



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN

2018

Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General

Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Jefe de la Oficina de Gestión de la
Calidad

Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Coordinadora de la Autoevaluación



Lima - Perú

INDICE

I	PRESENTACIÓN	03
II	OBJETIVOS	04
III	ALCANCE	04
IV	METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN	04
V	CUMPLIMIENTO DEL PLAN	07
VI	OBSERVACIONES	07
VIII	PUNTAJE ALCANZADO	25
IX	RECOMENDACIONES	27
X	CONCLUSIONES	48

I. PRESENTACIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán es un hospital especializado en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental, tiene como misión prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud mental y rehabilitar las capacidades de los pacientes; en el cumplimiento de su misión se desarrollan múltiples y complejos procesos estratégicos, misionales y de apoyo que requieren ser constantemente evaluados y mejorados.

La autoevaluación como proceso de evaluación periódica que compara el desempeño del hospital con un listado de estándares óptimos a alcanzar constituye una herramienta importante que permite la mejora continua de los procesos a partir de las observaciones encontradas permitiendo además el accionar del total de unidades orgánicas y del personal en general en la búsqueda de brindar una atención de calidad en salud

La autoevaluación como primera etapa de la acreditación se viene desarrollando año a año en nuestro hospital logrando cada vez mayor motivación y participación de los diferentes estamentos del hospital evidenciándose ello en los resultados alcanzados que para el año 2018 en el cual 02 unidades orgánicas han alcanzado el 100% de cumplimiento de estándares correspondientes a un hospital III- 1.

El informe final del proceso de autoevaluación 2018 se elabora según la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada mediante R.M. N° 456-2007/MINSA, en él se detalla el proceso de autoevaluación orientado a la mejora continua de los procesos de atención en salud, la metodología seguida desde la conformación del Comité de Autoevaluación, la elaboración del Plan Anual de Autoevaluación, la conformación y capacitación del equipo evaluador y la ejecución misma del proceso consolidando las observaciones y resultados obtenidos en el presente periodo.

Al término del año podemos comprobar significativos avances en la mejora de los servicios de salud mediante la implementación del proceso de autoevaluación, queda todavía un trecho por avanzar en la acreditación, el cual estamos seguros se acortará cada año con la participación decidida del personal de salud todo con el fin de brindar a nuestros usuarios una atención de calidad.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio del proceso de autoevaluación interna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Realizar la evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento de estándares de calidad e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los Macroprocesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.

Realizar la calificación final de acuerdo a los criterios preestablecidos y obtener el puntaje deseado de igual o mayor de 85%, para solicitar la evaluación externa.

III. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

IV.METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica, se realizó lo siguiente:

Conformación del Equipo de Acreditación aprobado con R.D N°112 /HHV- 2018

Conformación del Equipo de Evaluadores Internos aprobado con R.D N°113 /HHV-2018

Elaboración del Plan de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, año 2018 aprobado R.D N°099-DG/HHV-2018

Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo institucional. En cumplimiento de la Resolución Ministerial 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP

V. 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”

Reunión técnica para el inicio de actividades de acuerdo al Plan de Autoevaluación interna 2018

Taller de Capacitación de Acreditación y Autoevaluación 2018.

Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en el HHV.

Reunión de trabajo con el equipo de evaluadores para designar a los líderes responsables por cada Macroproceso.

Comunicación del inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Este y a todos los órganos y Unidades Orgánicas del HHV.

Inicio de la Autoevaluación según Macroprocesos, a cargo de los evaluadores internos.

Presentación del Informe de Autoevaluación a las instancias correspondientes.

EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN 2018 R.D Nº 112-DG/HHV- 2018

Dr. John Loli Depaz

Lic. Lina Villegas Ccatamayo

Bach. Ruth Duran Gutiérrez

Bach. Willy Colon Flores

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS R.D Nº 113-DG/HHV-2018

Está constituido por los siguientes Evaluadores Internos:

MACROPROCESOS	EVALUADOR INTERNO
Direccionamiento	Dr. Julio Quintana Dra. Luz Castillo Zamora
Gestión de Recursos Humanos	Dra. Luz Castillo Zamora Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Gestión de la Calidad	Dr. Julio Quintana Lic. Noemi Paz
Manejo del Riesgo de la Atención	Dr. Rolando Zegarra.M Lic. Lina Villegas Ccatamayo

	Dra. Luz Castillo Zamora
Gestión de seguridad ante desastre	Bach. Colón Flores Castillo. Tap. Alayen Sauñe Muñoz
Atención ambulatoria	Dr. Carlos Ordoñez Dr. John Loli Depaz Bach. Ruth Duran Gutiérrez Lic. Lina Villegas Ccatamayo Bach. Willy Flores Castillo Psic. Liliana Castro Lic. Doris Mauricio Dra. Jenny Bernal Lic. Noemi Paz Lic. Melba Segura Venegas Lic. Francisca Mauricio Dra. Luz Castillo Zamora
Atención de Hospitalización	Dra. Verónica Chero Dr. Dr. Julio Quintana
Atención de emergencia	Dr. John Loli Depaz Psic. Liliana Castro
Docencia e investigación	Dra. Edith Chero Campos Lic. Noemí Paz
Atención de Apoyo al Diagnóstico	Psic. Liliana Castro Lic. Doris Mauricio Roque Dr. Julio. C Quintana Leonardo Dra. Marlene Barreda Bach. Ruth Duran Gutiérrez Lic. Lidia Aguilar Bach. Violeta Valiente Caro.
Admisión y alta	Tap. Alayen Sauñe Muñoz. Bach. Violeta Valiente Caro.
Referencia y Contrareferencia	Bach. Ruth Duran Gutiérrez. Lic. Lina Villegas Ccatamayo
Gestión de medicamentos	Lic. Francisca Mauricio Dra. Luz Castillo Zamora
Gestión de la información	Dra. Marlene Barreda Bach. Ruth Duran Gutiérrez.
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Lina Villegas Ccatamayo Bach. Willy Castillo Flores Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Manejo del riesgo social	Lic. Melba Segura Venegas Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Nutrición y dietética	Bach. Violeta Valiente Tap. Arturo Espinoza
Gestión de insumos y materiales	Bach. Willy Catillo Flores Bach. Violeta Valiente Caro
Gestión de equipos e infraestructura	Bach. Colón Flores Castillo Tap. Alayen Sauñe

V. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El Proceso de autoevaluación abarcó los pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, aunque no fueron totalmente secuenciales, pues la dinámica institucional y la realidad de los hechos no siempre garantiza lo teórico.

VI. OBSERVACIONES

Limitaciones referidas a la organización, ejecución y desarrollo de la autoevaluación: Los evaluadores Internos tuvieron ciertas dificultades para el uso de su tiempo, debido a sus turnos rotativos y para efectos de justificación ante su jefatura inmediata y la coordinación de personal.

El proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, en que los evaluadores internos tuvieron una participación importante en el mes de la ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por la líder de Autoevaluación de la OGC, la cual ha organizado la presentación de los informes correspondientes.

Actualmente estamos trabajando en el levantamiento de las observaciones correspondientes.

Las observaciones desprendidas de la evaluación, por macroprocesos es la siguiente:

Macroproceso1: DIRECCIONAMIENTO (DIR)

DIR1-3

MAPRO de formulación de Plan Operativo es del año 2006. Mapro de formulación de Plan de Contingencia inexistente

DIR1-7

Guías de Práctica Clínica desactualizadas no cumplen normatividad vigente. No se cumple adhesión a guías de práctica clínica

DIR2-2

Se cumple con la evaluación periódica de planes sin evidencia de que sean participativos.

Macroproceso 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)

GRH 1-2 Cuenta con Procedimiento documentado oficializado de inducción de personal pero no se cumple en el 100% de nuevos procesos de contratación.

GRH 2-2

Se verifica que no cuentan con actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos

GRH 3-1

Tienen un manual y un plan de Bioseguridad, pero no se evidencia informes de cumplimiento de medidas.

Macroproceso 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)

GCA 1-2

No evidencia capacitación en mejora continua del personal que implementa planes de mejora

GCA 1-4

Mapros asistenciales y administrativos del año 2006 desactualizados y sin aplicación

GCA 2-2

Mapro de buzón y sugerencias, Mapro de Libro de Reclamaciones no cuentan con oficialización respectiva

GCA 2-4

RD de Consentimiento informado para docencia aprobado. Aún no se implementa en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización

GCA 2-7

No se observa publicación de cartera de servicios que ofrece el hospital

GCA 2-8

No cuenta con fluxograma de atención en todos los servicios

GCA 3-1

No se evidencia encuesta anual de satisfacción del usuario interno

GCA3-3

El resultado global de insatisfacción del usuario externo respecto al buen trato está por encima de los niveles de insatisfacción esperados.

