



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



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

Lampa, 17 diciembre del 2024.

OFICIO N° 563 - 2024/GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO-D-REDESS-LAMPA/SGCID.

SEÑOR:
M.C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO
 Director Regional de Salud Puno
Puno.

Dirección Regional de Salud Puno
 TRAMITE DOCUMENTARIO
 17 DIC 2024
 N° 1330 Folios 39
 Control de Recepción

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

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

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

Adjunto el informe técnico y anexos Folio ().

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

Atentamente.




 GOBIERNO REGIONAL PUNO
 MINSU U.E. 413 SALUD LAMPA
 C.D. Sergio de Escobar Asto
 D.P. 32141
 DIRECTOR
 REG DE SALUD LAMPA



PUNO

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



Lampa, 16 de diciembre 2024.

INFORME TECNICO N° 028- 2024 GR/UE.412/RED DE SALUD LAMPA/SGC.

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

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

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

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

I. ANTECEDENTES.

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

Según la Resolución Ministerial 163 2020/MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N°92 MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión" La Rondas de Seguridad del paciente se aplica según los anexos de la norma técnica; del mismo se realiza la actividad con la finalidad de dar cumplimiento a Resolución Ministerial N° 105 2021/MINSA donde aprueba la directiva Administrativa N°304- MINSA/2021/DGOS" Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2024.

Datos Generales:

- 1.1 Institucional, departamento y servicio.
DIRESA – Puno, Redes Salud Lampa, Hospital Antonio Barrionuevo Lampa se realizó la Aplicación de Rondas en los Servicios: Patología, Nutrición y Dietética, Rehabilitación, Central de Esterilización, diagnóstico por imagen y Hospitalización.
- 1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo.

El Equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo está reconocido por la Resolución Directoral N°034-2024/D/REDESS- LAMPA/UPER.



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

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

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

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

II. ANÁLISIS:

2.1 Resultados:

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

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/03/2024	Diagnóstico por Imagen	98 %	Promedio
27/06/2024	Nutrición y Dietética	98 %	Promedio
29/02/2024	Patología clínica	93 %	Promedio
31/01/2024	Rehabilitación	56 %	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
31/04/2024	Central de Esterilización	89 %	
29/05/2024	Hospitalización	88 %	Promedio
II SEMESTRE	PROMEDIO	%	PROMEDIO

Se observa en la Tabla los resultados obtenidos durante las rondas de seguridad de salud del paciente realizados en hospital Antonio Barrionuevo Lampa en los diferentes servicios de Salud como en: Diagnóstico por imagen obteniendo un resultado de 98 % de cumplimiento de las buenas



Servicio de central de esterilización

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	89%

Servicio de rehabilitación.

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	93%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	57%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	83%
HIGIENE DE MANOS	14%
BIOSEGURIDAD	25%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%
PROMEDIO	56%

Servicio de Nutrición y Dietética.

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	100%
PROMEDIO	98%



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA**Servicio de Hospitalización**

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	63%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	88%

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

Servicio de Diagnóstico por imagen se logró un porcentaje de implementación 98%.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Riesgo importante	Socializar el llenado del formato de Eventos Adversos	Si cumplió
Personal conoce del sistema de registro	Riesgo importante	Socializar la importancia del registro y llenado de los eventos adversos	Si se implemento
La UPSS proporciona información sobre información sobre sus servicios , horarios de atención a pacientes y/o	Riesgo Importante	Implementar y publicar en parte visible el horario de atención	Si se cumplió



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

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

El servicio de diagnóstico por imágenes se evidencia varios verificadores inseguros en los se implementaron acciones de mejora obteniendo un cumplimiento de 98% aun quedando pendiente de la implementación.

