PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Hermilio Valdizán | Oficina de Gestión de la Calidad

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION

Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General
Hospital Hermilio Valdizán

Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Hermilio Valdizán

Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Dr. John Loli Depaz
Coordinadores de la Autoevaluación

2019

INDICE

I. PRESENTACIÓN

II. OBJETIVOS

III. ALCANCE

IV. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACION

V. EQUIPO EVALUADOR

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

VII. LIMITACIONES

VIII. OBSERVACIONES

IX. PUNTAJE ALCANZADO

X. RECOMENDACIONES

XI. CONCLUSIONES

XII. RECOMENDACIONES GLOBALES

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar continuamente, la calidad de los Servicios de salud que brinda nuestra institución, por medio de la verificación de sus procesos y sus recursos, y con el cumplimiento de las recomendaciones que de ella se desprendan, para responder satisfactoriamente a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar una 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, para determinar si procede solicitar la evaluación externa.

III. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación alcanza a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital Hermilio Valdizán, abordándose cada uno de ellos, según los Macroprocesos: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo, que se desarrollan en la Institución.

IV. PASOS Y METODOLOGIA DE LA AUTO-EVALUACION

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo la metodología y los pasos recomendados en la Guía Técnica.

A continuación, detallamos los pasos del proceso de autoevaluación, llevado a cabo durante el año 2019:

- EL 26 de febrero del 2019, mediante Resolución Directoral Nº063 DG /HHV-2019, se conformó el equipo de acreditación para el periodo 2019, estando integrado por:
    - Dra. Gloria Luz Cueva Vergara

- Dra. Rosa Ila Casanova Solimano
- Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés
- Dr. Carlos Augusto Ordoñez Huamán
- Dra. Marlene Ana Barreda Torres
- Dr. Rolando Gino Zegarra Molina
- Dr. Augusto Leonidas Mosquera del Águila
- Dra. Milagritos Toledo Castillo
- Dr. Galo Nikolai Martínez Zavaleta
- Dr. Edwin General Apaza Aceituno
- Dr. José Higinio Galindo Morales
- Dra. Jheny Dalia Bernal Vergara
- Dra. Kelly Marlene Almendras Jaramillo
- Psic. Nélida Amparo Geldres Villafuerte
- Mg. Noemi Paz Flores
- Lic. María Juana Huaracho Torres
- Lic. Nancy Lina Villegas Ccatamayo
- CPC. Victoria Catalina Martínez Heredia

- El 26 de febrero del 2019, se emitió la Resolución Directoral Nº 063 DG /HHV- 2019, que conforma el equipo de Autoevaluación.
- Con R.D Nº099-DG/HHV-2018 del 19 de febrero del 2019, se aprobó el Plan de Autoevaluación en el marco de la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, año 2019.

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", se incorporó la Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo institucional.

- Conformación del Equipo de Evaluadores Internos, del HHV 2019.
- Reunión técnica para el inicio de actividades de acuerdo al Plan de Autoevaluación interna 2019
- Capacitación de Acreditación y Autoevaluación 2019.
- 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. Se socializó con los jefes de las oficinas, servicios y departamentos, la lista de estándares del macro proceso que le corresponde, así mismo, por medio magnético se difundieron las normas técnicas a fin de estar preparados para la evaluación interna.
- Inicio de la Autoevaluación según Macroprocesos, a cargo de los evaluadores internos.
- Mediante memorandos emitidos por la Jefatura de La Oficina de Gestión de la Calidad, se hace conocer a los jefes de los departamentos y/o servicios, las recomendaciones que tienen que cumplir, con los plazos correspondientes, para levantar las observaciones realizadas durante la autoevaluación.
- Presentación del informe de Autoevaluación a la autoridad institucional.

El proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, con fases más o menos definidas. Inicialmente, la Oficina de Gestión de la Calidad, asumió la organización, preparación y coordinación del proceso, a continuación los evaluadores internos, tuvieron una participación intensa en el mes de la ejecución del trabajo de campo, durante el cual tuvieron por lo la guía de por lo menos uno de los coordinadores de la Autoevaluación y el apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad. Posteriormente, las actividades complementarias de consolidación y de elaboración del informe, tuvieron mayor dedicación de los coordinadores de la evaluación interna, encargados de la Acreditación de la Oficina de Gestión de la Calidad

V. EQUIPO EVALUADOR

El Equipo evaluador según la R.D Nª 113-DG/HHV-2018, estuvo constituido por los siguientes Evaluadores Internos, distribuidos según macroproceso, de la siguiente manera:

MACROPROCESOS	EVALUADOR INTERNO
Direccionamiento	Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés Lic. Luz Castillo Zamora
Gestión de Recursos Humanos	Dra. Luz Castillo Zamora Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Gestión de la Calidad	Dr. John Loli Depaz
Manejo del Riesgo de la Atención	Dr. Rolando Zegarra.Molina Lic. Lina Villegas Ccatamayo
Gestión de Seguridad ante Desastre	Bach. Colón Flores Castillo. Lic. Victoria Martínez Heredia
Atención Ambulatoria	Dra. Milagros Toledo Castillo Psic. Liliana Castro Deza Lic. Lina Villegas Ccatamayo Bach. Ruth Duran Gutiérrez Bach. Colón Flores Castillo Lic. Melba Segura Venegas Lic. Noemi Paz Flores Lic. Doris Mauricio Roque Lic. Francisca Mauricio Roque Psic. Arturo Dueñas Yactayo Dr. Carlos Ordoñez Huamán Psic. María E. Apumayta Rosas Dr. Mllko Quispe Cisneros Lic. María Huarachi Torres Lic. Lidia Aguilar Romero
Atención de Hospitalización	Dra. Verónica Chero Campos Dr. Rolando Zegarra Molina Lic. Lina Villegas Ccatamayo Bach. Ruth Duran Gutiérrez Bach. Colón Flores Castillo

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN" OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

	Lic. Melba Segura Venegas Lic. Noemi Paz Flores
Atención de Emergencia	Dr. John Loli Depaz Psic. Liliana Castro Deza
Docencia e Investigación	Lic. Luz Castillo Zamora Lic. Nélida Geldres Villafuerte
Atención de Apoyo al Diagnóstico	Dr. John Loli Depaz Lic. Doris Mauricio Roque Psic. Nélida Geldres Villafuerte Lic. Lidia Aguilar Romero
Admisión y alta	Lic. Noemi Paz Flores
Referencia y Contrareferencia	Lic. María Huarachi Torres Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Gestión de medicamentos	Lic. Francisca Mauricio Roque Psic. Arturo Dueñas Yactayo
Gestión de la información	Dr. John Loli Depaz.
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Dr. John Loli Depaz Dr. Carlos Ordoñez Huamán Dra. Jhenny Bernal Vergara
Manejo del riesgo social	Lic. Melba Segura Venegas Lic. María E. Apumayta Rosas
Nutrición y dietética	Bach. Ruth Duran Gutiérrez Lic. Lina Villegas Ccatamayo Lic. Melba Segura Venegas Lic. Noemi Paz Flores Bach. Colón Flores Castillo
Gestión de insumos y materiales	Psic. Arturo Dueñas Yactayo Lic. Victoria Martínez Heredia
Gestión de equipos e infraestructura	Bach. Colón Flores Castillo Lic. Victoria Martínez Heredia

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Aunque el proceso de autoevaluación, no siguió estrictamente, la secuencia establecida, se abarcaron todos los puntos o pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador; adecuando el proceso, a la dinámica y el desenvolvimiento real de la institución.