GCA3-4

El resultado global de insatisfacción del usuario externo respecto a recibir información completa y entendible está por encima de los niveles de insatisfacción esperados

GCA3-5

El resultado global de insatisfacción del usuario externo respecto a privacidad durante la atención está por encima de los niveles de insatisfacción esperados

GCA3-7

No se verifica informe de satisfacción del usuario interno

Macroproceso 4 : MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)

MRA 1-8

No evidencia con documento que contiene el mapa global de procesos o fluxograma del consentimiento informado y no aplica entrevista.

MRA 1-9

No cuenta con formatos de consentimiento informado

MRA 1-10

No cuenta con formato de rechazo al procedimiento o tratamiento

MRA 2-6

Evidencia de Manual de procedimientos de enfermería en pacientes con riesgo de úlceras de presión pero pendiente de aprobación

MRA 2-8

Se verifica y no cuenta con Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo.

MRA 2-9

No cuenta con Guías de Práctica que contiene medidas de prevención de la desnutrición

MRA 4-3

Se verifica que evalúan pero no existe protocolos

MRA 5-1

Se verifica que el personal de enfermería no cuenta con guías de atención de enfermería actualizadas

MRA 5-5

Se revisa documentos de acciones de mejora y está en proceso de implementación

MRA 6-3

Se verifica que no existe procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, Emergencia ,UCI u otras áreas de riesgo)

MRA 6-9

Se verifica que menos del 50% de personal aplica los manuales de procedimientos

Macroproceso 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)

GSD .1-1

No cuenta con certificado de inspección técnica de seguridad de defensa civil

GSD .1-2

No cuenta con informe de seguridad de obras acondicionamiento y remodelaciones emitidos por la municipalidad de las dos últimas obras

GSD .1-3

Se verifica señalización en diferentes áreas de la institución entre el 50% y 80%

GSD .1-5

Falta señalización de tuberías de fluidos peligrosos (gases, aire comprimido en Laboratorio y Odontología)

GSD .2-2

Se verifica R.D de conformación de Brigadas no cuenta con documento de asignación de equipamiento a las brigadistas

GSD .2-4

No cuenta por planes de contingencia y de respuesta regional y local

GSD .2-5

No cuenta con actas de reuniones multisectoriales de elaboración de planes de respuesta regional y local

GSD. 2-6

Cuenta con Plan de respuesta ante las emergencias del comité de Emergencias y Desastres institucional actualizado, no cuenta con actas de reunión.

GSD .2-8

No cuenta con Guías de manejo de emergencias masivas.

GSD .3-1

No cuenta con documentos oficiales que muestran la difusión de disposiciones al personal sobre declaración de alertas.

GSD .3-2

Cuenta con ambulancias y al verificar la lista de chequeo no está implementada de acuerdo a la Norma.

GSD .3-5

Cuenta con cisternas de almacenamiento de agua, para abastecer 24 horas interrumpidas.

GSD 3-6

No cuenta con listado de Stock de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencia y desastres

Macroproceso 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)

CGP1-2

No se evidencia que indicadores de gestión y prestación hayan sido establecidos de manera consensuada con los responsables de las áreas y servicios.

CGP2-5

No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en las atenciones realizadas en emergencia

CGP 2-7

Informes de monitoreo y evaluación de la calidad en los servicios de atención clínica con resultados menores a lo esperado

CGP 2-9

Procesos de atención no cumplen con estándares según informes de auditoría

CGP2-11

No se evidencia documento de comunicación de resultados de supervisión (rondas de seguridad) a los servicios

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA-CONSULTA EXTERNA HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN "DSMAG" (ATA)

ATA 1-1

Se observa señalización y mecanismos de información visibles, pero no en todas las áreas de primer contacto para el usuario, y no están en buenas condiciones

ATA 1-2

No se tiene publicada la cartera de servicios de consulta externa

ATA 1-3

No existe informe de inducción al personal y/o documento de capacitación

ATA 1-4

Existe un documento que contiene las políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria, pero no existe un registro que muestre la reducción del número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria.

ATA 1-5

No se ha desarrollado mecanismos para la atención preferentes de mujeres embarazadas, adultos mayores y con discapacidad física

ATA 2-1

Cuenta con guías de práctica clínicas en forma parcial.

ATA 2-2

Existe evidencia documentaria de la existencia de un mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC.

ATA 2-3

Se verifica que entre el 50% y el 80% de las historias clínicas sigue los lineamientos de las GPC

ATA 3-1

No presenta documento sustentatorio

ATA 3-6

El establecimiento no desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DSMNA (ATA)

ATA 1-2

No tiene publicada la cartera de servicio de consulta externa en el Departamento del Niño y Adolescente.

ATA 1-3

Se observa y verifica que el personal a cargo del área de triaje, no está capacitado. Refiere que se realizó solo capacitación en servicio.

ATA 1-4

No se cuenta con una Política para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria los días solicitados.

ATA 1-5

No se ha desarrollado mecanismos para mujeres embarazadas, niños y adultos mayores

ATA 2-1

Se evidencia GPC del año 2012

ATA 2-2

No cuenta con mecanismo para evaluar el nivel de cumplimiento de la GPC.

ATA 2-3

No cuenta con informes de auditoría para las Historias Clínicas

ATA 4-1

No cuenta con mecanismos para recoger sugerencias o quejas de los usuario

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Psicodinàmica) (ATA)

ATA 1-1

Evidencia señalización del servicio falta mecanismos de información visibles en áreas de primer contacto para el usuario externo.

ATA 1-2

No evidencia Cartera de servicios de Psicodinàmica publicada y mensajes comprensibles para el usuario externo

ATA 1-3

Evidencia servicio de triaje falta informe de inducción y capacitación de personal

ATA 1-4

No establece política para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria en los días solicitados

ATA 2-3

Informes de Auditoría de la Calidad de Registros de Atención de las Historia Clínicas

ATA 3-6

El establecimiento no desarrolla no implementa programas de prevención de las Patologías más frecuentes.

MacroprocesoN° 07: ATENCIÓN AMBULATORIA-CONSULTORIO- MEDICINA GENERAL

ATA 1-2

Cartera de servicios publicada. Encuesta a usuarios

ATA 1-3

Se observa el servicio de triaje, pero no tiene informe de inducción al personal y/o documento de capacitación.

ATA 1-4

No cuenta con documento

ATA 2-1

No cuenta con Guías de Práctica (GPC) según el perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida

ATA 2-2

No se cuenta con mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC

ATA 2-3

No Presenta informes de auditoría de la calidad de registro de la atención de las H.C. con adherencia a las GP

ATA 4-1

Presenta memorándum N° 157-DSM-HHV-2018 solicitando la instalación de un Buzón para recoger sugerencias, quejas o reclamos de lo usuario

ATA 4-2

No cuenta con Buzones accesibles o medios de difusión que incentiven y faciliten a los usuarios a consignar sugerencias y quejas de la atención ambulatoria.

MacroprocesoN° 07: ATENCIÓN AMBULATORIA-CONSULTORIO- MEDICINA INTERNA

Código del Estándar: ATA

ATA 1-2

Cuenta con cartera de servicios publicada en mal estado ,no aplica encuesta a usuarios

ATA 1-3

Se observa el servicio de triaje, pero no tiene informe de inducción al personal y/o documento de capacitación.

ATA 1-4

No cuenta con documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir numero de Usuarios que no accede a la atención ambulatoria.

ATA 1-5

Se observa mecanismos de atención preferencial, falta documento oficial donde define mecanismos de atención preferencial, falta documento oficializado R.D.

ATA 2-1

No cuenta con Guías Prácticas Clínicas (GPC) según el perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida

ATA 2-2

No se cuenta con mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC

ATA 2-3

No Presenta informes de auditoría de la calidad de registro de la atención de las H.C. y de adherencia a las GPC

ATA 4-1

Presenta memorándum N° 157-DSM-HHV-2018 solicitando la instalación de un Buzón para recoger sugerencias, quejas o reclamos de lo usuario

ATA 4-2

No cuenta con Buzones accesibles o medios de difusión que incentiven y faciliten a los usuarios a consignar sugerencias y quejas de la atención ambulatoria.

