



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
HOSPITAL R.O.R JULI  
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA COMMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE AMBAY Y AYSOCHO"

JULI, 22 DE JULIO DEL 2024

OFICIO N° 056 - 2024-SGCS/EPID/H° R.O.R° J/RED SALUD CHUCUITO.

SEÑOR:

M.C EMERSON AQUINO CONDORI

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO JULI.

ASUNTO: REMITO INFORME I SEMESTRE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ATENCION: COORDINACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE DIRESA PUNO.



Mediante el presente tengo a bien dirigirme a Usted con la finalidad de REMITIRLE EL INFORME CORRESPONDIENTE AL I SEMESTRE DE EJECUSION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES – JULI 2024, para que mediante su persona sea remitido a la coordinación de Calidad de la DIRESA PUNO, por lo que adjuntamos al presente el INFORME N° 0012 – 2024-SGCS/H-ROR-JULI/RED CHUCUITO en 18 folios.

Agradeciéndole por su atención al presente y velando el bienestar institucional.

Atentamente.

## INFORME N° 0012 -2024-SGCS/H-ROR-JULI/RED CHUCUITO

**A** : M.C. PERCY SARDON COTRINA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL RAFAEL OTIZ RAVINES - JULI

**DE** : LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE  
RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD DE SALUD -HOSPITAL

**FECHA** : 22/07/2024

**I. ANTECEDENTES:** Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

### **DATOS GENERALES:**

#### **1.1 Institucional, departamento y servicio**

**INSTITUCIÓN:** Hospital de categoría II-1 denominado "Rafael Ortiz Ravines"- Juli

### **SERVICIOS:**

- C-E PLANIFICACION FAMILIAR
- C-E INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL
- CENTRO DE HEMOTERAPIA
- C-E TRIAJE
- C-E TRAUMATOLOGIA
- C-E PEDIATRIA

#### **1.1 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo**

Equipo de rondas de seguridad del paciente, aprobado con R.D N° 063-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J de fecha veintiséis de enero del 2024, conformado por:



<b>COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
	MC PERCY SARDON COTRINA	DIRECTOR
2	LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE	RESPONSABLE DE EPID/SGCS
3	Q.F ZENAYDA CRUZ ORTEGA	JEFE DE APOYO AL TRATAMIENTO
4	TERESA JUANA VILLAS GUTIERRES	JEFA DE ENFERMER@S
5	AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO	JEFE DE OBSTETRAS

## 1.2 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento

Aprobado con resolución Directoral N° 064-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J de fecha veintiséis de marzo del 2024, se aprobó el cronograma anual de rondas de seguridad del paciente del Hospital de apoyo II- "Rafael Ortiz Ravines"- Juli, periodo 2024.

## II.- ANALISIS:

### 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
25/01/2024	C-E PLANIFICACION FAMILIAR	52 %	RIESGO INTOLERABLE
27/02/2024	C-E INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL	65 %	RIESGO INTOLERABLE
18/03/2024	CENTRO DE HEMOTERAPIA	86 %	RIESGO MODERADO
23/04/2024	C-E TRIAJE	32 %	RIESGO INTOLERABLE
20/05/2024	C-E TRAUMATOLOGIA	67 %	RIESGO IMPORTANTE
24/06/2024	C-E PEDIATRIA	50 %	RIESGO INTOLERABLE
<b>I SEMESTRE</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>58.6 %</b>	<b>RIESGO INTOLERABLE</b>



65% riesgo intolerable.  
67% riesgo importante.  
86% riesgo moderado.  
99% riesgo muy bajo.

Según el cronograma anual de rondas de seguridad, centro de Hemoterapia obtuvo el 86% de cumplimiento de buenas prácticas obteniendo un valor de riesgo moderado seguidamente consultorio externo de Traumatología obtuvo 67 %, riesgo importante consultorio externo de infección de transmisión sexual 65 %, riesgo intolerable, consultorio externo de Planificación Familiar 52 %, riesgo intolerable y consultorio externo de Pediatría 50 % considerado un riesgo intolerable.