VII. LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones referidas a la organización, ejecución y desarrollo de la autoevaluación, debemos mencionar:

- Los evaluadores Internos tuvieron ciertas dificultades para coincidir en los horarios, debido a los turnos rotativos.
- Las justificaciones de los evaluadores internos ante las jefaturas inmediatas, para dedicar tiempo a la Autoevaluación, tenían que hacerse bajo ciertas condiciones que no siempre se cumplían con facilidad.
- Las muestras, para realizar las verificaciones de algunos criterios de evaluación, tuvieron que restringirse a la cantidad del personal o recursos, que durante la visita de los evaluadores, estaban presentes en el servicio.

VIII. OBSERVACIONES

Las observaciones desprendidas de la evaluación, por macro procesos según criterios establecidos, se detallan a continuación:

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN" OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Macroproceso N° 1: DIRECCIONAMIENTO (DIR)

Código del Estándar: DIR

DIR 1-7	Guías de práctica clínica desactualizadas no cumplen normatividad vigente. No se cumple adhesión a guías de práctica clínica.

Macroproceso N° 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)

NO TIENE OBSERVACIONES

Macroproceso N° 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)

Código del Estándar: GCA

GCA1-2	Hay evidencia de la implementación de Proyectos de mejora, pero el personal que los ejecuta no está capacitado.
GCA1-3	Existe documento oficial de la conformación de los equipos de mejora continua, pero no se evidencian informes mensuales de sus actividades.
GCA2-6	Se tiene evidencia de implementación de mejoras (informe del avance del Plan Cero Colas, e Informe del avance del proyecto "Mejorando la calidad en OEI") pero superan menos del 80% de las barreras.
GCA3-1	En el informe SERQUAL 2018, se muestra la evaluación de la satisfacción del usuario externo, pero la oficina de personal indica, que no se ha realizado la evaluación de la satisfacción del usuario interno.
GCA3-3	Existe el informe del Buen trato, pero con el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato, con resultados menores al esperado: 40.66 %.
GCA3-4	En el informe SERQUAL se muestra el porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención, pero con resultados menores a los esperados(35.5%, 66.7%, 67.7%, para consulta externa, hospitalización y emergencia, respectivamente)
GCA3-5	En el informe SERQUAL se muestra el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención, pero con resultados menores a los esperados(41.3%, 64.8%, 48.4%, para consulta externa, hospitalización y emergencia, respectivamente)
GCA3-6	En el informe SERQUAL se muestra el porcentaje de usuarios satisfechos, pero con resultados menores a los esperados(40.6%, 62.8%, 64%, para consulta externa, hospitalización y emergencia, respectivamente)
GCA3-7	No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral.
GCA3-8	Existen informes de avances de procesos de atención, producto de la implementación de los proyectos de mejora, pero sin haber sido priorizado previamente.

Macroproceso N° 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código del Estándar: MRA

MRA 2-6	Evidencia del Manual de procesos de enfermos hospitalizados en riesgo ulceras de presión, está pendiente de aprobación.
MRA2-8	No cuenta con Manual de Procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo.
MRA 2-9	No cuenta con Guías de Práctica Clínica que contiene medidas de prevención de la desnutrición
MRA 5-1	Se verifica que el personal de enfermería no cuenta con Guías de atención de enfermería.
MRA 6-9	Se verifica que Enfermería no cuenta con MAPRO
MRA2-8	No se utiliza un Manual de procedimientos para evaluar en el paciente susceptible, el riesgo de aspiración.
MRA2-9	Se evalúa sin un formato, en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla. No se cuenta con Guías de práctica clínica.
MRA3-1	Se emplean métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres, pero sin que estén en un documento.
MRA4-3	No se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.
MRA6-2	Existen parcialmente cartillas de bioseguridad y están visibles
MRA6-3	No se cuenta con documento de procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal
MRA6-4	Cumple parcialmente la provisión de materiales e insumos de bioseguridad.
MRA6-6	Existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de solo algunas enfermedades infectocontagiosas.
MRA6-7	No se cuenta con documento que contenga la identificación de riesgos.
MRA6-8	No se cuenta con un documento oficial con el procedimiento de descontaminación de las áreas de riesgo
MRA6-9	El personal del establecimiento no aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.
MRA6-10	No se cuenta con los recursos para realizar oportunamente los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.

MRA8-1	No se coordina con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios.
MRA8-2	No se coordina con el gobierno local para participar en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.

Macroproceso N° 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Código del Estándar: 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 los 2 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 que existe RD 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- 2	Si cuenta con ambulancias y al verificar la lista de chequeo no está implementada de acuerdo a la Norma.
GSD.3- 6	No Cuenta con listado de Stock de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencia y desastres.

MINISTERIO DE SALUD – OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD – HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

Macroproceso N° 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN

Código del Estándar: CGP

CGP1-2	No se han establecido indicadores de control de la gestión y prestación de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios.
CGP2-1	Se verifica que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito.
CGP2-5	No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia.
CGP2-7	No se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad en áreas / servicios de atención clínica
CGP2-9	Reportes de las auditorías que muestran que los procesos de atención no cumplen con los estándares.
CGP2-10	Existe documentación oficial de la supervisión de los procesos de prestación que muestra resultados inferiores a lo esperado.
CGP2-12	No se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales.

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA-CONSULTA EXTERNA HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Código del Estándar: ATA

DSMAG

ATA 1-2	No se tiene publicada la cartera de servicios de consulta externa
ATA 1-3	Se verifica que el personal a cargo de Triaje no se ha capacitado durante el presente año. No existe informe de inducción al personal de Triaje 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. No existe un registro del número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria diaria.
ATA 1-5	Existen los mecanismos para la atención preferencial de mujeres embarazadas, adultos mayores y/o con discapacidad física, pero no hay un documento que lo oficialice.
ATA 2-1	Cuenta con ASIS 2018 y guías de práctica clínicas, pero no están actualizadas.

MINISTERIO DE SALUD – OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD – HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

ATA 2-2	No se cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las Guías de Práctico Clínica.
ATA 3-6	El servicio no desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.
ATA 4-1	No existe encuestas aplicadas sobre conocimiento del personal.

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DSMNA

Código del Estándar: ATA

ATA 1-2	Tiene publicada la cartera de servicio de consulta externa en el Dpto. del Niño y Adolescente, informatizada e impresa en hoja Bond A4
ATA 1-4	Se presentó el proyecto para la implementación de un Consultorio de Atención Rápida (CAR) en el DSMNA, como parte de la Política institucional para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria.
ATA 1-5	Hay servicios higiénicos para discapacitados. Todos los pacientes son niños y adolescentes, el criterio preferencial es en función de la severidad de la discapacidad.
ATA 2-1	Se evidencia GPC/RD 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

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DRESAM

Código del Estándar: ATA

ATA 1-1	Se observa señalización y mecanismos de información visibles pero no informe de inducción de capacitación al personal.
ATA 1-4	No se observa documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir números de usuarios que no acceda a la atención ambulatoria.
ATA 1-5	No se han desarrollado mecanismos de atención preferencial a las mujeres embarazadas, niños, discapacidad.