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DRESAM

ATA 1-3

Se observa el servicio de triaje pero no tiene informe de inducción al personal ni documento de capacitación.

ATA 4-1

Se observa al DRESAM que no cuenta con Directiva de mecanismos para recoger sugerencias, quejas y reclamos.

ATA 4-2

Se observa al DRESAM que no cuenta con buzones accesibles o medios de difusión anfitrionas o formatos disponibles u otros.

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA CONSULTA EXTERNA (ATA) Ñaña

ATA 1-1

No cuenta con señalización y mecanismos de información, según Normativa vigente

ATA1-3

Se dispone de un área de triaje, pero no cuenta con informe de inducción al personal ni constancia de capacitación.

ATA2-1

No se evidencia Guías de práctica clínica actualizada solo del año 2012 abordando patologías más frecuentes Depresión, Esquizofrenia sin R.D en forma parcial.

ATA2-2

No tiene Documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC.

Faltan Informes de auditoría de la calidad de registro de la atención

ATA2-3

No verifica que menos del 50% de las H.C siguen los lineamientos de la GPC. No presenta Informes de Auditoría de la Calidad de Registros de Atención de las Historia Clínicas

ATA 3-1

No aplica encuesta, No cuenta con documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes

ATA3-6

El establecimiento no desarrolla ni implementan programas de prevención de las patologías más frecuentes.

ATA 4-1

Cuenta con documento oficial que define mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos pero falta aplicar encuesta aplicadas sobre conocimiento del personal.

Macroproceso 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (DAMOC) ATA

No observaciones cumple con todo lo establecido

Macroproceso 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Dpto. de Salud Mental en Familia) ATA

No observaciones cumple con todo lo establecido

Macroproceso N° 09: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN –HHV (ATH)

Servicio de Hospitalización (varones, mujeres) del DSMAG, y Servicio de Hospitalización (varones, mujeres) del dpto. Adicciones.

ATH1-1

Plan Operativo 2017 y ASIS 2016 que identifican causas frecuentes de internamiento institucional no se encuentran en los servicios de hospitalización

ATH1-2

No se implementan por los órganos responsables mejoras propuestas en reuniones de los equipos de gestión y/o equipos terapéuticos

ATH 2-1

Se atiende menos del 50% del cuadro de necesidades de los servicios de hospitalización

ATH2-2

GPC no existentes en los servicios de internamiento. Comité de elaboración de GPC oficializado con RD, no se verifica actas de reuniones de trabajo para la elaboración de GPC.

ATH 2-3

No se realizan mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento el paciente

ATH3-1

Menos del 90% de los trabajadores cumple con medidas de bioseguridad

ATH 3-2

Se verifica registros de IIH. No se registra ocurrencia de eventos adverso

ATH 4-1

Se verifica existencia de GPC para algunas patologías las mismas que no se encuentran en los servicios de hospitalización.

ATH 4-3

Se verifica en HC que no se implementan las GPC

ATH 4-5

No se evidencia informe de evaluación de recomendaciones de auditoria

ATH 5-1

Menos del 50% de usuarios comprende la información recibida sobre su enfermedad

ATH 6-1

Los servicios de hospitalización no cuentan con Manual de Procedimientos para Interconsultas.

ATH 6-2

No cuenta con programación de atención de 24 horas para el Servicio de Diagnóstico (laboratorio).

ATH7-1

No se verifica documento o informe de evaluación de HC por pares

TH 7-4

No existe concordancia entre los planes de trabajo de las Historias Clínicas y las GPC

ATH 7-6

Se verifica informe de Análisis de evento adverso, pero no se implementan recomendaciones.

Macro proceso 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH) Ñaña

Código del Estándar: ATH

ATH1-2

No hay evidencia documentaria oficial de identificación de necesidades de mejora de la atención por parte de los servicios

ATH2-2

Las jefaturas promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica pero no cuenta con GPC, Actas, R.D. cuenta con ASIS

ATH4-3

Cuenta con GPC para manejo de HC 2,012 pendiente de actualización para la atención en el tratamiento de adicciones, no cuenta con lista de chequeo.

ATH4-5

Se audita pero no se toman acciones de mejora de los procesos en base a los resultados.

ATH5-1

No cuenta con Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida.

ATH6-1

No evidencia los Procedimientos de interconsulta.

ATH7-1

No cuenta con documento que establece mecanismos de evaluación periódica de HCL por pares.

ATH7-2

No evidencia informe semestral de quejas y sugerencias.

ATH7-3

No cuenta con documento oficial que establece horarios para información al usuario y /o familiar.

ATH7-4

Menos del 50% de planes de trabajo están de acuerdo con GPC oficial, tiene del 2012

Macroproceso 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA (EMG)

EMG 1-4

Se verifica que entre el 50% y el 80% de las atenciones cumplen con las GPC. Cuentan con las guías de depresión, intento suicida, intoxicación por sustancias psicotropas,

esquizofrenia. Sin embargo faltan actualizar las guías, pues fueron aprobadas en el año 2006.

EMG 2-1

Se verifica la existencia sólo parcial de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención en emergencia..

EMG 2-5

Se verifica la existencia sólo parcial de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención en emergencia..

Macroproceso 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código del Estándar: ATQ

No aplica

Macroproceso 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIV)

Código del Estándar: DIV

DIV 1-1

No existe RM., ni RD

DIV 1-3

No tiene RD, cuenta con trabajos de Investigación de otras instituciones

DIV 1-4

No cuenta con formatos de CI para trabajos de investigación

DIV 1-5

Tienen RD de conformación de comité de 2,012 No cuentan con Libro de actas

DIV 1-6

No cuenta con Libro de Actas

DIV 1-7

No cuenta con Reglamento de docencia para post-grado ni Informe de actividades académicas de pre y post grado

DIV 1-8

No cuenta con Reglamento de docencia para post-grado ni Informe de actividades académicas de pre y post grado

DIV 1-9

No cuenta con programa de tutoría y asesoría oficial de pre y post grado. Tampoco Informes de cumplimiento de los programas establecidos.

DIV 2-1

No cuenta con actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación y Ética /bioética solo de docencia.

DIV 2-2

No tienen planes ni informes de supervisión

DIV 2-3

No cuentan con Plan ni Informe

DIV 2-4

No existe informe de protocolos de investigación

DIV 2-5

No cuenta con inventarios de materiales de capacitación ni investigación, tampoco biblioteca física y virtual

DIV 2-6

No cuenta con horarios establecidos de servicios bibliográficos, ni libro de registro de uso de biblioteca, tampoco Informe de encuesta.

Macroproceso 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Psicología Diagnóstico) (ADT)

ADT 2-1

Se cuenta con estándares de tiempo oficiales para la entrega de resultados de las evaluaciones psicológicas

ADT 3-5

Existen reportes de la demanda no atendida en el servicio de Diagnóstico Psicológico.

Macroproceso13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Laboratorio (ADT)

ADT1-1

Se observa la implementan de procedimientos contenidos en las normas y guías del servicio de Laboratorio, pero falta actualizarlo.

ADT2-1

Se cuenta con estándares de tiempo oficiales para la entrega de resultados de los exámenes de laboratorio, le falta el documento el documento oficial que consigne

ADT3-1

Se observa que Laboratorio no ha desarrollado indicadores de calidad relacionado a la entrega oportuna de los resultados en función a las necesidades de los pacientes.

ADT3-2

Se observa que Laboratorio realiza calibraciones pero no control de calidad del procedimiento.

ADT3-6

Se verifica la evidencia documentaria oficial de la capacitación al personal del servicio de laboratorio pero falta el informe y la encuesta de satisfacción al usuario ambulatorio

Macroproceso 13:Atención de Apoyo al Diagnóstico EKG - EEG (ADT)

ADT1-1

No se evidencian manuales de procedimientos de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados

ADT1-2

El servicio no cuenta con plan de control de calidad del servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento documentado ni oficializado

ADT2-1

Los estándares de tiempo para entrega de resultados no están documentados ni oficializados.

ADT3-1

No se verifica RD de Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo Al Diagnóstico y Tratamiento

ADT3-6

No se verifica plan de capacitación del personal de servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento relacionado a EKG y EEG

Macroproceso N°13: Atención de Apoyo al Diagnóstico-Rayos X

ADT1-1

Se cuenta con Manual de Procedimiento falta actualizar y aprobar con RD

ADT1-2

Se tiene programa de control de calidad en el sistema informático no hay informes

ADT3-1

Se observa que falta aprobar con RD. Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo Al Diagnóstico y tratamiento incluyendo Rayos X.