UPSS de Hospitalización.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 corresponde a presuntivo el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Continuar con la coordinación con los profesionales médicos del registro CIE 10	Si se cumplió



PERÚ

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en le brazalete del paciente como en el cartel visible	Riesgo moderado	Implementar el riesgo de caídas	No se cumplió
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Riesgo moderado	Seguir implementado el formato de consentimiento informado para la actividad de docencia en la historia clínica	Si se cumplió
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Riesgo moderado	Implementar con equipos biomédicos	En proceso
Verificación de la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos Biomédicos	Riesgo moderado	Gestionar con el plan de mantenimiento	En proceso

UPSS Servicio NUTRICION Y DIETETICA: se logró implementar con acciones correctivas a un 98%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro Físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos	Riesgo moderado	Socializar sobre eventos adversos con el personal de la UPSS	Si se implementó
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón	Riesgo moderado	Poner en funcionamiento el lavamanos con agua y jabón	Si se cumplió
Utilización del formato de consentimiento para actividades de docencia	Riesgo moderado	Implementar el formato de consentimiento para actividades de docencia	Si se cumplió
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y	Riesgo moderado	Realizar análisis sobre eventos adversos	No se cumplió



(19.941)

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



eventos adversos			
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo	Riesgo Moderado	Implementar con registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo	si se cumplió
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos	Riesgo moderado	Solicitar al servicio de farmacia para su dotación	Si se cumplió

2.1.4 Información del análisis de indicadores.

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

II. Conclusiones

- Durante la aplicación de las rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital Antonio Barrionuevo, se obtuvo resultados satisfactorios en algunos ítems de verificación.
- La aplicación de las rondas de seguridad ayuda a mejorar brindar la atención con calidad a los usuarios.
- Con la aplicación de la lista de verificación nos ayuda a brindar una atención biopsicosocial al paciente.
- El personal de salud que labora en los diferentes servicios de salud con la aplicación de las rondas y verificadores; mejorara la atención al paciente a través de las acciones de mejora.

III. Recomendaciones

- Continuar con la implementación de mejoras en los diferentes servicios de salud en el hospital Antonio Barrionuevo Lampa.



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDES DE SALUD LAMPA



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

IV. Anexos

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



Lic. Sandra M. Escobar Justo
ENFERMERA
CER N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	AÑO	2014
IPSE:	ANTONIO BARRONHEVO (ASPA)	FECHA APLICACION:		2015-03-31	(dd/mm/aaaa)
UPSE:	DIAGNÓSTICO POR SEÑALES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENNY BENDICHA YUCRA		
TITULAR RESPONSABLE IPSE:	M.C. LUIS VELARQUEZ BORDA	RESP. DE LA UPSE:	SILVANA AMANZO COARITA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ING. RAUL GUTIERREZ DIAZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. MARTHA DEL CARPO CORDERAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. VOLANDA OLIVERA TORRES	OFICIO RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTOS EN LA UNIDAD CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE RIESGO	100%
ACTUALIZACIÓN	100%
PUNTO FUERTE Y ÁMBITO DE MEJORA	100%
PROMEDIO	80%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

80%


 Lic. Enríque Justo
 ENFERMERA
 CEP N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRONUEVO (LARPA)	TRIMESTRE:	N° TRIMESTRE:	AÑO:	2024
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:			
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BURDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENNY BENDIGA YUCRA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSE:	LIC. MAGALY SOTURAYUR GUERRA		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GARCÍA TORRES	RESP. OPC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTHA DEL CARMO CARABIAS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	80%
SEGURIDAD EN LA CONSULTA	80%
SEGURIDAD EN EL CUIDADO	80%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES EN EL PACIENTE	100%
SEGURIDAD DE LA ALIMENTACIÓN	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	80%
CONDUCCIÓN DE LA ATENCIÓN	100%
MANEJO DE BIENESTAR	100%
SEGURIDAD EN EL CUIDADO	80%
MANEJO DE BIENESTAR Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	85%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

85%


 Lic. Sandra M. Escobar Justo
 ENFERMERA
 CEP N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESE:	ANTONIO BARRONERO (LAPSA)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPES:	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	FECHA APLICACION:	18/11/2024 (98/10/2024)		
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	DR. LUIS ALBERTO VELÁZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. GLADYS TORRES GARCÍA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ALFREDO QUEZADA MIRANDA	RESP. DE LA UPES:			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YOLANDA GIVRE TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTINA DEL CARIÑO CÁRDENAS		
		OTROS RESPONSABLES:	G.F. LISA OCHOAQUE GUELLA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ACCESO EN LA UNIDAD CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPES	90%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE ADICCIÓN	100%
EQUIPAMIENTO	100%
FINANCIAMIENTO Y MANEJO DE FONDOS	100%
PROMEDIO:	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