**2.1.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR BUENAS PRÁCTICAS APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS I SEMESTRE 2024.**

UPSS	Nivel de atención	% Reg. HC	% Seg. UPSS	% Ident. Corre.	% Prev. Fuga	% seg. medic	% prec. Caída	% seg. se.x.	% prec. UPP	% prec. Suid.	% com. Efec.	% Hig. Manos	% bioseg.	% func. Equip.	% TOTAL
C-E PLANIFICACION FAMILIAR	II-1	58%	43%	67%	0%	75%	0%	0%	0%	0%	86%	100%	83%	60%	52%
C-E INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL	II-1	72%	43%	100%	0%	75%	0%	0%	0%	0%	71%	100%	60%	60%	65%
CENTRO DE HEMODIÁLISIS	II-1	100%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	75%	60%	86%
C-E TRIAJE	II-1	20%	33%	50%	0%	75%	0%	0%	0%	0%	60%	86%	0%	40%	32%
C-E NEFROLOGIA	II-1	64%	50%	50%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	80%	43%	80%	33%	67%
C-E CALIDAD DE LA ATENCION	II-1	54%	25%	50%	0%	100%	100%	0%	0%	67%	50%	14%	25%	20%	50%



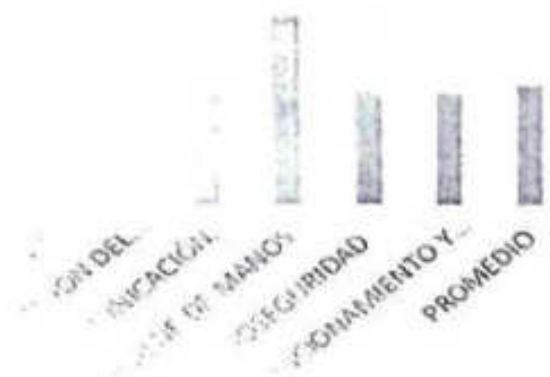
## BUENAS PRACTICAS UPSS CONSULTA EXTERNA PLANIFICACION FAMILIAR



En la UPSS DE CONSULTA EXTERNA PLANIFICACION FAMILIAR: se logró 52 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% de cumplimiento se obtuvo en lavado manos, 86% comunicación efectiva, 83% en la buena práctica de bioseguridad, 75% en seguridad en la medicación, 67% identificación correcta, 60% funcionamiento de equipos, 58% registro en la Historia Clínica, y 43% en la buena práctica de seguridad del paciente.



## BUENAS PRACTICAS UPSS C-E INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL



En la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL**: Se obtuvo 65 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% de cumplimiento se obtuvo en lavado manos e identificación correcta del paciente, 75% en seguridad en la medicación, 72% registro en la Historia Clínica, 71% comunicación efectiva, 60% en la buena práctica de bioseguridad y funcionamiento de equipos.

### BUENAS PRACTICAS UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA



En la **UPSS DE CENTRO DE HEMOTERAPIA**: Se obtuvo 86 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% de cumplimiento se obtuvo en registro de Historias clinica, lavado manos y comunicación efectiva, 83% en seguridad en la medicación, 75% en bioseguridad y 60% en funcionamiento de equipos.



## BUENAS PRACTICAS UPSS TRIAJE

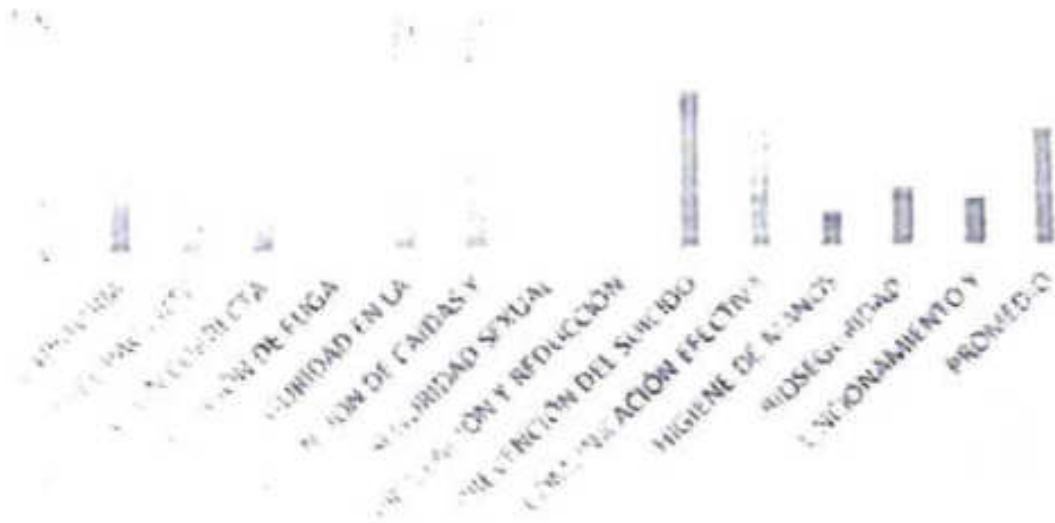
En la **UPSS DE TRIAJE**: Se obtuvo 32 %, cuyo resultado de valoración de riesgo es intolerable correspondiendo el 86% a la higiene de manos, 60% comunicación efectiva, 50% identificación correcta, 40% funcionamiento y manejo de equipos, 33% seguridad del paciente y 20% registro en la historia clínica.