ADT3-2

Se realiza capacitación del personal de servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento relacionado a EKG y EEG, pero falta incluirlo en el MAPRO.

Macroproceso N° 14: ADMISIÓN Y ALTA (ADA)

ADA1-1

Los formatos, no están estandarizados de acuerdo con la normatividad vigente. 30%

ADA1-2

Se está elaborando el MAPRO basado en la referencia normativa

ADA1-3

Falta que normas, guías y manuales culminen basadas en la referencia normativa

ADA 1-4

Si se cumple

ADA1-5

Según entrevista el personal se encuentra parcialmente capacitado

ADA2-1

Se cumple según las normas de la referencia normativa a través de la Oficina de Gestión de la Calidad

ADA 2-2

Si se cumplen según las normas de la referencia normativa

ADA2-3

Se realiza pero no está de acuerdo a la programación

ADA2-4

Cobertura planificada

ADA2-5

La programación de datos que se proyecte en coordinación con la oficina de planeamiento estratégico

ADA2-6

La programación de datos que se proyecte en coordinación con la oficina de planeamiento estratégico

ADA2-7

NO participa activamente en la Auditoría de Historias Clínicas de acuerdo a lo establecido; ya que se realiza a través del Comité de Auditoría.

ADA2-8

Cuenta con una copia del Informe que se realiza sobre satisfacción del usuario externo ya que se realiza a través de la Oficina de Gestión de la Calidad.

ADA3-1

Se realiza. No está documentado falta aprobación normativas o guías de procesos.

ADA3-2

Se registra de acuerdo a la competencia.

ADA4-1

No se realiza.

Macroproceso N° 15: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (RCR)

Código del Estándar: RCR

RCR1-1

El plan anual está en Dirección General para su aprobación

RCR1-2

Ha establecido coordinaciones pero no hay evidencia documentaria

RCR2-1

No cuenta con el rol del personal para el traslado del pacientes

RCR2-2

No se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible las 24 horas

RCR3-1

Se verifica que el personal responsable conoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia pero no implemento ni controla.

Macroproceso N° 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)

GMD 2-5

Los errores en la prescripción de medicamentos son registrados, pero no existe evidencia que son corregidos por la autoridad competente del establecimiento

GMD 3-2

Existe evidencia documentaria de la implementación de disposiciones para mejorar el porcentaje de prescripciones no atendidas, pero no hay evidencia del informe.

Macroproceso N° 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

GIN 1-5

El 90% del personal se encuentra capacitado

GIN 1-6

No cuenta con MAPRO actual, pero existe evidencia de procedimientos para el sistema de gestión de la información.

Macroproceso18: Descontaminación,Limpieza,Desinfección y Esterilización - ODONTOESTOMATOLOGIA (DLDE)

DLDE1-1

Cuenta con Manual de Desinfección y Esterilización del área pero falta oficializarlo con una R.D

DLDE1-3

Cuenta con lo requerido pero le falta actualizar

DLDE2-2

El personal clasifica y realiza la descontaminación del material pero no de acuerdo a lo establecido en el manual

DLDE2-3

No cuenta con MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD ,tampoco la lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad de acuerdo a la norma.

DLDE2-4

Se observa que no cuentan con Lista de chequeo de cumplimiento de las disposiciones del Manual de desinfección y esterilización

DLDE2-5

No cuenta con Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización

Macroproceso18: Descontaminación,Limpieza,Desinfección y Esterilización Enfermería, Epidemiología, Central de Esterilizacion y Servicios Generales

DLDE2-3

No cuenta con MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD tampoco la Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad de acuerdo a la norma.

DLDE2-4

Se observa que no cuentan con Lista de chequeo tampoco del Manual de desinfección y esterilización

DLDE2-5

No cuenta con Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización

DLDE2-6

Se verifica el personal técnico de enfermería registra el deterioro de enseres de cama y ropa, le falta informe

DLDE3-2

Se verifica el personal técnico de enfermería registra el deterioro de enseres de cama y ropa, le falta informe

DLDE3-3

No se evidencia el Libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería, menos el informe de medidas correctivas

DLDE4-2

Se verifica que en Servicios Generales no evidencia MAPRO con RD que aprueba el Procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios, menos el Informe de supervisión del cumplimiento según la Norma, tampoco la Lista de chequeo.

DLDE4-4

Se verifica que en Servicio Generales no realizan Encuesta de percepción al usuario interno y externo (10usuarios)

Informe de la Implementación de las mejoras. de acuerdo a los resultados de la Encuesta.

Macroproceso 19: MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)

MRS 1-1

Se observa Documento oficial (RD) que aprueba el Sistema de Evaluación Socioeconómica Institucional, pero no esta las 24 horas.

MRS 1-2

Realizan el control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica, pero no cuentan con el informe mensual de dicho control de calidad.

MRS 2-2

Se observa tarifario diferenciado del EESS, pero no existe Informe de verificación del mismo.

Macroproceso 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (NYD)

NYD 1-1

MAPRO No ha sido aprobado. No evidencia

NYD 1-6

Cuenta con lo requerido en fuentes auditables. A excepción que le falta difusión y Encuesta a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimientos nutricionales.

NYD 2-4

No evidencia que lleva el registro del porcentaje de quejas y reclamos

Macroproceso 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)

GIM1-1

Si existe RD 062-2009-DG-HHV. Falta actualizar

GIM1-3

No cuentan con Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales

GIM1-4

No cuentan con Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales.

GIM2-1

No cuenta con informe de requerimiento de bienes estratégicos de cada Servicio.

GIM2-3

No cuenta con Registro Manual o electrónico de entrega de insumos y materiales concordante con la Programación de requerimientos

GIM2-4

No cuenta con Registro Manual o electrónico de opinión de los técnicos en procesos de adquisición de insumos y materiales, o informes de auditoría de procesos de adquisición

Macro proceso 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)

EIF1 - 1

No cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos

EIF1 – 2

El Plan de remplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos aprobado con RD, no está incorporado en el POA.

EIF1 - 3

No cuenta con personal capacitado en proyectos de inversión.

EIF1 - 4

No hay evidencia documentaria de capacitación del personal para realizar el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.

EIF1 - 5

No cuenta con procedimientos documentados para adquisición de equipos mantenimiento remodelación y/o ampliación de la infraestructura física.

EIF1 - 6

Cuenta con un sistema de inventario actualizado pero no cuenta con informes trimestrales de operatividad de equipos e instrumentos.

EIF1 –7

No cuenta con un Manual de Procedimientos para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias

EIF1 –8

No cuenta con Manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas control y seguimiento de obras

EIF1 –9

No cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica)

EIF2 - 1

No cuenta con un manual de procedimientos de verificación de inventarios

EIF2 – 2

Se elaboran Informes trimestrales para evidenciar el seguimiento de mantenimiento preventivo a los equipos sin patrón de periodicidad (no se realizan de acuerdo al cronograma establecido en el P.M).

EIF2 - 3

No cuenta con libro o registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.

VII.- PUNTAJE ALCANZADO.

Al haberse concluido la evaluación el puntaje total alcanzado es del 67% (No Aprobado).

Código Categoría	Categoría	Puntaje Máximo por categoría	Puntaje obtenido Categoría	% Cumplimiento por Categoría
GER	GERENCIAL	211.87	156.28	73.76
PRE	PRESTACIONAL	242.14	154.79	63.93
APOYO	APOYO	151.34	93.23	61.60
TOTAL		605.35	404.30	
PUNTAJE FINAL			67	

Establecimiento :	HOSPITAL HERMILIO VALDI										
Tipo de Establecimiento :	III-1										
Fase:	AutoEvaluación										
Año:	2018					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :	4										
	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.88	40.84	85.29	211.87	156.28	73.76
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	47.88	38.02	79.41			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	33.87	70.73			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	41.04	85.71			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	47.88	22.23	46.43			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	47.88	35.91	75.00	242.14	154.79	63.93
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	22.74	47.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	27.49	57.41			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	17.10	15.75	92.11			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	17.10	17.10	100.00	151.34	93.23	61.60
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	47.88	5.70	11.90			
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	1	9	1	11	17.10	10.10	59.09			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	9.28	54.29			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	13.08	76.47			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	15.78	92.31			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	16.36	95.65			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	34.20	16.51	48.28			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	12.44	72.73			
Manejo de nutrición de pacientes	10	4	5	1	10	17.10	12.57	73.53			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	7.23	42.31	605.35	404.30	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	2.51	14.71			
Total	342	134	167	41	342	653.22	416.56				
									Puntaje Final (%)	67	

VIII. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones emitidas de las observaciones, encontradas en el proceso de autoevaluación 2018 son las siguientes:

Macroproceso 1: DIRECCIONAMIENTO (DIR)

DIR1-3

Actualizar MAPR de formulación de Plan Operativo del HHV. Formular Mapro de Plan de Contingencia

Plazo: 2 meses

DIR1-7

Gestionar elaboración de Guías de práctica clínica según normatividad vigente. Implementar acciones para adhesión a Guías de Práctica Clínica.