90%


 Lic. Sandra M. González Jairo
 ENFERMERA
 CEP N° 01437



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

PRESE:	ANTONIO BARRONUEVO (LAPPA)	SEMESTRE:	N° SEMESTRE:	AÑO:	2024
UPSE:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACIÓN:	20083024 (Módulo)		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO QUEZADA MIRANDA	RESP. DE LA UPSE:	BAYDA CARRERA CALA		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GRABER TORRES	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	BARTHA DEL CARRO CARDENAS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA CARTILLA PÁGINA	100%
ESTADO DEL REGISTRO DE LA UPSE	91%
ENTREVISTA CON PACIENTE	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE RIESGO	100%
SEGURIDAD	100%
PLAN DE MANEJO Y MONIT. DE RIESGO	87%
PROMEDIO	93%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

93%


 Lic. Susana del Carmen Justo
 ENFERMERA
 CEP N° 51437



(IRI)

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 03



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDES DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 06

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

PRIOIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRONUEVO (LAMPN)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPES:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACIÓN:		SERIE(S):	(00887444)
TITULAR RESPONSABLE UPES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	PLAZA ESPECIALIZADA:	UC. VOU BORDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO GIEGADA MIRANDA	RESP. DE LA UPES:	DAYLA CÁRMINA CAJAS		
RESP. DEL SERVICIO ESPECIALIZADO:	DR. YOLANDA SUSPE TORRES	RESP. DEL SERVICIO ESPECIALIZADO:	BASTIA DEL CAYO CARRASQUE		
		DINOS RESPONSABLES:			

VALORACIÓN DEL RIESGO

Riesgo Alto	00 - 04
Riesgo Medio	05 - 10
Riesgo Bajo	11 - 15

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA - CIENTÍFICA)

Factibilidad Alta	1
Factibilidad Baja	2

DESCRIPCIÓN	%	VERIFICAR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIOIDAD DE INTERVENCIÓN
SECCIONES DE LA UPES	100%	Sección de Patología Clínica (Patología Clínica General)	100%	1	1	10
SECCIONES DE LA UPES	100%	Sección de Patología Clínica (Patología Clínica General)	100%	1	1	10
PARTE DE LA UPES	100%	UPES de Patología Clínica (Patología Clínica General)	100%	1	1	10
				2	1	
				3	1	
				4	1	
				5	1	
				6	1	
				7	1	
				8	1	
				9	1	
				10	1	
				11	1	
				12	1	
				13	1	
				14	1	
				15	1	
				16	1	
				17	1	
				18	1	
				19	1	
				20	1	
				21	1	
				22	1	
				23	1	
				24	1	
				25	1	
				26	1	
				27	1	
				28	1	
				29	1	
				30	1	
				31	1	
				32	1	
				33	1	
				34	1	
				35	1	
				36	1	
				37	1	
				38	1	
				39	1	
				40	1	
				41	1	
				42	1	
				43	1	
				44	1	
				45	1	
				46	1	
				47	1	
				48	1	
				49	1	
				50	1	



PERÚ

LA REGION
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 07



FICHA DE MONITOREO

PRESE	ANTONIO MARY DOMÍNGO (LUMEN)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2018	ZONA	(DEPARTAMENTO)
UPEL	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	25-07-2018				
TÍTULO ASESORABLE (PROCESO)	DR. LUIS VELÁZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLÓGICA:	LIC. YENNY MENONDA YUCRA				
REG. DE ADMINISTRACIÓN		RESP. DE LA UPEL:	LIC. MAGALY RODRÍGUEZ SUAREZ				
REG. OPTIMIZACIÓN EFECTIVIDAD:	LIC. YOLANDA CUEVA TORRES	RESP. PROC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTHA DEL CARMEN CORTIÑAS				
		OTROS RESPONSABLES:					