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA CONSULTA EXTERNA (ATA) Ñaña

Código del Estándar: ATA

ATA 1-1	Se observa señalización y mecanismos de información visible pero no en todas las áreas de primer contacto para el usuario.
ATA 1-4	No se cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria los días solicitados.
ATA 1-5	No se han desarrollado mecanismos para la atención preferente a las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores y con discapacidad.
ATA 2-1	Evidencia ASIS Institucional, pero no cuenta con GPC según el perfil epidemiológico.
ATA 2-2	No evidencia documento oficial estableciendo los mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC.
ATA 2-3	Se verifica que menos del 50% de las historias clínicas siguen los lineamientos de las GPC en una muestra de historias clínicas del último mes.

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (DAMOC)

Código del Estándar: ATA

ATA 2-2	Evidencias documentales de la existencia de mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC con RD N° 143-DG/HHV-2013. Más no del último año.
ATA 2-3	No cuenta con informes de auditoría de la calidad de registros de atención de la HCL con adherencia a las GPC.
ATA 4-1	Cuenta con MAPRO NO actualizado, existe MAPRO del 2012. No evidencia informe mensual de sugerencias, quejas y reclamos. No se aplica encuesta sobre conocimiento del personal.

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

Código del Estándar: ATA

ATA 1-2	Cartera de servicios de Consulta Externa publicada. Sin embargo, se desconoce si esta es comprensible por el usuario.

ATA 2-1	Cuenta con guía de práctica clínica, adaptada a los problemas que el Departamento atiende. Sin embargo, no está actualizada.
ATA 2-2	No tiene documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC. Faltan informes de auditoría de la calidad de registro de la atención.
ATA 2-3	Se verifica que menos del 50% de la H.C. siguen los lineamientos de la GPC. No presenta Informes de Auditoria de la Calidad de Registros de Atención de las H.C.

Macroproceso N° 8: ATENCIÓN EXTRAMURAL

Código del Estándar: AEX

NO APLICA EN EL HHV

Macroproceso N° 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACION – HHV

Código del Estándar: ATH

ATA 1-2	No se implementan necesidades de mejoras resultantes de reuniones de los equipos de gestión y/o equipos terapéuticos
ATH 2-1	Se atiende menos del 50% de las necesidades de los servicios de hospitalización
ATH 2-2	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 del paciente
ATH 3-2	Se verifica registro del IIH No se registra ocurrencia de eventos adversos
ATH 4-1	Se verifica existencias 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 5-1	El 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 hay programación de atención de 24 hrs para el Servicio de Diagnóstico (Laboratorio), Servicio de Nutrición y Dietética, Servicio Social
ATH 7-1	No se verifica documento o informe de evaluación periódica de HC por pares en cada servicio
ATH 7-3	No se verifica documento oficial que establezca horario establecido para brindar información al usuario

Macroproceso N° 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACION – CRÑ

Código del Estándar: ATH

ATH 1-2	Los Servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención y formulan propuestas, pero no las comunican oficialmente a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.
ATH 2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica, para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización, pero no cuentan con guías actualizadas
ATH 4-1	Se verifica ASIS institucional y la existencia de GPC pero solo para algunas de las patologías más frecuentes
ATH 4-3	No se evidencia en las H.C. la implementación de las GPC
ATH 4-5	No se cuenta con informes de auditorías de H.C.
ATH 6-1	No se tiene documentados los procedimientos de interconsulta
ATH 7-3	Se verifica que no cuenta con documento oficial que establece horarios de entrega de información al usuario y familiares
ATH 7-4	Se verifica que menos del 50% de planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las GPC

Macroproceso N° 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA – CRÑ

Código del Estándar: EMG

EMG 1-1	Existe un flujograma sobre el mecanismo de información al usuario, pero no de los mecanismos de información
EMG 1-3	Se evidencia rol de programación de personal incompleto. No figura la programación de personal incompleto. No figura la programación de psicología. La programación no está visible para los usuarios externos
EMG 1-4	Cuentan con algunas guías clínicas aprobadas en el año 2012. Se verifica que entre el 50% y el 80% de las atenciones cumplen con al GPC
EMG 1-5	No hay informe de capacitación del 2018. En el presente año no se ha realizado cursos de capacitación. Hay personal rotativo en emergencia
EMG 1-6	No hay evidencia de un documento que establezca la atención de emergencia, sin condicionamientos.
EMG 2-1	Se verifica la existencia parcial de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención en emergencia, pues estas no son respuestas oportunamente

EMG 2-2	Se evidencia sillas de ruedas y camillas operativas y accesibles, que requieren mantenimiento. Una camilla con óxido.
EMG 2-5	Se cuenta con personal en forma parcial los 365 días, las 24 horas del año.
EMG 3-1	Se evidencia que el profesional realiza el Triaje de los pacientes según normas vigentes. Pero no existe registro de capacitación del personal profesional.

Macroproceso N° 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código del Estándar: ATQ

NO OBSERVACIONES

Macroproceso N° 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Código del Estándar: DIV

DIV 1-5	Tienen RDN°269 de conformación de comité de 2,018 falta apertura libro de actas
DIV 1-7	No cuenta con Reglamento de docencia para post-grado
DIV 1-8	No tienen planes de actividades para post grado
DIV 1-9	No cuenta con programa de tutoría y asesoría oficial de para post grado. Tampoco Informes de cumplimiento de los programas establecidos.
DIV 2-2	No tienen documentación de planes ni informes de supervisión
DIV 2-5	No cuenta con inventarios de materiales de capacitación ni investigación
DIV 2-6	No cuenta con Informe de encuesta. Biblioteca física y virtual

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Psicología Diagnostico)

Código del Estándar: ADT

NO TIENE OBSERVACIONES

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Laboratorio

Código del Estándar: ADT

ADT 1-1	Se evidencian manuales de procedimientos de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desactualizados
ADT 1-2	El servicio no cuenta con el informe respectivo del cumplimiento del plan de control de calidad del servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento documentado. Falta de informe
ADT 2-1	Los estándares de tiempo para entrega de resultados no están documentados ni oficializados
ADT 3-3	El Manual de Procedimiento se encuentra en elaboración. Por tal no se cuenta con la lista de chequeo
ADT 3-7	No se verifica el informe que cuantifique, analice y tome las medidas correctiva respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (EKG y EEG)

Código del Estándar: ADT

ADT 1-1	Se evidencia Guía para la realización de E.E.G., pero aprobada el año 2012
ADT 1-2	El servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento no cuenta con un Programa de control de calidad .
ADT 2-1	Los estándares de tiempo para entrega de resultados no están documentados ni oficializados
ADT 3-1	No ha desarrollado indicadores de calidad relacionados a la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes
ADT 3-5	No se registra y consolida la demanda insatisfecha
ADT 3-6	No se verifica plan de capacitación del personal de servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento relacionados a EKG y EEG
ADT 3-7	No se registran y por tanto no se cuantifica los eventos adversas