Plazo: 3 meses

DIR 2-2

Realizar eventos participativos de evaluación de planes

Plazo: 3 meses

Macroproceso 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)

GRH1-2

Se recomienda que el procedimiento de inducción se cumpla en la contratación de todo el personal nuevo y oficializar con R.D

Plazo: 1 mes

GRH2-2

Se recomienda que se implemente los 7 Subsistemas de Recursos Humanos de la ley Servir para mejorar con calidad el desempeño de los recursos humanos del HHV.

Plazo: 1 mes

GRH3-1

Solicitar y archivar copia de informes de cumplimiento de medidas de bioseguridad al presidente de dicho comité.

Plazo: 2 mes

Macroproceso 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)

GCA1-2

Programar eventos de capacitación en formulación y ejecución de planes de mejora continua

Plazo: 3 meses

GCA1-4

Asistencia técnica para la formulación e implementación de Mapros gerenciales, misionales y de apoyo

Plazo: 3 meses

GCA2-2

Gestionar aprobación y oficialización de Mapros de Buzón y Sugerencias y Libro de Reclamaciones

Plazo: 1 mes

GCA2-4

Gestionar la implementación del Consentimiento Informado para docencia en los servicios del hospital

Plazo: 1 mes

GCA 2-7

Gestionar la publicación de la cartera de servicios del HHV

Plazo: 1 mes

GCA 2-8

Gestionar la publicación de fluxograma actualizado de atención en todos los servicios de consulta externa y hospitalización

Plazo: 1 mes

GCA 3-1

Realizar encuesta anual de evaluación de satisfacción del usuario interno

Plazo: 3 meses

GCA3-3

Gestionar e implementar acciones de mejora del buen trato en la atención del paciente

Plazo: 3 meses

GCA 3-4

Gestionar e implementar acciones de mejora respecto a información completa y entendible en la atención del paciente

Plazo: 3 meses

GCA3-5

Gestionar e implementar acciones de mejora respecto a privacidad durante la atención del paciente (implementación de consentimiento informado para docencia)

Plazo: 3 meses

GCA3-7

Gestionar la Implementación de encuesta de satisfacción del usuario interno

Plazo: 3 meses

Macroproceso 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código del Estándar: MRA

MRA 1-8

Elaborar documento que contenga el Mapa Global de procesos o fluxograma del consentimiento informado

Plazo: 1 mes

MRA 1-9

Elaborar formatos de consentimiento informado

Plazo: 1 mes

MRA 1-10

Elaborar y oficializar un formato de Rechazo al procedimiento o tratamiento.

Plazo: 1 mes

MRA 2-6

Elaborar manual de procesos de enfermos hospitalizados en riesgo úlceras de presión con el documento oficializado RD

Plazo: 1 mes

MRA 2-8

Elaborar Manual de Procedimientos de enfermería. HCL de pacientes en riesgo

Plazo: 1 mes

MRA 2-9

Se recomienda coordinar con el Dr. Carlos Chávez y el Lic. Hernán Marcelo De la Cruz Jefe actual de nutrición

Plazo: 1 mes

MRA 4-3

Registrar las infecciones donde incorpora objetivos de prevención y control de infecciones.

Plazo: 1 mes

MRA 5-1

Elaborar guías de atención de enfermería actualizada

Plazo: 1 mes

MRA 5-5

Se recomienda culminar con el proceso de implementación

Plazo: 1 mes

MRA 6-3

Elaborar procedimientos para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo).

Plazo: 1 mes

MRA 6-9

Se recomienda al personal de Enfermería aplique los Manuales de Procedimientos a más de 80%

Plazo: 1 mes

Macroproceso5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Código del Estándar: GSD

GSD .1-1

Hacer las coordinaciones y trámites defensa Civil del Gobierno Local para inspección técnica y obtener la certificación

Plazo: 2 meses

GSD .1-2

Solicitar al área de servicios generales informe de evaluación de seguridad de obras realizadas por la municipalidad de las últimas Obras 2012-2014

Plazo: 1 mes

GSD .1-3

Concluir con la señalización integral de la Institución de acuerdo a normatividad vigente (Incluir CRÑ)

Plazo: 2 meses

GSD .1-5

Concluir con la señalización integral de tuberías de fluidos peligrosos (gases, aire comprimido) de acuerdo a normatividad vigente

Plazo: 1 mes

GSD .2-2

Asignar con documento equipamiento a las brigadas conformadas según normatividad vigente.

Plazo: 1 mes

GSD .2-3

Actualizar el plan anual de emergencias y desastres aprobar con R.D; y difundir con documentos entre el personal de la institución.

Plazo: 1 mes

GSD .2-4

Coordinar con el Gobierno local sobre planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencia y desastres y analizar la participación de nuestra institución

Plazo: 1 mes

GSD .2-5

Cuando sean convocadas las autoridades del Hospital para elaborar planes de respuesta regional y local, elaborar actas de reuniones multisectoriales.

Plazo: 1 mes

GSD .2-6

Elaborar actas de reuniones de los miembros del comité de defensa civil de la Institución.

Plazo: 1 mes

GSD. 2-8

Elaborar guía de manejo de emergencias masivas y aprobar con R.D

Plazo: 2 meses

GSD .3-1

Elaborar procedimientos para difusión de alertas por situaciones de emergencias y desastres.

Plazo: 1 mes

GSD .3-2

Cumplir con los estándares mínimos de acuerdo a la Normatividad en el equipamiento, materiales y medicamentos de la ambulancia tipo II. Así mismo verificar constantemente el vencimiento de materiales y medicamentos mantenimiento y operatividad de equipos y accesorios.

Plazo: 1 mes

GSD .3-5

Implementar un sistema de almacenamiento de agua potable que garantice como mínimo 24 horas ininterrumpidas.

Plazo: 3 meses

GSD 3-6

No cuenta con listado de Stock de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencia y desastres

Plazo: 1 mes

Macroproceso 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)

CGP1-1

Mecanismos establecidos de Auditoria supervisión y evaluación.

Plazo: 1 mes

CGP1-2

Definir mecanismos establecidos de auditoría con los responsables

Plazo: 1 mes.

CGP2-1

Capacitar a más del 80% del personal

Plazo: 1 mes

CGP2-4

Realizar las acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.

Plazo: 1 mes

CGP2-5

Evaluar la aplicación de las GPC en las atenciones en emergencia.

Plazo: 1 mes

CGP 2-7

Realizar los procesos de monitorio y evaluación en todas las áreas y servicios.

Plazo: 1 mes

CGP 2-11

Evidencia de documento de comunicación de resultados de los procesos de Auditoria, supervisión y evaluación y los informes de acciones tomadas en función a ellos.

Plazo: 1 mes

Macroproceso 7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DSMAG (ATA)

ATA 1-1

Los elementos de la señalización deben mantenerse en buenas condiciones: limpios, transparentes y debidamente fijados. Además deben estar visibles en todas las áreas de primer contacto, para el usuario

Plazo: 1 mes

ATA 1-2

La cartera de servicios de consulta externa, debe estar publicada, con mensajes comprensibles para el usuario.

Plazo: 1 mes

ATA 1-3

El servicio de Consulta Externa debe tener un ejemplar del informe de Inducción y capacitación de personal o documento de capacitación.

Plazo: 1 mes

ATA 1-4

Implementar un registro que evidencie el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria, en los días solicitados.

Plazo: 15 días

ATA 1-5

Implementar mecanismos para la atención preferentes de mujeres embarazadas, adulto mayores y con discapacidad física, y su difusión en todas las áreas de atención ambulatoria

Plazo: 1 mes

ATA 2-1

Se deben adoptar GPC, para todas las etapas de vida, para patologías más frecuentes,

Plazo: 3 meses

ATA 2-2

Solicitar que el informe realizado por el Médico Auditor de Gestión de la Calidad, incluya la medición del grado de cumplimiento de las GPC.