## BUENAS PRACTICAS UPSS C-E TRAUMATOLOGIA



En la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE TRAUMATOLOGIA**: Se obtuvo 67 %, cuyo resultado de valoración de riesgo es importante correspondiendo el 100% a seguridad en la medicación y prevención de suicidio y lesiones, 80% a bioseguridad y comunicación efectiva, 64% registro en la historia clínica, 50% seguridad del paciente e identificación correcta, 43% higiene de manos, y 33% funcionamiento de equipos.

## BUENAS PRACTICAS UPSS C-E PEDIATRIA



En la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRIA: Se obtuvo 50%, cuyo resultado de valoración de riesgo es importante correspondiendo el 100% a seguridad en la medicación y prevención de caídas. 67% prevención del suicidio. 54% registro en la historia clínica, 50 % en comunicación efectiva e identificación correcta. 25% en bioseguridad y seguridad del paciente 20% funcionamiento de equipos y 14% higiene de manos.



**2.1.3 INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS.**

**UPSS CONSULTA EXTERNA PLANIFICACION FAMILIAR**

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo	8	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS COMO SON EL APETITO, SUEÑO, SED, ORINA, DEPOSICIONES, ESTADO DE ANIMO	EN PROCESO
Registro de los antecedentes del paciente	8	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE	EN PROCESO
Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	8	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZA AL PACIENTE	EN PROCESO
En caso de haberse producido un evento adverso, éste ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable	8	REGISTRAR LOS EVENTOS ADVERSOS EN LA HISTORIA CLINICA O HABILITAR UN REGISTRO	EN PROCESO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (parasitosis o infecciones)	16	REGISTRAR LOS DIAGNOSTICOS CON CODIFICACION DEL CIE 10 EN LA HISTORIA CLINICA INMEDIATAMENTE SE ATIENDA A UN PACIENTE	EN PROCESO
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normalidad vigente	28	IMPLEMENTAR CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODO PROCEDIMIENTO QUE REALIZA EL PERSONAL DE LA SALUD	EN PROCESO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl	12	REGISTRAR EL NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS DE LA HISTORIA CLINICA	EN PROCESO
Registro de la Cava referencia del paciente	6	REGISTRO OBLIGATORIO DE LAS CONTRAREFERENCIAS DEL PACIENTE	EN PROCESO
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	12	EVALUAR Y REGISTRAR EL RIESGO DE CAIDA DEL PACIENTE QUE SE HOSPITALIZA	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	10	ELABORAR PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA INFORMACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal esencial	16	HABILITAR UN REGISTRO E INFORMAR SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE LA SALUD	EN PROCESO
Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente.	28	IMPLEMENTAR CON UN COCHETE DE PARO E INSUMOS NECESARIOS PARA ATENDER SITUACIONES DE EMERGENCIA	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	21	SOCIALIZAR EL SISTEMA DE REGISTRO NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Paciente informado al que se le han ardo sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo	40	IMPLEMENTAR CON UN FORMATO DE ACLARACION DE DUDAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL PACIENTE	EN PROCESO
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	28	SOCIALIZAR LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS QUE PUDIRAN PRESENTARSE	EN PROCESO
Revaloración diaria de pacientes: ancianos, equilibrios somáticos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.	16	PROTOCOLIZAR LA REVALORACION DIARIA DE PACIENTES SOMETIDOS A POLIFARMA, DROGODEPENDIENTES Y LAS PERSONAS CON DEFICIT NEUROLOGICOS - COGNITIVOS.	EN PROCESO
En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán banas de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encastrado.	28	IMPLEMENTAR CON BANAS DE PROTECCION LATERAL O CONTENCION ABDOMINAL EN CASO DE PACIENTES SEDADOS	EN PROCESO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	8	IMPLEMENTAR CON AFICHES DE INFORMACION SOBRE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES	EN PROCESO
Identificación del riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o suicidas, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el momento presente.	16	ELABORAR UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCION PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ULCERAS POR PRESION	EN PROCESO
El botiquín de atención de medicamentos del servicio permanece en el área de enfermería cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	16	IMPLEMENTAR CON UN BOTIQUIN DE MEDICAMENTOS DE USO FRECUENTE EN EL SERVICIO	EN PROCESO
Los medicamentos críticos están a disposición de los profesionales de enfermería que los necesitan para atender al paciente.	8	GESTIONAR LA DISPONIBILIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
El servicio ha implementado el uso de "Cava Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	16	IMPLEMENTACION EL USO DE "CARE BUNDLE" EN EL SERVICIO	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	16	ELABORAR PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas	16	GESTIONAR LA REALIZACION DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS SEGUN CRONOGRAMA	EN PROCESO