Macroproceso N° 14: ADMISIÓN Y ALTA

Código del Estándar: ADA

ADA 1-1	Los formatos, no se están estandarizados de acuerdo con la normatividad vigente.
ADA 1-2	Se ha elaborado el MAPRO basado en la referencia normativa
ADA 1-3	Falta que normas, guías y manuales culminen basadas en la referencia normativa
ADA 1-4	Si se cumple
ADA 1-5	Según entrevista parcialmente capacitado
ADA 2-1	Se cumple según las normas de la referencia normativa a través de la Oficina de Gestión de la Calidad
ADA 2-4	Cobertura Planificada
ADA 2-5	La programación de datos que se proyecte en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico
ADA 2-6	La programación de datos que se proyecte en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico
ADA 2-7	No participa activamente en la Auditoria de HC de acuerdo a lo establecido; ya que se realiza a través del Comité de Auditoría
ADA 2-8	No cuenta con una copia del Informe que se realiza sobre satisfacción del usuario externo de acuerdo a lo establecido; ya que se realiza a través de la Of. De Gestión de la Calidad
ADA 3-1	Se observa el documento del proceso de alta en magnético pero falta oficializarlo

MINISTERIO DE SALUD – OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD – HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

Macroproceso N° 15: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (RCR)

Código del Estándar: RCR

RCR 1-1	No tiene el documento oficial de formalizarlo del proceso de RCR, tampoco la Lista de chequeo según norma
RCR 1-2	No existe actas de reuniones y acuerdos de coordinaciones para la CR de los pacientes a otros servicios ni registro de pacientes contra referidos posterior al alta
RCR 2-1	No cuenta con el rol del personal para el traslado del paciente
RCR 2-2	Se observa la existencia del servicio de transporte operativo, equipado y disponible las 24 horas
RCR 3-1	Se verifica que el personal responsable conoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contra referencia, pero no implementa ni controla. Evidencia RD N° 122, resuelve actualizar la conformación de los miembros del Comité del Sistema de RCR del HHV
RCR 3-4	Evidencia el registro manual y electrónico de las RYCR realizadas, pero no cuantifican la relación porcentual entre ella. No existe informes mensuales de cumplimiento de indicadores.

Macroproceso N° 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

Código del Estándar: 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

Código del Estándar: GIN

GIN1-1	Evidencia documentaria de la identificación de necesidades de información de sólo algunos procesos asistenciales y administrativos.
GIN1-2	Se identifica necesidades pero no está en el plan anual de adquisiciones;
GIN1-3	Se verifica que entre el 50% y el 80% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de la muestra de trabajadores seleccionados aleatoriamente por áreas.
GIN1-5	Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año
GIN1-6	Cuenta con procedimientos pero no para todas las fases
GIN1-7	No existe un sistema de gestión de la información
GIN2-1	Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora
GIN3-3	Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada
GIN3-4	No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información

Macroproceso N° 18: Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización Enfermería, Epidemiologia, Central de Esterilización y Servicios Generales

Código del Estándar: DLDE

DLDE 1-2	No se cuenta con guía actualizada sobre los procedimientos de limpieza y desinfección.
DLDE 1-3	No se tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. Existe una "central de esterilización", sin embargo, el Servicio de Odontoestomatología realiza en sus ambientes la desinfección y esterilización de sus materiales, así como uno de los consultorios de Medicina Interna.
DLDE 2-2	Se observa que la clasificación y descontaminación del material por parte del personal, pero no de acuerdo al manual (uso de lista de chequeo)

DLDE 2-3	Se observa que el empaque y esterilización del material/ equipo, sólo parcialmente se realiza en relación con un procedimiento oficial: Odontología cumple, la Central de Esterilización no.
DLDE 2-4	Se observa la aplicación de por lo menos dos controles (físicos, químicos) en la esterilización. Odontología cuenta con el manual, Central de esterilización tiene un Manual de desinfección desactualizado.
DLDE 2-5	En su labor de esterilización, el servicio de Odontoestomalogía cuenta con un Libro de Registro manual de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos; pero la Central de Esterilización no.
DLDE 2-6	Se verifica que el personal técnico de enfermería registra el deterioro de enseres de cama y ropa, lo que se informa con memorando, pero no necesariamente con la frecuencia de una vez al mes.
DLDE 3-1	Se observa que entre el 60% y el 90% del personal que realiza la recolección y lavado de la ropa, está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.
DLDE 3-2	Se verifica que en Servicios Generales no existe MAPRO ni similar, con los procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada .
DLDE 3-3	No se evidencia el Libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería, por ello tampoco existen informes de medidas correctivas
DLDE 3-4	El personal conoce las normas más importantes, pero no cuentan con un documento técnico de almacenamiento de enseres y ropa de cama.
DLDE 4-4	Se verifica que no se realizan encuestas de percepción al usuario interno y externo (10 usuarios); por tanto, tampoco se cuenta con el Informe de la Implementación de las mejoras. de acuerdo a los resultados de dichas Encuestas.

Macroproceso N° 19: MANEJO DE RIESGO SOCIAL

Código del Estándar: MRS

MRS 1-1	Los procedimientos del sistema de evaluación del sistema de evaluación socioeconómica están en los puntos de entrada de usuarios. No está operativo las 24 horas. Se verifica RD actualizado.
MRS 1-2	No realiza el control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica, por tanto no cuentan con el informe mensual de dicho control de calidad.
MRS 2-1	Se verifica que cuenta con un Libro de Registro manual de exoneraciones a población pobre y en pobreza extrema que no cuenta con SIS. No cuenta con el Informe de captación de usuarios pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS
MRS 2-2	No tarifa del establecimiento de salud se adecuan a los lineamientos de políticas tarifaria del MINSA

Macroproceso N° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HHV

Código del Estándar: NYD

NYD 1-5	Cuenta con lo requerido en fuentes auditables. Sin embargo estos procedimientos están a cargo del personal de Logística no comparten la información con Nutrición
NYD 1-6	Cuenta con lo requerido en fuentes auditables. A excepción que le falta difusión y Encuestas a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimientos nutricionales
NYD 2-4	Cuenta con el Buzón de Sugerencia, pero no se registra el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos

MINISTERIO DE SALUD – OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD – HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

Macroproceso N° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL CRÑ

Código del Estándar: NYD

NYD 1-1	No cuenta con un manual actualizado de normas y procedimientos técnicos administrativos de la atención nutricional y dietética.
NYD 1-2	No cuenta con un plan de capacitación del servicio de nutrición de acuerdo a la normatividad vigente
NYD 1-3	No se ha determinado horarios para la distribución de dietas. Tiene elaborado horarios en forma espontánea y se organiza de acuerdo a ello
NYD 1-4	No cuenta con documento oficial y normas para manipulación de alimentos.
NYD 1-5	Se observa en situ que no se aplican buenas prácticas de almacenamiento solamente para algunos víveres.
NYD 1-6	Documentación oficial y mecanismo para la información al usuario. (Programa terapéutico con enfoque educativo grupal y cronograma)
NYD 2-1	No cuenta con un listado oficial de regímenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes
NYD 2-2	Se observa que el personal de enfermería desconoce cómo verificar la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes
NYD 2-3	El personal de nutrición no realiza visitas a los pacientes con dietas especiales. Actualmente no tienen pacientes con dietas especiales.
NYD 2-4	No se registra el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos

Macroproceso N° 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES

Código del Estándar: GIM

GIM 1-1	Existe el RD 062-2009-DG-HHV pero hay que actualizar.
GIM 1-3	No cuenta con manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de insumos y materiales

GIM 2-1	Cuenta con informe de algunos servicios no todos
GIM 2-4	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 N° 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