Plazo: 15 días

ATA 2-3

Promover entre los médicos tratantes, el cumplimiento de los lineamientos de las GPC, en sus planes de trabajo

Plazo: 15 días

ATA 3-1

Implementar a través de un documento oficial, encuestas para evaluarla información a los usuarios, acerca de los principales daños crónicos – degenerativos, transmisibles y prevalentes.

Plazo: 1 mes

ATA 3-6

Implementar y desarrollar programas de prevención de las patologías más frecuentes en coordinación con el Dpto. de Enfermería

Plazo: 1 mes

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Psiquiatria Infantil) (ATA)

ATA 1-2

Elaborar y publicar la cartera de servicios en el Departamento del Niño y Adolescente

ATA 1

Realizar un Plan de Capacitación para el personal de Triaje, con su respectivo informe y evidencias de la capacitación

Plazo: 1 mes

ATA 1-4

Solicitar a Gestión de Calidad documento que establece las metas para reducir el número de Usuarios que no acceden a la atención ambulatoria los días solicitados.

Plazo: 1 mes

ATA 1-5

Refiere que no se ajusta la atención preferencial del departamento. Se recomienda realizar un informe sustentatorio

Plazo: 1 mes

ATA 2-1

Actualizar sus GP

Plazo: 1 mes

ATA 2-2

Solicitar a Gestión de Calidad los mecanismos para evaluar nivel de cumplimiento de las GPC

Plazo: 45 días

ATA 2-3

Solicitar a Gestión de Calidad el informe de auditoría de las historias clínicas.

Plazo: 1 mes

ATA 4-1

Solicitar informe mensual de sugerencias quejas a RRPP

Plazo: 1 mes

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Psicodinámica) (ATA)

ATA 1-1

Implementar mecanismos de información visibles en áreas de primer contacto para el usuario externo.

Plazo: 30 días

ATA 1-2

Elaborar contenido de la cartera de servicios y debe cumplir con el objetivo de brindar información clara y sencilla para el usuario.

Plazo: 30 días

ATA 1-3

Realizar informe de inducción y capacitación de personal

Plazo: 30 días

ATA 1-4

Implementar un instrumento para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria

Plazo: 30 días

ATA 2-3

Solicitar a la Oficina de Calidad Informes de Auditoría de la Calidad de Registros de Atención de las Historia Clínicas

Plazo: 30 días

ATA 3-6

Obtener información por medio físico y tenerlo archivado en la oficina coordinar con epidemiología

Plazo: 30 días

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA-Consultorio- Medicina General (ATA)

ATA 1-2

Publicar la cartera de servicios y los mensajes que contiene la publicación debe ser comprensible al usuario sobre una muestra de 20 usuarios .

Plazo: 30 días

A 1-3

El Consultorio de Medicina General debe tener un ejemplar del informe de Inducción y capacitación de personal o documento de capacitación.

Plazo: 30 días

ATA 1-4

Elaborar el documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria.

Plazo: 30 días

ATA 2-1

Elaborar Guías de práctica clínicas para todas las etapas de vida según perfil epidemiológico

Plazo: 30 días

ATA 2-2

Elaborar documento oficial e informe de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC del último año

Plazo: 30 días

ATA 2-3

Cordinar y solicitar a la Dra. Jenny Bernal presidenta de Auditoria solicitar informes auditoria de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC,

Plazo: 30 días

ATA 4-1

Realizar el seguimiento para obtener el Buzón de Sugerencias, solicitar a PAU la Directiva de mecanismos para recoger sugerencias ATA 4-2

Medicina General debe implementar mecanismos que incentive a los usuarios para consignar sugerencias y/o quejas de la atención ambulatoria.

Plazo: 30 días

Macroproceso 7: ATENCIÓN AMBULATORIA-Consultorio-Medicina Interna (ATA)

ATA 1-2

Mantenimiento a la cartera de servicios y los mensajes que contiene la publicación debe ser comprensible al usuario sobre una muestra de 20 usuarios

Plazo: 30 días

ATA 1-3

El Consultorio de Medicina General debe tener un ejemplar del informe de Inducción y capacitación de personal o documento de capacitación de su personal y oficializado con un documento

Plazo: 30 días

ATA 1-4

Elaborar el documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria.

Plazo: 30 días

ATA1-5

Elaboración de documento oficial que define mecanismos de atención preferencial

Plazo: 30 días

ATA 2-1

Elaborar Guías de práctica clínicas para todas las etapas de vida según perfil epidemiológico

Plazo: 30 días

ATA 2-2

Elaborar documento oficial e informe de mecanismos para evaluar cumplimiento de las del último año

Plazo: 30 días

ATA 2-3

Coordinar y solicitar a la Dra. Jenny Bernal presidenta de Auditoría solicitar informes Auditoría de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC,

Plazo: 30 días

ATA 4-1

Realizar el seguimiento para obtener el Buzón de Sugerencias, solicitar a PAU la Directiva de mecanismos para recoger sugerencias

ATA 4-2

Medicina Interna debe implementar mecanismos que incentive a los usuarios para consignar sugerencias y/o quejas de la atención ambulatoria.

Plazo: 30 días

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (DRESAM) (ATA)

ATA 1-3

DRESAM debe contar con un ejemplar del informe de Inducción y capacitación de personal o documento de capacitación

Plazo: 1 mes

ATA 4-1

Se recomienda coordinar Y/O solicitar a PAU la Directiva de mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios externos

Plazo: 1 mes

ATA 4-2

Se recomienda coordinar o solicitar a PAU Buzones accesibles o medios de difusión o anfitrionas o formatos disponibles u otros

Plazo: 1 mes

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Consultorio Externo) Ñaña

ATA1-1

Solicitar al Hospital Hermilio Valdizán la señalización y mecanismos de información, según normativa vigente

Plazo: 1 mes

ATA1-3

El servicio de Consulta Externa debe tener un ejemplar del informe de Inducción y capacitación de personal o documento de capacitación.

Plazo: 1 mes

ATA1-5

Se recomienda desarrollar mecanismos para la atención preferente de las personas adultas y con discapacidad en todas las áreas.

Plazo: 1 mes

ATA2-1

Adaptar las GPC según perfil epidemiológico de la atención ambulatoria.

Plazo: 1 mes

ATA2-2

Solicitar el informe de medición del cumplimiento de la GPC realizado por el Médico Auditor de Calidad.

Plazo: 1 mes

ATA2-3

Solicitar informes de Auditoría de la Calidad de Registro de atención de las HCL con adherencia a la Oficina de Gestión de la Calidad.

Plazo: 1 mes

ATA3-1

Implementar mecanismo de difusión de la información de los principales daños crónicos – degenerativo, transmisibles y prevalentes. A través de un documento oficial.

Plazo: 1 mes

ATA3-6

Obtener información de Dpto. de enfermería por medio físico y tenerlo archivado en la oficina

Plazo: 15 días

ATA4-1

Se recomienda realizar informe mensual de sugerencias, quejas o reclamos.

Aplicar encuestas aplicadas sobre conocimiento del personal

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (DAMOC) (ATA)

No recomendaciones, cumple con todo lo establecido

Macroproceso7: ATENCIÓN AMBULATORIA (Dpto. de Salud Mental en Familia) (ATA)

No recomendaciones, cumple con todo lo establecido

Macroproceso 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN HHV (ATH)

Servicio de Hospitalización (varones, mujeres) del DSMAG, y Servicio de Hospitalización (varones, mujeres) del dpto. Adicciones.

ATH1-1

Dotar de Plan Operativo 2017 y ASIS 2016 a cada uno de los servicios de hospitalización

Plazo 1 mes

ATH1-2

Gestionar la implementación mejoras propuestas en las reuniones de los equipos de gestión y/o terapéutico

Plazo 1 mes

ATH2-1

Gestiona y/o atender la atención de más del 80% de las necesidades de los servicios de hospitalización

Plazo: 1 mes

ATH 2-2

Dotar de GPC a cada uno de los servicios de hospitalización. Activar el comité de elaboración de GPC

Plazo: 1 mes

ATH 2-3

Coordinar con jefatura de DSMAG para realizar mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente

Plazo: 1 mes

ATH 3-1

Gestionar la implementación y cumplimiento medidas de bioseguridad en los trabajadores de los servicios

Plazo: 1 mes

ATH 3-2

Gestionar la implementación de la ficha de registro y notificación de eventos adversos en cada uno de los servicios de hospitalización

Plazo: 1 mes

ATH 4-1

Gestionar la dotación de GPC en cada uno de los servicios de hospitalización

Plazo: 1 mes

ATH 4-3

Gestionar la implementación de las GPC en la historia clínica

Plazo: 1 mes

ATH 4-5

Gestionar la realización y elaboración de informes de las recomendaciones de auditoría de HC.