De las 13 buenas prácticas, en la UPSS DE CONSULTA EXTERNA PLANIFICACION FAMILIAR, se evaluaron 106 de las mismas, obteniendo 24 verificadores inseguros, el cual son calificados con un valor de riesgo intolerable, a la vez propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejora, así mismo la oficina de gestión de la calidad continuara implementando un registro de notificación de accidentes de trabajo incentivando la practicar de manera continua el lavado de manos clínico acorde a los momentos de higiene de manos, se ha realizado coordinación para que se capacite al personal de salud en los relacionado a gestión de historias clínicas según normativa.



## UPSS CONSULTA EXTERNA INFECCION TRANSMISION SEXUAL

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
Registro de los diagnósticos con certificación CE-10 o (EMM de correspondencia (prevención o detección)	28	Implementar mediante un proyecto de mejora continua la certificación de los diagnósticos con CE-10	EN PROCESO
Registro de la enfermedad actual	30	Implementar mediante un proyecto de mejora continua el registro de la enfermedad actual	EN PROCESO
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	35	Implementar con registro físico para notificar los incidentes y eventos adversos en la UPSS	EN PROCESO
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente	35	Implementar con firma de consentimiento informado en el servicio	EN PROCESO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	35	Implementar con mecanismos que ayuden con el registro del nombre del paciente en las historias clínicas	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	28	capacitación en registro y notificación de incidentes y eventos adversos	EN PROCESO
En caso de haberse producido un evento adverso, esto ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable	35	capacitación en uso correcto del evento adverso en la HCl	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	28	convocar a reunión de análisis e intervención sobre incidentes y eventos adversos	EN PROCESO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Hoja de Médicos para la prevención de las VAS basados en evidencia médica.	35	implementación del Care Bundle para la prevención de las VAS	EN PROCESO
Información disponible y clara referente a las consecuencias posibles de las agresiones sexuales.	28	implementar con información disponible y clara sobre las consecuencias de las agresiones sexuales.	EN PROCESO
Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	35	implementar mecanismo de disponibilidad de historias clínicas para los profesionales de la salud	EN PROCESO
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	28	capacitar sobre disposición de residuos sólidos de acuerdo a norma	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	28	implementar con registro físico para notificación de accidentes de trabajo en el personal de la salud	EN PROCESO
Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	28	implementar mecanismos para mantener actualizadas las historias clínicas	EN PROCESO
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	28	implementar con coche de paro e insumos necesarios para ser utilizados en caso de emergencia	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	35	elaborar plan de mantenimiento de los equipos biomédicos del servicio	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	35	registro de realización del plan de mantenimiento de equipos del servicio	EN PROCESO



De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL**, se evaluaron 81 de las mismas, obteniendo 17 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo intolerable**, a la vez propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así mismo la oficina de gestión de la calidad asesora con la elaboración de los planes de mantenimiento preventivo, implementación un registro de notificación de accidentes de trabajo monitoreo de la practicar de manera continua acorde a los momentos de higiene de manos, se ha realizado coordinación para que se fortalezca las capacidades al personal de salud en temas relacionado a gestión de historias clínicas según normativa.