Código del Estándar: EIF

EIF 1-3	No cuenta con personal capacitado en Proyectos de Inversión
EIF 1-4	No hay evidencia documentaria de capacitación del personal para realizar el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos
EIF 1-5	Cuenta con procedimientos documentados para alguno de los procesos (adquisición de equipos mantenimiento remodelación y/o ampliación de la infraestructura física)
EIF 1-6	Cuenta con un sistema de inventario actualizado pero no cuenta con informes trimestrales de operatividad de equipos e instrumentos
EIF 1-7	No cuenta con un manual de procedimientos para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias
EIF 1-8	No cuenta con manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas control y seguimiento de las áreas críticas control y seguimiento de Obras
EIF 1-9	No cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica)
EIF 2-1	No cuentan con procedimientos de verificación de inventarios.
EIF 2-2	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.)
EIF 2-3	No cuenta con libro o registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos

IX. PUNTAJE ALCANZADO.

A continuación, se presentan los puntajes obtenidos en los Macroprocesos:

Establecimiento:	Hospital Hermilio Valdizán
Tipo de Establecimiento:	III -1
Fase:	Autoevaluación
Año:	2019
Periodo:	4

Macroproceso	Criterio de Evaluación	Puntaje Máx. x Macro Proceso	Puntaje Obtenido x Macro Proceso	Cumplimiento x Macro Proceso	Puntaje Max. Por Categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x Categoría
		Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	47.88	43.66	91.18	211.87	164.58	77.68
Gestión de recursos humanos	11	47.88	47.88	100			
Gestión de la calidad	22	47.88	32.11	67.07			
Manejo del riesgo de atención	50	47.88	43.67	91.21			
Gestión de seguridad ante desastres	21	47.88	28.22	58.93			
Control de la gestión y prestación	15	47.88	27.62	57.59			
Atención ambulatoria	14	47.88	35.91	75.00	242.14	159.76	65.98
Atención extramural	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	47.88	37.68	78.70			
Atención de emergencias	14	17.10	12.15	71.05			
Atención quirúrgica	24	17.10	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	15	47.88	34.20	71.43	151.34	85.09	56.22
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	17.10	9.33	54.55			
Admisión y alta	16	17.10	6.35	37.14			
Referencia y contrarreferencia	10	17.10	10.56	61.76			
Gestión de medicamentos	15	17.10	15.78	92.31			
Gestión de la información	14	17.10	9.67	56.52			
Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	17	34.20	17.10	50.00			
Manejo del riesgo social	6	17.10	13.21	77.27			
Manejo de nutrición de pacientes	10	17.10	8.55	50.00			
Gestión de insumos y materiales	8	17.10	11.18	65.38			
Gestión de equipos e infraestructura	12	17.10	4.02	23.53			
Total	**342**	653.22	448.86		605.35	409.43	
					Puntaje Final (%)	**68**	

El Puntaje final 68% de cumplimiento global, corresponde al resultado final NO APROBADO (subsanar en 9 meses).

El macroproceso "Gestión de Recursos Humanos" alcanza el porcentaje de cumplimiento más alto (100%), mientras que "Admisión y alta" y "Gestión de equipos e infraestructura" tienen los porcentajes más bajos, 37.14% y 23.53% respectivamente. El nivel bajo de cumplimiento del macroproceso "Admisión y Alta", obedece fundamentalmente a que se desarrolla en un área en proceso de implementación, con MAPROS, reglamentos y otros, en elaboración.

RESULTADOS POR CATEGORIA

Código	Categoría	Puntaje Máximo por categoría	Puntaje obtenido Categoría	% Cumplimiento por Categoría
GER	GERENCIAL	211.87	164.58	77.68 %
PRE	PRESTACIONAL	242.14	159.76	65.98%
APOYO	APOYO	151.34	85.09	56.22%
TOTAL		605.35	409.43	68 %

En el desagregado por categoría, del porcentaje de cumplimiento, apreciamos que la categoría "Gerencial" con 77.58% supera a las otras dos, mientras que la categoría "Apoyo" está relegada con solo el 56.22 %.

COMPARATIVO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR CATEGORÍA AÑOS 2018 Y 2019

Código	Categoría	Puntaje obtenido Categoría 2018	Puntaje obtenido Categoría 2019	% Variación
GER	GERENCIAL	156.28	164.58	+ 5.3 %
PRE	PRESTACIONAL	154.79	159.76	+ 3.2%
APOYO	APOYO	93.23	85.09	- 8.7%
TOTAL		404.30	409.43	+ 1.3%

En general, al comparar el puntaje obtenido en el año 2019, con el que se logró el año 2018, apreciamos un incremento (1.3%), y al realizar la comparación de modo desagregado, se distingue que la mejora se ha debido al incremento en las categorías

"Prestacional" y "Gerencial". También vemos que en la categoría "Apoyo", contrariamente, ha ocurrido un descenso, donde precisamente se ubican los macroprocesos con puntajes más bajos: "Admisión y alta" y "Gestión de equipos e infraestructura".

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones emitidas para subsanar las observaciones, encontradas en el proceso de autoevaluación 2019 son las siguientes:

Macroproceso N° 1: DIRECCIONAMIENTO

Código del Estándar: DIR

DIR 1-1	Actas de reuniones, talleres y/o comunicaciones con la participación del HHV en la elaboración del PEI – MINSA. Plazo 3 meses
DIR 1-7	Implementar acciones para adhesión a Guías de Práctica Clínica, adhesión mayor al 80%. Plazo 3 meses

Macroproceso 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

NO TIENE RECOMENDACIONES

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

Macroproceso N° 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD

Código del Estándar: GCA

GCA1-2	Capacitación del personal que ejecuta los proyectos de mejora. Plazo 1 mes
GCA1-3	Elaborar informes mensuales de los equipos de mejora continua. Plazo 3 meses
GCA2-6	Determinar el 100% de las barreras e implementar proyectos de mejora para superar. Plazo 4 meses
GCA3-1	Evaluar la satisfacción del usuario interno por lo menos semestralmente. Plazo 2 meses
GCA3-3	Elaborar y ejecutar un plan de permita incrementar el porcentaje de usuarios que reciben buen trato. Plazo 6 meses
GCA3-4	Elaborar y ejecutar un plan que permita incrementar el porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención. Plazo 6 meses
GCA3-5	Elaborar y ejecutar un plan que permita incrementar el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención. Plazo 6 meses
GCA3-6	Elaborar y ejecutar un plan que permite incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos.

	Plazo 6 meses
GCA3-7	Realizar las encuestas para restablecer el porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional, e implementar medidas para lograr resultados en los niveles esperados. Plazo 3 meses
GCA3-8	Priorizar para su mejora, los procesos de atención, producto de la implementación de los proyectos de mejora. Plazo 1 mes.