91%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	SOLUCIÓN PRÁCTICA	VERIFICADOR RESOLUCO	ACCIONES Y SEÑALES CORRECTIVAS	RESPONSABLES (NOMBRE)	PLAZO (FECHA)	MONITOREO (FECHA)	IMPLEMENTACIÓN
01	DEFINICIÓN DE COMBITA DEL PACIENTE	Plan de trabajo detallado de actividades con los registros a sus competencias y competencias.	Implementación del formato de trabajo de los registros	DR. MARY	2018/07/25	2018/07/25	SI
02	DEFINICIÓN DE LA UPEL	Formato de informe de trabajo de la unidad como un plan de trabajo y roles específicos.	Implementación del plan de trabajo de la unidad de trabajo y eventos asociados	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
03	PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE LAS UPEL POR FALLAS DE IMPLEMENTACIÓN	Plan de trabajo de la gestión de riesgos de la implementación y control de riesgos por eventos.	Plan de trabajo de la gestión de riesgos de la implementación y control de riesgos por eventos	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
04	IMPLEMENTACIÓN DE LA UPEL	UPEL que la unidad de trabajo de la unidad de trabajo y los roles para cada una de las unidades de trabajo.	UPEL que la unidad de trabajo de la unidad de trabajo y los roles para cada una de las unidades de trabajo	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
05	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
06	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
07	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
08	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
09	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI
10	DEFINICIÓN DE LA UPEL DEL PACIENTE	Formato de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente.	UPEL de la UPEL del paciente con el formato de la UPEL del paciente	YOLANDA DE PABLO	2018/07/25	2018/07/25	SI



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

FICHA DE MONITOREO

PROBLEMA	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE MONITOREO	FECHA DE CIERRE
PROBLEMA	PROBLEMA	PROBLEMA	PROBLEMA	PROBLEMA
TÍTULO	RESP. TÉCNICO	RESP. TÉCNICO	RESP. TÉCNICO	RESP. TÉCNICO
RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA
RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA
RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA	RESP. DE ASESORIA

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	INDICADOR	VERIFICACION	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAPAC)	PLAZO (SEMANAS)	FECHA DE MONITOREO	IMPEDIMENTOS
01	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
02	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
03	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
04	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
05	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
06	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
07	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
08	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
09	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
10	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
11	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
12	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
13	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
14	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
15	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
16	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
17	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
18	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
19	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION
20	SEGURIDAD DE LA UNIDAD	Seguridad física e higiene de la unidad de la institución de salud, al paciente y al personal.					SELECCION



FICHA DE MONITOREO

PRESES	ANTONIO BARRERO (LAMPY)	TRIMESTRE:	1º TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPDI:	RED DE SALUD DE REHABILITACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/11/2024	SEM:	(0000000000)
TU ASESORABLE PRESI:	DR. LUIS ALBERTO VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LC. GLADYS TORRES QUISPE		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO QUISPE MENDI	RESP. DE LA UNIDAD:	LC MARTHA DEL CANTO CARRERA		
RESP. DIFUSIÓN EDUCATIVA:	LC YOLANDA CASPE TORRES	OTROS RESPONSABLES:	LC LISA COCHOCHOQUE GALLA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (en semanas)	MONITOREO (semanas)	IMPLEMENTACIÓN
01	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	VERIFICACIÓN DE RIESGO	ACCIÓN DE MEJORA / CORRECTIVAS			
02	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registro de riesgo por nivel de los eventos y sus causas relacionadas en el UPDI.	Implementación de matriz los resultados de riesgo de salud de AREA de FORTALECIMIENTO de INCUBACIÓN		19/11/2024	SELECCIONADO
03	REVISIÓN DE CASOS	No caso de infección producida al estado actual de cada día está registrado en la FIC y se sigue hasta de según evidencia.	NO SE HA REALIZADO LA REVISIÓN DE CASOS			SELECCIONADO
04	REVISIÓN DE CASOS	Seguimiento de los eventos con sustento de lugar y datos.				SELECCIONADO
05	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los mensajes críticos están actualizados para dar lugar al cumplimiento de la implementación del UPDI.				SELECCIONADO
06	PREVENCIÓN DE LA UNIDAD	Verificar que se realice sobre la labor de los trabajadores y pacientes externos.				SELECCIONADO
07	REVISIÓN DE CASOS	Completar el de implementación por preparación de tipos de riesgo por evento.				SELECCIONADO
08	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registro de riesgo a partir de verificación de actividades de trabajo del personal involucrado.				SELECCIONADO
09	REVISIÓN DE CASOS	Clasificación de casos hasta verificación de los eventos.				SELECCIONADO
10	IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD	Registro de actividades relacionadas a la gestión de riesgo en el UPDI y de acuerdo al nivel de implementación.				SELECCIONADO
11	REVISIÓN DE CASOS	Porcentaje de implementación = 0% (0 de 10) de acuerdo al registro de los eventos (casos de actividades de riesgo) en el UPDI.				SELECCIONADO