#### UPSS CENTRO DE HEMOTERAPIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	35	Implementar el uso del Care Bundle" o paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	35	Implementar con el registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la	28	Implementar con un registro el cumplimiento del plan anual de mantenimiento de todos sus equipos biomédicos.	EN PROCESO
Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	50	Implementar el registro del desarrollo de actividades de vigilancia activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo físicos (inclusive los nuevos).	50	elaboracion del plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos biomédicos.	EN PROCESO



De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CENTRO DE HEMOTERAPIA**, se evaluaron 72 de las mismas, obteniendo 05 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo moderado**, a la vez se propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así como la implementación del uso del care bundle, implementación de un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio.

**UPSS TRIAJE**

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	35	IMPLEMENTACION CON REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI	28	REGISTRO OBLIGATORIO DEL NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS DE LA HISTORIA CLINICA	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	28	ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	6	SOCIALIZAR EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	16	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL PACIENTE	EN PROCESO
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	35	REGISTRO OBLIGATORIO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Historia clínica ordenada y limpia.	28	IMPORTANCIA DE MANTENER LA HISTORIA CLINICA LIMPIA Y ORDENADA	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	28	IMPLEMENTAR CON REGISTRO DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL ASISTENCIAL	EN PROCESO
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas	28	SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR CON TACHOS PARA DISPOSICION DE RESIDUOS SOLIDOS EN EL AREA DE TRIAJE.	EN PROCESO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	35	REQUERIMIENTO EN COORDINACION CON ASESORIA LEGAL SOBRE CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES	EN PROCESO
Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	35	LIBRO DE ACTA EVIDENCIADO COORDINACION LA DIRECCION Y LA UNIDAD DE TRIAJE	EN PROCESO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos	12	GESTIONAR Y REQUERIR LA DISPONIBILIDAD DE PAPEL TOALLA	EN PROCESO
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	IMPLEMENTAR MECANISMOS PARA LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	EN PROCESO
La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	35	IMPLEMENTAR MECANISMOS DE INFORMACION PARA LA ATENCION DEL PACIENTE TRANSFERIDO A OTRA UNIDAD U ESTABLECIMIENTO	EN PROCESO
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	28	IMPLEMENTAR PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE	EN PROCESO
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	28	SOCIALIZACION PARA LA CORRECTA ELIMINACION DE MATERIAL PUNZO CORTANTE	EN PROCESO
Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas	28	SOCIALIZACION PARA EL ADECUADO CUIDADO Y MANEJO DE CATETERES EN COORDINACION CON SANFAMIENTO AMBIENTAL	EN PROCESO
Implementación de las medidas de aislamiento	28	SOCIALIZACION SOBRE MEDIDAS DE AISLAMIENTO	EN PROCESO
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundles' o Paquete de Medidas para la Prevención de las IAS basadas en evidencia	40	IMPLEMENTACION DEL USO DEL CARE BUNDLE PARA LA PREVENCION DE LAS IAS	EN PROCESO
Existencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS	28	SOCIALIZACION EN TEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ACTIVA, SELECTIVA Y LOCALIZADA DE LAS IAS	EN PROCESO
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	SEÑALIZACION DE ZONAS RIGIDAS Y SEMIRIGIDAS EN EL SERVICIO DE TRIAJE	EN PROCESO
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	SEÑALIZACION DE ZONAS RIGIDAS Y SEMIRIGIDAS EN EL SERVICIO DE TRIAJE	EN PROCESO
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	28	INVENTARIO DE EQUIPOS OPERATIVOS EN EL SERVICIO DE TRIAJE	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos)	28	ELABORACION DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas	28	ELABORACION DE CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS.	EN PROCESO



De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE TRIAJE**, se evaluaron 106 de las mismas, obteniendo 25 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo intolerable**, a la vez se propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así como la implementación del registro de eventos adversos, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, implementar con un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio.