Macroproceso N° 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código del Estándar: MRA

MRA 2-6	Elaborar manual de procesos de enfermos hospitalizados en riesgo ulceras de presión con el documento oficializado un RD. Plazo 1 mes.
MRA 2-8	Se recomienda elaborar Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo Plazo 1 mes
MRA 2-9	Se recomienda coordinar con el Dr. Chávez y Lic. Hernán Marcelo, Jefe de Nutrición Plazo 1 mes
MRA 5-1	Se recomienda elaborar Guías de atención de enfermería, actualizada. Plazo 01 mes

MRA 6-9	Se recomienda a Enfermería elaborar el MAPRO y oficializarlo con RD. Plazo 01 mes

Macroproceso N° 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Código del Estándar: GSD

GSD 1-1	Hacer las coordinaciones y trámites a Defensa Civil del gobierno Local para inspección técnica y obtener la certificación. Plazo 03 meses
GSD .1-2	Solicitar a la Oficina de Servicios Generales, informe de evaluación de Seguridad de Obra, realizadas por la municipalidad de las 2 últimas obras 2012-2014. Plazo 01 mes
GSD .1-3	Si bien califica con 2 puntos por el porcentaje de 80%, sin embargo, se recomienda concluir señalización de acuerdo normatividad vigente incluir al CRÑ) Plazo 03 meses
GSD .1-5	Concluir con la señalización integral de tuberías de fluidos peligrosos (gases, aire comprimido) de acuerdo a normativa vigente en Laboratorio y Odontología. Plazo 01 mes
GSD .2-2	Asignar con documento equipamiento a las brigadas conformadas según normatividad vigente.

	Plazo 01 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 02 meses
GSD .2-5	Cuando sean convocadas las autoridades del hospital para elaborar planes de respuesta regional y local, elaborar actas de reuniones multisectoriales. Plazo 03 meses
GSD .2-6	Elaborar actas de reuniones de los miembros del comité de defensa civil de la institución. Plazo 01 mes
GSD. 2-8	Elaborar guía de manejo de emergencia masivas y aprobar con RD. Plazo 02 meses
GSD. 3- 2	Cumplir los estándares mínimos de acuerdo a la normatividad en el equipamiento, materiales y medicamentos de la ambulancia tipo II, verificar constantemente el vencimiento de materiales y medicamentos, mantenimiento y operatividad de equipos y accesorios. Plazo 01 mes.
GSD.3- 6	Implementar un sistema de stock de medicamentos para emergencias y desastres de acuerdo a la normatividad vigente en coordinación con Farmacia. Plazo 01 mes

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Macroproceso N° 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN

Código del Estándar: CGP

CGP1-2	Establecer indicadores de control de la gestión y prestación de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios. Plazo 2 meses
CGP2-1	Capacitar al personal para realizar auditorías, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito. Plazo 4 meses
CGP2-5	Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica – GPC, en las atenciones de emergencia. Plazo 3 meses
CGP2-7	Realizar procesos de monitoreo y evaluación de la calidad en áreas / servicios de atención clínica. Plazo 3 meses
CGP2-9	Implementar mejoras que permitan que los procesos de atención auditados cumplan con los estándares. Plazo 4 meses
CGP2-10	Implementar mejoras que permitan que los procesos supervisados, muestren resultados iguales o superiores a lo esperado. Plazo 4 meses
CGP2-12	Cuantificar los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales

	Plazo 2 meses

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA-CONSULTA EXTERNA HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Código del Estándar: ATA

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 realizar periódicamente inducción y capacitación de personal de Triaje, y presentar el informe de capacitación. Plazo 1 mes
ATA 1-4	Implementar un registro de evidencias el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria en los días solicitados, de preferencia a nivel institucional. Plazo 1 mes
ATA 1-5	Establecer y difundir el documento que desarrolle los mecanismos para la atención preferencial en todas las áreas de atención ambulatoria. Plazo un mes
ATA 2-1	Actualizar las GPC de las principales patologías de perfil epidemiológico de consulta externa con su respectivo RD de aprobación. Plazo 2 meses
ATA 2-2	Implementar los mecanismos para evaluar el cumplimiento de las GPC y solicitar el informe de medición de cumplimiento de GPC realizado por el

	médico auditor de gestión la calidad. Plazo quince días
ATA 3-6	Implementar y desarrollar programas de prevención del asma guía más frecuentes coordinación cuál departamento de enfermería actividad psicoeducativa. Plazo 1 mes
ATA 4-1	Realizar encuestas a una muestra aleatoria de personal sobre los mecanismos para los que los usuarios realicen quejas o sugerencias. Plazo 15 días

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DSMNA

Código del Estándar: ATA

ATA 1-2	Considerar la necesidad de confeccionar un banner publicando la cartera de servicio departamento de niños y adolescentes. Plazo 30 días
ATA 1-4	La oficina de gestión de la calidad impulsaría dicha implementación. Plazo 30 días
ATA 1-5	Se recomienda realizar un documento sustentatorio. Plazo 30 días
ATA 2-1	Actualizar su GPC. Plazo 45 días

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ATA 2-2	Solicitará gestión de la calidad los mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC. Plazo 45 días
ATA 2-3	Solicitar la gestión de la calidad el informe de auditoría de las historias clínicas con adherencia a la GPC. Plazo 30 días

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA – DRESAM

Código del Estándar: ATA

ATA 1-1	DRESAM debe contar cómo ejemplar de informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación. Plazo un mes
ATA 1-4	Establecer mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a atención ambulatoria. Plazo un mes
ATA 1-5	DRESAM debe implementar atención preferencial de acuerdo a normativa vigente Y contar con el documento respectivo. Plazo un mes

MINISTERIO DE SALUD OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA CONSULTA EXTERNA (ATA) Ñaña

Código del Estándar: ATA

ATA 1-1	Completar la señalización y otros mecanismos de información, según normativa vigente. Plazo 2 meses
ATA 1-4	Implementar y oficializar mecanismo para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria. Plazo 3 meses
ATA 1-5	Definir mecanismos de atención preferencial y oficializarlos. Plazos 3 meses
ATA 2-1	Adaptar Guías de Práctica Clínica GPC, abortando patologías más frecuentes identificadas. Plazo 4 meses
ATA 2-2	Oficializar los mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC. Plazo 3 meses
ATA 2-3	Lograr que más del 50% de las historias clínicas siga los lineamientos de la GPC en una muestra historias clínicas del último mes. Plazo 4 meses.

Macroproceso N° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (DAMOC)

Código del Estándar: ATA

ATA 2-2	Se recomienda actualizar con RD el mecanismo para evaluar el nivel de cumplimiento de la GPC. Plazo 30 días
ATA 2-3	Solicitar informe de auditoría de la calidad de registro de atención, de las Historias Clínicas. Plazo 30 días
ATA 4-1	Actualizar los mapas existentes por su vigencia a la fecha realizar informe mensual de sugerencias quejas y reclamos ya que nos brindará porcentaje total de clientes no satisfechos aplicar encuesta sobre el conocimiento del personal. Plazo 30 días

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

Código del Estándar: ATA

ATA 1-2	Se recomienda realizar una encuesta sobre una muestra de 20 usuarios para conocer si el contenido de la cartera es comprensible para el usuario. Plazo 15 días
ATA 2-1	Se sugiere actualizar la GPC. Plazo 30 días
ATA 2-2	Implementar un mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC

	solicitar el informe de medición de cumplimiento de la GPC realizado por el médico auditor de gestión de la calidad. Plazo 15 días
ATA 2-3	Solicitar los informes de auditoría de la calidad de registro de laborado por médico auditor de gestión de la calidad a fin de conocer si cumple con los lineamientos de la GPC. Plazo 15 días

