOR	INDICADORES REQUERIDOS	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO (IMPLEMENTACIÓN)	MONITOREO (IMPLEMENTACIÓN)	IMPLEMENTACIÓN
1	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECANICAS	Elaboración de mapas operativos de todos pacientes con riesgo, mediante el uso de la escala de riesgo de caídas y el nivel de riesgo.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
2	INFORMACIÓN	Elaboración de mapas operativos y mapas de riesgo a los niveles.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
3	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECANICAS	Revisión que incluya: adherencia al plan de prevención, actualización de mapas operativos y mapas de riesgo de caídas.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
4	PREVENCIÓN Y MONICIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Adopción de guía de prevención de caídas por niveles según resultados.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
5	MONICIÓN DE LA PREVENCIÓN	Conformación de un registro de incidencias de caídas.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
6	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PREVENCIÓN	Elaboración de un procedimiento y protocolo que se aplica en caso de fuga de pacientes.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
7	PREVENCIÓN Y MONICIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Revisión, actualización y validación del programa de prevención de caídas, en conjunto con el área de enfermería.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
8	PREVENCIÓN Y MONICIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Elaboración de mapas operativos y mapas de riesgo de caídas por niveles.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI
9	PREVENCIÓN Y MONICIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR PREVENCIÓN	Revisión de los registros de caídas de pacientes con riesgo por niveles, tanto en prevención como en acciones correctivas.	UPEL	20/04/2024	15/07/2024	SI



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

FICHA DE MONITOREO

SEMESTRE:	TRIMESTRE:	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	FARMACIA		
RESP. EPIDEMIOLOG.:	M. C. JUAN PABLO VALENCIA RIVERO		
RESP. DE LA UPEL:	M.C. FREDY FERRASCO MARTINEZ		
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	M.C. MARCELA POZARRO OPE		
OTROS RESPONSABLES:			

71%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	VERIFICACION RECURSO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO (MESSES)	MONITOREO (MESSES)	IMPLEMENTACIÓN
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Verificar cumplimiento del sistema de las prácticas médicas con 2 categorías para la administración correcta de medicamentos.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LOS 5 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	SI
MANEJO DE INVENCIONES	Cumplimiento de los 02 pasos de la distribución de inyectivos, gases y líquidos.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LOS 5 PASOS DE LA DISTRIBUCION DE INVENCIONES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	SI
MANEJO DE BANCOS	Cumplimiento de los 11 pasos del trabajo de reposo, gases y líquidos.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 11 PASOS DEL TRABAJO DE BANCOS	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	SI
NECESIDADES	Deposición de vacunas contra de enfermedades infecciosas.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE RESERVOIOS SEGUN NORMAS	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	SI
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPEL cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los críticos).	ELABORAR UN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS SUSCRIPTES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	NO
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPEL cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los críticos), mediante la actualización de los respectivos registros.	ELABORAR UN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS SUSCRIPTES	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	NO
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Existencia de políticas operativas según la tecnología y la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad.	RESOLUTIVAS EL MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS INFORMATIVOS	JEFE DEL AREA DE TECNOLOGIA	10/2024	11/2024	SI
SYSTEMAS CLINICA	Realizar visitas clínicas y apoyo.	REALIZAR CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA ORDENADA Y LIMPIA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	10/2024	11/2024	NO EN PROCESO



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

FICHA DE MONITOREO

1	MANUEL HÓRREZ BUTRÓN	TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	AÑO:	2024
2	PATRICIA OLIVERA	FECHA APLICACIONE	12/06/2024	(DDMMAAAA)	
3	M.C. JUAN PAUL VALENCIA RIVERA	RESP. EPIDEMIOLOGIA	L.C. FIDELA CARUANA BACA		
4	M.C. HUBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPEL	M.C. FRANCISCO LAJO SOTO		
5	L.C. GUADALUPE BERNITO COLQUE	RESP. OFICINAS CALIDAD	M.C. MARCELA PERDOMO OPE		
6		OTROS RESPONSABLES	DR. MARIO ARELLANO MARIANI		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		ACCIÓNES DE MEJORA / CORRECTIVAS		RESPONSABLE (CÁRTER)	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (SEMANAS)	IMPLEMENTACIÓN
100%		VERIFICADOR ASISTIDO					
1	MEJORA PRÁCTICAS	Completado de los 11 puntos del listado de rondas (tiempo y tiempos)		Dr. Marco David Arellano Mariani JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
2	MEJORA DE RONDAS	El servicio ha implementado el uso de "Clasificador" a Papeles de Monitoreo para la preparación de las RND, reduciendo en sustancial el tiempo		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
3	MEJORA DE RONDAS	Optimización de rondas semanales de seguridad a las rondas		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
4	MEJORA DE RONDAS	Completado de las rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
5	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
6	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
7	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
8	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
9	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
10	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
11	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
12	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
13	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
14	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
15	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
16	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
17	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
18	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
19	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
20	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
21	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
22	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
23	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
24	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
25	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
26	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
27	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
28	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
29	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI
30	MEJORA DE RONDAS	Se observó el cumplimiento de los 11 puntos de la lista de rondas de seguridad		DR. MARCO DAVID ARELLANO MARIANI JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	06/06/2024	06/06/2024	SI