**UPSS CONSULTORIO EXTERNO TRAUMATOLOGIA**

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
Registro de la Funciones Biologicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	25	SENSIBILIZAR CON RESPECTO AL REGISTRO OBLIGATORIO DE LAS FUNCIONES BIOLÓGICA	
Registro de los antecedentes del paciente.	25	SENSIBILIZACION SOBRE EL REGISTRO OBLIGATORIO DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE	
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	6	IMPLEMENTAR CON REGISTRO DE ACCIDENTES LABORALES	
Historia clínica ordenada y limpia	25	CAPACITACION SOBRE LA DIRECTIVA DE GESTION DE LAS HISTORIAS CLINICAS	
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	25	REGISTRO OBLIGATORIO DE LA CODIFICACION CIE X DE LOS DIAGNOSTICOS	
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	35	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES SOBRE LA NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS	
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI	35	CAPACITACION SOBRE LA DIRECTIVA DE GESTION DE LAS HISTORIAS CLINICAS	
Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la	12	IMPLEMENTAR CON HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS	
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	12	ELABORAR PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS	
Disponibilidad de papel toalla en todos los baños.	25	IMPLEMENTAR CON INSUMOS DE LAVADO DE MANOS	
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo	25	SENSIBILIZACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS	
El servicio ha implementado el uso de "Care bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	50	IMPLEMENTACION DE USO DEL CARE BUNDLE	
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o	50	IMPLEMENTAR CON CARTERA DE SERVICIOS HORARIO DE ATENCION	
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados	25	IMPLEMENTAR CON AFICHE DE LAVADO DE MANOS	
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	25	GESTIONAR INSUMOS PARA LAVADO DE MANOS	
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento	12	EJECUTAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MEDICOS	



De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE TRAUMATOLOGIA**, se evaluaron 106 de las mismas, obteniendo 16 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo importante**, a la vez se propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así como la implementación del registro de eventos adversos y fortalecimiento de capacidades, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, implementar con un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio, implementación del afiche de lavado de manos, implementación de la cartera de servicios, sensibilización de la importancia del lavado de manos.



UPSS CONSULTORIO EXTERNO PEDIATRÍA

VARIABLE A SER INSPECTADA	VALOR DE PUNTAJE	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
Registro de los antecedentes del paciente	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Registro de la enfermedad actual	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Mecanismos de respuesta para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes	20	acuerdo bajo este sobre medidas adoptadas para cubrir la ausencia de personal programado para garantizar la atención a los pacientes	EN PROCESO
Historia del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Registro de la Funciones Biológicas, vital, vitalidad, clínica, dopaminérgica, estado de ánimo	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Historia clínica ordenada y limpia	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM-IV de correspondencia (presencia o ausencia)	20	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Personal calificado del sustrato de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	20	implementación de registro y notificación de eventos adversos	EN PROCESO
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón	20	garantizar insumos para lavado de manos	EN PROCESO
Identificación de un paciente en riesgo de suceso debe poner en marcha estrategias operativas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento)	20	sensibilización sobre prevención de riesgo de suceso en suceso	EN PROCESO
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para	20	publicar la cartilla de servicios	EN PROCESO
Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	12	fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	20	implementación de registro de accidentes de trabajo	EN PROCESO
Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Paciente informado al que se le ha acordado sus dudas y preguntas respecto a	12	conformación con la jefatura del establecimiento para tomar acuerdos	EN PROCESO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos	50	implementar con ficha de consentimiento informado	EN PROCESO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos	50	implementar con insumos de lavado de manos	EN PROCESO
Cumplimiento de los 80 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	20	sensibilización sobre la importancia del lavado de manos	EN PROCESO
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	20	sensibilización sobre el correcto lavado de manos	EN PROCESO
Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las	20	sensibilización sobre el correcto lavado de manos	EN PROCESO
Manos y brazos que promuevan la adherencia a la higiene de manos	12	implementación con afiche sobre el correcto lavado de manos	EN PROCESO
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas	50	fortalecimiento de capacidades sobre bioseguridad	EN PROCESO
Cumplimiento de las medidas de aislamiento	50	fortalecimiento de capacidades sobre bioseguridad	EN PROCESO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las VAB basadas en	12	implementación y uso del care bundle	EN PROCESO
Equipos biomédicos accesibles según lo correspondiente a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	20	elaborar inventario de equipos biomédicos	EN PROCESO
Equipos biomédicos operativos según lo correspondiente a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	20	elaborar inventario de equipos biomédicos	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos)	20	elaboración de plan de mantenimiento de equipos médicos	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas	20	aplicación del plan de equipos biomédicos	EN PROCESO





De las 13 buenas prácticas, en la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRIA, se evaluaron 106 ítems de las mismas, obteniendo 27 verificadores inseguros, el cual son calificados con un valor de riesgo importante, a la vez se propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así como el fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, la implementación del registro de eventos adversos y fortalecimiento de capacidades, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, implementar con un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio, implementación del afiche de lavado de manos, implementación de la cartera de servicios, sensibilización de la importancia del lavado de manos.