Macroproceso N° 8: ATENCIÓN EXTRAMURAL

Código del Estándar: AEX

NO APLICA EN EL HHV

Macroproceso N° 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACION – HHV

Código del Estándar: ATH

ATA 1-2	Gestionar la implementación de mejoras resultantes de las reuniones de los equipos de gestión y o terapéutico. Plazo un mes
ATH 2-1	Gestionar y 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	Documental y realizar mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud

	y el internamiento del paciente. 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 la SEP en la historia clínica. Plazo 1 mes
ATH 5-1	Gestionar mecanismo de mejora de la información dada al paciente sobre su enfermedad. Plazo 1 mes
ATH 6-1	Elaborar manual de procedimientos para interconsultas. Plazo 1 mes
ATH 6-2	Gestionar y solicitar la programación de atención de 24 horas para el servicio del diagnóstico laboratorio servicio de nutrición y dietética servicio social. Plazo 1 mes
ATH 7-1	Gestionar la evaluación de historia clínica por pares y elaborar informe reporte. Plazo 1 mes

ATH 7-3	Establecer con documento horario para brindar información al usuario. Plazo un mes

Macroproceso N° 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACION – CRÑ

Código del Estándar: ATH

ATH 1-2	Comunicar oficialmente a la alta dirección para su aprobación y ejecución propuestas de mejora de los procesos de atención. Plazo 12 meses
ATH 2-2	Elaborar acta de las reuniones en las que se promuevan la adopción adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico. Plazo 3 meses
ATH 4-1	Actualizar y aprobar las GPC para todas las patologías más frecuentes. Plazo 3 meses.
ATH 4-3	Implementar por todos los miembros del equipo terapéutico la Guía de Práctica Clínica. Plazo 3 meses
ATH 4-5	Auditar las historias clínicas e informarlo tomando acciones para mejorar los procesos. Plazo 4 meses
ATH 6-1	Elaborar el mapa de interconsulta a otras especialidades de los pacientes internados.

	Plazo 12 meses
ATH 7-3	Elaborar un documento oficial que establezca horario para información al usuario y o familia. Plazo 2 meses
ATH 7-4	Lograr que más del 80% de los planes de trabajo, estén de acuerdo a las GPC. Plazo 4 meses

Macroproceso N° 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA – CRÑ

Código del Estándar: EMG

EMG 1-1	Implementar un mecanismo de información general al usuario. Plazo 1 mes
EMG 1-3	El rol de programación oficial del personal que labora en emergencia debe estar completo y colocado en un lugar visible para los usuarios externos. Plazo 1 semana
EMG 1-4	Actualizar las GPC para las 10 causas más frecuentes en emergencias. Se recomienda adaptación de GPC. Plazo 2 meses
EMG 1-5	Elaborar un programa de capacitación continua para el personal que labora en Emergencia. Las asistencias a las capacitaciones deben ser de carácter obligatorio para el personal de Emergencia y ser consideradas como requisito para rotar por Emergencia. Para el personal que rota frecuentemente. evaluar la periodicidad de las

	rotaciones a fin de favorecer su participación en las capacitaciones. Plazo 1 mes
EMG 1-6	Elaborar un documento que establezca las medidas para la atención de emergencias y restricciones incluyendo grupo etáreo. Plazo 1 mes
EMG 2-1	Realizar las gestiones pertinentes para poder atender equipamiento necesario medicamentos e insumos. Plazo 1 mes
EMG 2-2	Realizar una programación de mantenimiento de estos equipos considerando que son equipos expuestos al medio ambiente. Plazo 15 días
EMG 2-5	Evaluar y de ser el caso realizar un sustento técnico para que emergen se hace un departamento a fin de poder optimizar sus recursos y requerimientos de éstos y se pueda contar con personal completo para la emergencia del HHV. Plazo 1 mes
EMG 3-1	Implementar un registro de capacitación del personal profesional que labora en Triaje de Emergencia. Plazo 15 días

Macroproceso N° 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código del Estándar: ATQ

NO OBSERVACIONES

Macroproceso N° 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Código del Estándar: DIV

DIV 1-5	Apertura libro de actas. Plazo 12 meses
DIV 1-7	Gestionar de elaboración de reglamento de docencia para posgrado y oficializarlo con RD. Plazo 12 meses
DIV 1-8	□□borar y gestionar planes de actividades académicas para posgrado. Plazo 12 meses
DIV 1-9	Elaborar y gestionar programas elaborar informe de tutoría asesoría y de cumplimiento de lo de las tutorías y asesorías de dicho programa. Plazo 12 meses
DIV 2-2	Elaborar y gestionar planes e informes de supervisión. Plazo 12 meses
DIV 2-5	Implementar los inventarios respectivos revista síntesis presentarlo en forma virtual. Plazo dos meses
DIV 2-6	Implementar las acciones respectivas.

	Plazo 12 meses

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Psicología Diagnostico)

Código del Estándar: ADT

NO TIENE OBSERVACIONES

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Laboratorio

Código del Estándar: ADT

ADT 1-1	Solicitar aprobación con RT actualizado los procedimientos para la realización del servicio de Laboratorio. Plazo 3 meses
ADT 1-2	Documentar y elaborar el informe respectivo de control de calidad del plan de laboratorio del servicio de laboratorio. Plazo 1 mes
ADT 2-1	Documentar y elaborar el informe correspondiente de los estándares del tiempo para entrega de resultados del servicio de laboratorio. Plazo 1 mes
ADT 3-3	Culminar con el manual de procedimiento y solicitar aprobación mediante RD. Plazo 1 mes
ADT 3-7	Elaborar el informe de que cuantifique análisis y tome las medidas

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

	correctivas Respecto a las complicaciones y o reacciones adversas derivadas de la atención de los servicios de Apoyo y Tratamiento. Plazo 12 meses

Macroproceso N° 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (EKG y EEG)

Código del Estándar: ADT

ADT 1-1	Actualizar y oficializar RD procedimiento para la realización de EEWG y EKG. Plazo 3 meses
ADT 1-2	Implementar un programa de control de calidad de los procedimientos que se realizan incorporar en el plano oficial de mantenimiento de equipos el control de calidad de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Plazo 3 meses
ADT 2-1	Documentario oficializar estándares de tiempo para entrega de resultados de los exámenes y EKG y EEG. Plazo 1 mes
ADT 3-1	Desarrollar indicadores de calidad relacionados a la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes. Plazo 3 meses
ADT3-2	Incorporar la calibración en el plan de mantenimiento de equipos e informarlo oficialmente. Plazo 4 meses

ADT 3-5	Registro de demanda insatisfecha implementación de medidas correctivas. Plazo 4 meses
ADT 3-6	Implementar plan de capacitación del personal relacionados a EKG y EEG. Plazo 3 meses
ADT 3-7	Implementar un sistema de registro de eventos adversos. Plazo 1 mes