Plazo: 1 mes

ATH 5-1

Gestionar mecanismos de mejora de la información dada al paciente sobre su enfermedad y realizar encuesta.

Plazo: 1 mes

ATH 6-1

Elaborar MAPRO para interconsultas

Plazo: 1 mes

ATH 6-2

Gestionar y solicitar la programación de atención de 24 hrs. Para el servicio de diagnóstico (laboratorio)..

Plazo: 1 mes

ATH7-1

Gestionar la evaluación de HC por pares y elaborar informe.

Plazo: 1 mes

ATH7-3

Establecer con documento horario para brindar información al usuario

Plazo: 15 días

ATH7-4

Gestionar la implementación de las GPC buscando la concordancia entre los planes de trabajo de las Historias Clínicas y las GPC.

Plazo: 1 mes

ATH 7-6

Implementar acciones resultantes de análisis de evento adverso..

Plazo: 1 mes

Macro proceso9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH) Ñaña (ATH)

Código del Estándar: ATH

ATH1-2

Se recomienda evidenciar documentos oficiales que establecen la implementación de disposiciones orientadas a mejorar la atención

Plazo: 1 mes

ATH2-2

Se recomienda actualizar las GPC para su aprobación. Elaborar actas de reunión

Plazo: 1 mes

ATH4-3

Implementar y actualizar las GPC

Plazo: 1 mes

ATH4-5

Establecer acciones para mejorar los procesos en base a los resultados de las HCL auditadas

Plazo: 1 mes

ATH5-1

Elaboración de encuestas con una muestra aleatoria de 10 usuarios externos

H6-1

Se recomienda elaborar el MAPRO actual.

Plazo: 1 mes

ATH7-1

Elaboración de mecanismos de evaluación periódica de HCL por pares, solicitar nal Comité de H.CL

Plazo: 1 mes

ATH7-2

Coordinar con la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Hermilio Valdizán sobre informe de quejas y sugerencias

Plazo: 1 mes

ATH7-3

Elaboración de un documento Oficial que establezca horarios para información al Usuario y/o familia

Plazo: 1 mes

ATH7-4

Realizar el reporte de concordancia de Planes de trabajo de las H.CL,GPC y estar de acuerdo al 80%.

Plazo: 1 mes

Macroproceso 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA (EMG)

EMG 1-4

Actualizar las GPC para la tención de las causas más frecuentes en emergencia, y que se cumplan en más del 80% de casos

Plazo: 3 meses

EMG 2-1

Realizar las gestiones pertinentes para poder contar con el equipamiento necesario, medicamentos e insumos

Plazo: 1mes.

EMG 2-5

Realizar las gestiones pertinentes para poder contar con el personal administrativo necesario para brindar atención las 24 horas del día los 365 días del año.

Plazo: 1mes.

Macroproceso 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código del Estándar: ATQ No aplica

Macroproceso 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIV)

DIV 1-1

Gestionar la emisión de estos documentos.

Plazo: 15 días

DIV 1-3

Gestionar la emisión de la R.D. Fomentar la investigación Institucional

Plazo: 15 días.

DIV 1-4

Elaborar y gestionar el formato de CI para investigación

Plazo: 15 días

DIV 1-5

Actualizar RD 2012 e implementar un libro de actas

Plazo: 15 días

DIV 1-6

Implementar el libro de actas de reuniones.

Plazo: 15 días

DIV 1-7

Gestionar el Reglamento de docencia para post-grado y oficializarlo con R.D. Además,elaborar informes de actividades académicas de pre y post grado

Plazo: 15 días

DIV 1-8

Elaborar y gestionar planes de actividades académicas para pre y post- grado oficializado con R.D.

Plazo: 15 días

DIV 1-9

Elaborar y gestionar los programas y elaborar Informes de cumplimiento de los mismos

Plazo: 15 días

DIV 2-1

Implementar el libro de Actas del Comité de Ética /bioética

Plazo: 15 días

DIV 2-2

Elaborar y gestionar planes e informes de supervisión. Además institucionalizar el convenio de docencia para pre y post grado con una R.D

Plazo: 15 días

DIV 2-3

Elaborar y gestionar planes con R.D y elaborar Informes.

Plazo: 15 días

DIV 2-4

Gestionar documentos con R.D

Plazo: 15 días.

DIV 2-5

Implementar los Inventarios respectivos y la Biblioteca física y virtual

Plazo: 15 días

DIV 2-6

Implementar las acciones respectivas en cada tópico

Plazo: 15 días

Macroproceso13: ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO- PSICOLOGIA (ADT)

ADT 2-1

Elaborar informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos

Plazo: 30 días

ADT 3-5

Elaborar informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha

Plazo: 30 días.

Macroproceso13: ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO- LABORATORIO (ADT)

ADT 1-1

Se recomienda actualizar los Manuales de Procedimientos del servicio de laboratorio con RD de aprobación.

Plazo: 30 días.

ADT 2-1

Elaborar informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos y oficializarlo con RD.

Plazo: 30 días.

ADT 3-1

Solicitar a la D.G continuar realizando el Control de Calidad de servicio con el INS Instituto Nacional de Salud

Plazo: 30 días.

ADT 3-2

Realizar informe de la realización del Control de la Calidad de los procedimientos.

ADT 3-3

Actualizar MAPRO para el control de la calidad considerando la lista de chequeo

Plazo: 30 días.

ADT 3-5

Elaborar informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha.

Elaborar un plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda de insatisfacción.

Plazo: 30 días.

ADT 3-6

Realizar el informe de capacitación al personal de Laboratorio y la encuesta de satisfacción

Plazo: 30 días

Macroproceso 13 :ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO-) (EKG) (EEG) (ADT)

ADT 1-1

Formular y oficializar (RD) procedimientos para la realización de EKG y EEG

ADT 1-2

Documentar y oficializar (RD) plan de control de calidad del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento

3 meses

ADT 2-1

Documentar y oficializar estándares de tiempo para entrega de resultados de EKG y EEG

1 mes

ADT 3-1

Formular y oficializar Programa de Control de Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

3 meses

ADT 3-1

Implementar plan de capacitación del personal relacionado a EKG y EEG

3 meses.

Macroproceso 13:Atención de Apoyo al Diagnóstico-Rayos X (ADT)

ADT1-1

Actualizar el MAPRO y solicitar su aprobación mediante R.D.

ADT1-2

Elaborar informe para socializar a las áreas correspondientes.

ADT3-1

Solicitar la aprobación con R.D a la máxima autoridad.

ADT3-2

Incluirlo en el MAPRO.

Macroproceso 14: ADMISIÓN Y ALTA (ADA)

ADA1-1

Se reitera la recomendación de estandarizar los formatos de acuerdo con las normas establecidas.

Plazo: 03 meses

ADA1-2

Culminar con el MAPRO para mejorar la atención al usuario.

Plazo: 03 meses

ADA1-3

Reitera que se culminen los manuales de procedimientos o guías que garanticen adecuadamente la entrada y salida de las historias clínicas.

Plazo: 03 meses

ADA1-4

Se mejore según avances tecnológicos

ADA1-5

Capacitar buscando medios estratégicos para el cumplimiento de lo estipulado presentar como dispone las normas establecidas.

Plazo: 4 meses

ADA2-1

Coordinar con la Oficina de Gestión de la calidad para capacite a personal de admisión para realizar las encuestas correspondientes.

Plazo: 02 meses

ADA2-3

Que coordine con la oficina de gestión de la calidad para participar en los proyectos que se lleven a cabo para la mejora continua.

Plazo: 3 meses

ADA2-4

Sí existe la información, pero falta estandarizar. Se recomienda que se realice cada tres meses

Plazo: 3 meses.

ADA2-5

Se recomienda elaborar los informes de análisis de datos de libro de registro de citas trimestralmente

Plazo: 03 mes

ADA2-6

Se recomienda elaborar los informes de análisis de datos de libro de registro de citas.

Plazo: 01 mes

ADA2-7

Se recomienda solicitar copia del Informe de Auditorias de Historias Clínicas al Comité de Auditorias y así contribuir en la mejora de la administración de Historias Clínicas.

Plazo: 01 mes

ADA2-8

Coordinar y solicitar copia del Informe que se realiza sobre satisfacción del usuario externo de acuerdo a lo establecido; ya que se realiza a través de la Oficina de Gestión de la Calidad y así contribuir en la satisfacción del usuario.