#### 1.4 INFORMACIÓN DEL ANALISIS DE INDICADORES

FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas} \cdot \text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}}{\times 100}$	PROCESO	Semestral	25%	35%			50%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes} \cdot \text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}}{\times 100}$	RESULTADO	Semestral	83,8%	79,20%			82%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas} \cdot \text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}}{\times 100}$	PROCESO Y RESULTADO	Semestral	0%	0			0%

En el cuadro anterior se analizando la evaluación de indicadores en el periodo 2024, se logró el 50% en la ejecución de las 6 rondas de seguridad del paciente, aplicada por sorteo a las UPSS: Consultorio Externo de Planificación Familiar, Consultorio Externo de Infección de Transmisión Sexual, triaje, banco de sangre, Consultorio Externo de Traumatología, Consultorio Externo de Pediatría, junto al equipo de rondas, durante el I semestre.

Así mismo, se logró el 50 % de la ejecución de rondas de seguridad del paciente en el Hospital de Categoría II -1 "Rafael Ortiz Ravines" programadas según cronograma anual, y aprobada bajo resolución, además se obtuvo el 82% de cumplimiento de buenas prácticas y con respecto a las acciones de mejora aún están en proceso.

## II. RECOMENDACIONES

- ✓ Garantizar el respecto a sus derechos y la seguridad en la atención asistencial para reducir y mitigar los actos inseguros dentro del sistema de salud a través de las buenas prácticas en la población usuaria de los servicios de salud.
- ✓ Implementar espacios de fortalecimiento de capacidades y conversatorios para el personal asistencial de las diferentes unidades prestadoras de servicios de salud a fin de brindar una adecuada atención al paciente la seguridad del paciente.
- ✓ Las jefaturas de las área y servicios deben de socializar, tomar acciones y distribuirse las actividades de los resultados de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud a todo el personal asistencial a su cargo.
- ✓ Cumplir con la implementación de las acciones de mejora correctivas propuestas en cada UPSS, a fin de contribuir una atención, efectiva y eficiente para el paciente.



## ANEXOS

### 1.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN



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

INSTITUCIÓN: JILI		FORMA DE EVALUACIÓN: DIRECTIVA	AÑO: 2024
UPSE: COMSE LA VENTANA		FECHA DE EVALUACIÓN: 29/01/2024	(diciembre)
TITULAR RESPONSABLE UPSE: M.C. IVIRGY SANDON GONZALEZ		RESP. RESPONSABLE UPSE: LIC. ANELINDO COLCA HUAPRE	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN: TAPI, CRISTIANO CALLA VALENCIA		RESP. DE LA UHRA: DR. F. ADRIANA TATIANA QUIRPE CORNEJO	
RESP. OBSERVACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS: LIC. THO SÁVILA QUISPE		RESP. DE CANTONAMIENTO: LIC. ANELINDO COLCA HUAPRE	
		RESP. DE CANTONAMIENTO: DR. F. ADRIANA TATIANA QUIRPE CORNEJO	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	50%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	42%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSSEGURIDAD	82%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	94%
PROMEDIO	52%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	52%



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

IPRES:	JURÍ	COMPROBADO:	FECHAS:	AÑO:	2014
UPSE:	CORONATA VILLA	FECHA DE EMISIÓN:		ESTADISTICA:	(admonstr)
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. HUGO BARRION COLOMBA	COORDINADOR GENERAL:	DR. AVELINO COLCA HUMPIRE		
DIR. DE ADMINISTRACIÓN:	TAP. GUSTAVO COLLA VILLALBA	COORD. DE LA UPSE:	DR. MARIELA MARIN CASTILLO		
DIR. DE ATENCIÓN AL PACIENTE:	DR. GUSTAVO COLLA VILLALBA	COORD. DE RIESGO CALIDAD:	DR. AVELINO COLCA HUMPIRE		
DIR. DE ATENCIÓN AL PACIENTE:	DR. GUSTAVO COLLA VILLALBA	COORD. DE RIESGO CALIDAD:	DR. AVELINO COLCA HUMPIRE		

**BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS**

- SEGURIDAD EN LA INFORMACIÓN
- SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE
- IDENTIFICACIÓN CORRECTA
- SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN
- SEGURIDAD QUIRÚRGICA
- COMUNICACIÓN EFECTIVA
- MANEJO DE RIESGOS
- PREVENCIÓN
- PERFORMANCE Y MANEJO DE EMERGENCIAS