Plazo: 01 mes

ADA3-1

Coordinar con las áreas competentes para elaborar procesos para dar cumplimiento la normatividad de la referencia.

Plazo: 03 meses

ADA3-2

Aplicación total para dar cumplimiento a las normas establecidas.

Plazo: 03 meses

ADA4-1

Coordinar y solicitar copia del Informe que se realiza sobre satisfacción del usuario externo de acuerdo a lo establecido; ya que se realiza a través de la Oficina de Gestión de la Calidad y; así contribuir en la satisfacción del usuario.

Plazo: 01 mes

Macroproceso 15: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (RCR)

RCR1-1

Agilizar el R.D que apruebe el Plan Anual de SRCR 2018

Plazo: 1 mes

RCR1-2

Pendiente de evidencia Documentaria de las coordinaciones

Plazo: 1 mes

RCR2-1

Se recomienda obtener el rol del personal a cargo del traslado de paciente.

Plazo: 1 mes

RCR2-2

Se recomienda la evidencia documentaria de la operatividad del servicio de transporte las 24 horas.

Plazo: 1 mes

RCR3-1

Se recomienda evidencias sobre capacitación al personal del SRC mediante Informes y/o certificados

Plazo: 1 mes

Macroproceso 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)

GMD 2-5

Documentar la evidencia de los errores de prescripción que son corregidos por la autoridad competente del establecimiento.

Plazo: 1 mes

GMD 3-2

Documentar la evidencia de la implementación de disposiciones para mejorar el porcentaje de prescripciones no atendidas.

Plazo: 1 mes

Macroproceso 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

GIN 1-5

Se recomienda que la capacitación lo aplique a más del 90% del personal. De Informática

Plazo: 1 Mes

GIN 1-6

Se recomienda ingresar a la web para adquirir el Documento de Procedimiento Oficial /MAPRO/Unidad/Área/Oficina de Estadística e Informática.

Plazo: 1 Mes

Macroproceso18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización ODONTOESTOMATOLOGIA (DLDE)

DLDE1-1

Tramitar la R.D del Manual de Desinfección y Esterilización

Plazo:1mes

DLDE1-3

Actualizar el MAPRO con R.D

Plazo:1 mes

DLDE2-2

Se recomienda al personal clasificar y realizar la descontaminación del material de acuerdo de acuerdo al Manual

Plazo: 1 mes

DLDE2-3

Elaborar MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD

Plazo:1 mes

DLDE2-4

Elaborar el

Manual de desinfección y esterilización de materiales y equipos

Plazo:1 mes

DLDE2-5

Elaborar el Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización

Plazo:1 mes

Macroproceso18:Descontaminación, Limpieza,Desinfección y Esterilización Epidemiología, Enfermería y Servicios Generales (DLDE)

DLDE1-3

Actualizar el MAPRO con R.D

Plazo: 1 mes

DLDE2-3

Elaborar MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD

Plazo: 1 mes

DLDE2-4

Elaborar el Manual de desinfección y esterilización de materiales y equipos

Plazo: 1 mes

DLDE2-5

Elaborar el Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización.

Plazo: 1 mes

DLDE2-6

Realizar Informe mensual del registro de control de perdidas y deterioros de enseres de cama y ropa

Plazo: 1 mes

DLDE3-2

Elaborar MAPRO para procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada

Plazo: 1 mes

DLDE3-3

Implementar el libro de Reclamaciones y quejas, coordinar con PAU

DLDE4-2

Solicitar a la Oficina de Epidemiología el MAPRO con RD que aprueba el Procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios y realizar el Informe de supervisión del cumplimiento según la Norma

Plazo: 1 mes

DLDE4-4

Realizar encuesta de percepción al usuario interno y externo respecto a la limpieza , Y el informe de Implementación de las mejoras

Plazo: 1 mes.

Macroproceso 19: MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)

MRS 1-1

Se recomienda solicitar a Planeamiento el MAPRO actualizado del sistema de Evaluación Socioeconómica Institucional las 24 horas.

Plazo: 1 mes

MRS 1-2

Realizar el informe mensual de control de las fichas de evaluación socio- económica

Plazo: 1 mes

MRS 2-2

Realizar informe de verificación del tarifario del EESS adecuados a las políticas del MINSA.

Plazo: 1 mes

Macroproceso 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA HHV 2018 (NYD)

NYD 1-1

Solicitar a la máxima autoridad que apruebe el MAPRO con un documento oficializado con RD

Plazo: 45 días

NYD 1-6

Elaborar material de información. (Dípticos, cartillas, etc.) y realizar las encuestas a usuarios y familiares sobre conocimientos y practicas nutricionales en relación a sus necesidades

Plazo: 1 mes

NYD 2-4

Implementar los documentos de la implementación de medidas acordes al registro de quejas o reclamos de los usuarios.

Plazo: 1 mes

Macroproceso 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)

GIM1-1

Actualizar Líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente

GIM1-3

Elaborar Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y Materiales y aprobar con R.D del EESS.

GIM1-4

Elaborar Manual de procedimiento para el control de insumos y materiales y aprobar con R.D del EESS

Plazo: 1 mes

GIM2-1

Actualizar e implementar el MAPRO de procedimientos de logística aprobado con R.D. institucional.

Plazo: 1 mes

GIM2-3

Implementar Informes de requerimiento de bienes estratégicos de cada Servicio

Plazo: 1mes

GIM2-4

Implementar registro manual o electrónico de opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales

Plazo: 1 mes

Macro proceso 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)

EIF1 - 1

Elaborar un plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física aprobar con RD. e incorporarlo al POA Institucional 2019

Plazo: 2 meses

EIF1 - 2

Elaborar plan de remplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos e incorporarlo el POA institucional 2019

Plazo: 2 meses

EIF1 – 3

Gestionar capacitación actualizada en Proyectos de Inversión Pública por lo menos a 01 Trabajador de la Oficina.

Plazo: 1 mes

EIF1 – 4

Implementar un file de documentos que permita evidenciar la capacitación del personal para realizar el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.

Plazo: 1 mes

EIF1 - 5

Elaborar Procedimientos para Cada Proceso (adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física) y oficializar con RD

Plazo: 2 meses

EIF1 - 6

Implementar un sistema de inventario actualizado y registro de operatividad de equipos e instrumentos con informes trimestrales de operatividad de equipos e instrumentos

Plazo: 2 meses

EIF1 – 7

Elaborar MAPRO para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias y oficializar con RD

Plazo: 2 meses

EIF1 – 8

Elaborar MAPRO para mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de Obras y oficializar con R.D

Plazo: 2 meses

EIF1 – 9

Elaborar el Manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de equipos y servicios básicos, oficializar con RD

Plazo: 2 meses

EIF2 - 1

Elaborar procedimientos de verificación de inventario y aprobar con RD y elaborar informes trimestrales de verificación.

Plazo: 2 meses

EIF2 – 2

Gestionar que el mantenimiento preventivo a los equipos se realice de acuerdo al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento respectivo.

Plazo: 2 meses

EIF2 - 3

Implementar libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos que permita cuantificar el % de soluciones oportunas.

Plazo: 1 mes

IX .CONCLUSIONES

Los criterios de evaluación no están de acorde a un Hospital de Salud Mental sin embargo se han adaptado estos criterios para cumplir con el proceso de autoevaluación interna. No se ha considerado en nuestro caso el Macroproceso 11 (Atención Quirúrgica) y el Macroproceso 8 (Atención Extramural)

Aún habiendo utilizado los mismos criterios de evaluación de un Hospital General el resultado que se ha obtenido es del 67% el cual es NO Aprobado.

Ya se ha comenzado con la socialización de los resultados a las diferentes Jefaturas con la finalidad de levantar las Observaciones que harán posible que este año 2019 los resultados sean satisfactorios.

En la autoevaluación del 2018 se ha logrado evaluar a todos los órganos y unidades orgánicas del HHV, a diferencia del 2017 se ha evaluado a DRESAM, Medicina Interna, Medicina General, Electroencefalograma, EKG, Radiología, Nutrición del Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Los Departamentos que han cumplido los Estándares de Acreditación en un 100% fueron el Departamento de Salud Mental en Familia (DSMF) y el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC).

Hemos tenido problemas con el aplicativo de acreditación el cual la DIRIS no lo tiene actualizado, lo cual obstaculiza la obtención de resultados finales.