**% CUMPLIMIENTO**

SEGURIDAD EN LA INFORMACIÓN	7%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	4%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	88%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	7%
SEGURIDAD QUIRÚRGICA	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	7%
MANEJO DE RIESGOS	100%
PREVENCIÓN	6%
PERFORMANCE Y MANEJO DE EMERGENCIAS	0%
<b>PROMEDIO</b>	<b>65%</b>
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>65%</b>





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

PROVINCIA:	JULI	INSTITUCIÓN:	HOSPITAL	FECHA:	2024
UPSE:	CENTRO DE HIPOFISIOPATÍA	FECHA APLICACIÓN:	18/02/2024	RESPONSABLE:	(XXXXXXXXXX)
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	FRANCISCA COCHINA	RESP. EN LA UPM:	LIC. AVELINO COLCA HUMFRE		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	TAY, CRISTIANO CALA VALENZUELA	RESP. EN LA UPI:	CYNTHIA BACA MELO		
RESP. DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO:	LIC. TERESA VELAZQUEZ	RESP. EN CONSULTAS CALENDAS:	LIC. AVELINO COLCA HUMFRE		
		OTROS RESPONSABLES:	CYNTHIA BACA MELO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPM	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
LAGER DE MANOS	100%
BIENESTAR	75%
MANTENIMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%
PROMEDIO:	95%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:	96%





ACTIVIDADES EN PLANTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

UNIDAD:	JULI	INSTITUTO:	EL TIEMPO	AÑO:	2014
UPSA:	COMUNIDAD ESTEREA	FECHA APPLICACIÓN:	23/04/2014	(Continuar)	
TUTOR ADMINISTRATIVO:	FRANCISCA ROSA CORTES	RESPONSABLE USIA:	LIC. AVELINO COLCA HUMPAE		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SAN GUILLERMO DE LA VIEJINIA	RESP. DE LA USIA:	OSDT TATIANA CORNEJO GUEPE		
RESP. DEL SERVICIO ESPECIALIZADO:	LIC. FANNY P. JAVIER VILLAR GUTIERREZ	RESP. DE CALIDAD:	LIC. AVELINO COLCA HUMPAE		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. TERESA VILLAR GUTIERREZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REQUISITO EN LA HISTORIA CLÍNICA	70%
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA USIA	33%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	50%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECÁNICAS	0%
SEGURIDAD SEXUAL	3%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	50%
HIGIENE DE MANOS	80%
SEGURIDAD	0%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO:	32%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:

32%





APLICATIVO DE BONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA UES

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Unidad	Indicador	Valor	Valor Objetivo
UNES	RIESGO	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%
UNES	USO DE LA ESCALA	100%	100%

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS

- 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
- 2. MONITOREO DEL PACIENTE EN LA UES
- 3. COMUNICACIÓN EFECTIVA
- 4. PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES
- 5. MANEJO DE LA ESCALA
- 6. MANEJO DE LA ESCALA
- 7. MANEJO DE LA ESCALA
- 8. MANEJO DE LA ESCALA

% CUMPLIMIENTO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	100%
2. MONITOREO DEL PACIENTE EN LA UES	100%
3. COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
4. PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES	100%
5. MANEJO DE LA ESCALA	100%
6. MANEJO DE LA ESCALA	100%
7. MANEJO DE LA ESCALA	100%
8. MANEJO DE LA ESCALA	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>100%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

100%





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

RESULTADOS DE EVALUACION

IPRES:	JARI	TRANSICION:	W. SAN JORGE	AÑO:	2018	REG:	
UPSE:	CURRUTA PATRINA	FECHA EVALUACION:		2018/02/28	(Indefinida)		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	PERCY RAMON COLUMBA	RESP. UPR. MAXIMIZAD:	LIC. AVELINO COLCA RUMPIRE				
RESP. DE ADMINISTRACION:	TAP. GUERRA DA LA VILA Y NOA	RESP. DE LA UPR:	LIC. ISMAEL MAMANI SORDON				
RESP. OFICINA DE RIESGO EN ATENCION:	ING. TIRSO VALE RIZZO RIVERA	RESP. ORGANIZACIONAL UPR:	LIC. AVELINO COLCA RUMPIRE				
		COORDINADOR GENERAL:					



BUENAS PRACTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPR	25%
IDENTIFICACION CORRECTA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACION	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPR	100%
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y ESTADOS	57%
ALIMENTACION EFECTIVA	50%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIENESTAR	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE ESTADOS	50%
PROMEDIO	50%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

50%