Macroproceso N° 14: ADMISIÓN Y ALTA

Código del Estándar: ADA

ADA 1 - 1	Documentar con R.D que apruebe el sistema de registro de las HS CLS de acuerdo con la normatividad vigente. Plazo 3 meses
ADA 1 - 2	Elaborar MAPRO para mejorar la atención al Usuario Plazo 3 meses
ADA 1 - 3	Reiterar que se culminen los Manuales de Procedimientos o guías que garanticen adecuadamente la entrada y salida de las historias clínicas. Que se aprueben con R.D. Plazo 3 meses
ADA 1 - 4	Se Mejore según los avances tecnológicos. Plazo 3 meses
ADA 1 - 5	Capacitar buscando medios estratégicos para el cumplimiento de lo

	estipulado presentar como dispone las normas establecidas. Plazo 3 meses
ADA 2 – 1	Coordinar con la Oficina de Gestión de la calidad para constante capacitación al personal de admisión para realizar las encuestas correspondientes. Plazo 3 meses
ADA 2- 4	Si existe la información, pero falta estandarizar. Se recomienda que se realice cada tres meses Plazo 3 meses
ADA 2 - 5	Se recomienda elaborar los informes de análisis de datos de libro de registro de citas trimestralmente. Plazo 3 meses
ADA 2 – 6	Se recomienda elaborar los informes de análisis de datos de libro de registro de citas. Plazo 3 meses
ADA 2 - 7	Solicitar el Plan de Auditoria de Historias Clínicas a la Oficina de Gestión de la Calidad Plazo 3 meses
ADA 2 - 8	Solicitar a la Oficina de Gestión de la Calidad la encuesta aplicada SERVQUAL instrumento para medir la Satisfacción del Usuario Externo Plazo 3 meses
ADA 3 - 1	Documentar oficialmente el proceso de alta. Plazo 3 meses

ADA 3 - 2	Elaborar registro e informar

Macroproceso N° 15: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Código del Estándar: RCR

RCR 1-1	Formalizar el documento del proceso de RCR y oficializarlo con RD y que esté acorde con la normativa vigente. Plazo 3 meses
RCR 1-2	Establecer las coordinaciones para la contrarreferencia de los pacientes a otros servicios. Asimismo, abrir un registro de pacientes contra referidos posterior al alta. Plazo 3 meses
RCR 2-1	Se recomienda obtener el rol del personal a cargo del traslado de paciente. Plazo 3 meses
RCR 2-2	Solicitar el rol oficial de personal a cargo del traslado rol de Enfermería. Plazo 3 meses
RCR 3-1	Realizar informe de capacitación del personal responsable del SCR o certificado de capacitación en SRCR encuesta al personal responsable para el conocimiento de las NT del SRCR informe o actas de reuniones para la identificación y análisis de aspectos críticos informe mensual de avances y seguimiento de SRCR proyecto de mejora implementado según resultados de análisis de aspectos críticos. Plazo 3 meses

RCR 3-4	Realizar informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contra referidos. Plazo 3 meses

Macroproceso N° 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

Código del Estándar: 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 N° 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Código del Estándar: GIN

GIN1-1	Identificar las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos y registrarlos en actas. Plazo 3 meses.
GIN1-2	Incorporar el plan anual de adquisiciones las necesidades identificadas. Plazo 2 meses
GIN1-3	Dar a conocer a todo el personal sistema de acopio de información del

	hospital. Plazo 2 meses
GIN1-5	Capacitar a más del 90% de personal en actividades de la gestión de la información. Plazo 4 meses
GIN1-6	Completar los procedimientos faltantes elaborando los correspondientes a las fases de los informes faltantes. Plazo 3 meses
GIN1-7	Implementar un sistema de gestión de la información. Plazo 4 meses
GIN2-1	Elaborar proyecto de mejora de los aspectos críticos de la gestión de la información. Plazo 4 meses
GIN3-3	Actualizar la información publicada en el espacio asignado para mostrar los proyectos de mejora continua. Plazo 2 meses
GIN3-4	Identificar la percepción del usuario interno sobre el manejo de la información. Plazo 2 meses

Macroproceso N° 18: Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización Enfermería, Epidemiologia, Central de Esterilización y Servicios Generales

Código del Estándar: DLDE

DLDE 1-2	Elaborar una guía en la que se describan los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente Los enseres de cama la ropa de cama y del personal de área de riesgo difundir dicha guía en todo el personal. Plazo 2 meses
DLDE 1-3	Centralizar los procesos de limpieza desinfección y esterilización de materiales y equipos. Plazo 3 meses
DLDE 2-2	Implementar una lista de chequeo para la clasificación y de contaminación del material de acuerdo al manual. Plazo 15 días
DLDE 2-3	Generalizar el uso de la lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y estabilización. Plazo 15 días
DLDE 2-4	Actualizar el manual de desinfección de la central de esterilización. Plazo 1 mes
DLDE 2-5	Implementar un libro de registro de control de daños y pérdidas de materiales y equipos En la central de esterilización. Plazo 10 días
DLDE 2-6	Informar mensualmente acerca de los deterioros de enseres de cama

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

	ropa. Plazo 1 semana
DLDE 3-1	Lograr que el 90% de personal que realiza la recolección y lavado de la ropa esté debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. Plazo 1 mes
DLDE 3-2	Elaborar el mapa con los procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada. Plazo 2 meses
DLDE 3-3	Implementar el libro cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería y emitir informes acerca de medidas correctivas. Plazo 10 días
DLDE 3-4	Elaborar y difundir un documento técnico de almacenamiento de enseres y ropa de cama. Plazo 1 mes
DLDE 4-4	Realizar encuestas de percepción al usuario interno y externo 10 usuarios informan acerca de la implementación de las mejoras de acuerdo a los resultados de dichas encuestas. Plazo 3 meses

Macroproceso N° 19: MANEJO DE RIESGO SOCIAL

Código del Estándar: MRS

MRS 1-1	• Solicita a Planeamiento el Manual de Procedimiento del Sistema de Evaluación Socioeconómica Institucional las 24 horas y su respectivo RD actualizado. • No confundir el MAPRO con el documento de NORMA TÉCNICA. Plazo 1 mes
MRS 1-2	• Realizar informe mensual de control de calidad de las fichas de evaluación socio- económica. • Estandarizar la Ficha de Evaluación Socio Económica utilizada, con el FESE instrumento validado y establecido por el MINSA. • Establecer criterios consensuados para realizar el control de calidad de la Ficha de evaluación utilizada en el HHV. • • Plazo 6 meses
MRS 2.1	• Atendiendo al Plan Nacional de implementación del AUS y la normativa de atención integral se recomienda: • Elaborar informe mensual de la captación de usuarios pobres y en extrema pobreza. • Desarrollar un proyecto entorno a la captación de pacientes pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS. • • Plazo 1 mes
MRS 2.2	• La oficina de Gestión de la Calidad facilitaría que el COMITÉ DEL TARIFARIA INSTOTUCIONAL presidido por la Dra. Mildred, emita Informe de verificación del tarifario del EESS adecuado a las políticas del MINSA.

Macroproceso N° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HHV

Código del Estándar: NYD

NYD 1-5	Revisar los procesos y establecer instancia de articulación con Logística para unificar y consensuar acciones y normatividad. Plazo 2 meses
NYD 1-6	Elaborar material de información (dípticos, cartillas, etc.) y realizar las encuestas a usuarios y familiares sobre conocimientos y prácticas nutricionales en relación a sus necesidades. Plazo 1 mes
NYD 2-4	Implementar los documentos de medidas acordes al registro de quejas o reclamos de los usuarios. Plazo 1 mes

Macroproceso N° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL CRÑ

Código del Estándar: NYD

NYD 1-1	Coordinar con el jefe de servicio de Nutrición HHV como un referente para obtener las normativas oficiales. Plazo 6 meses
NYD 1-2	Coordinar con el jefe de servicio de Nutrición HHV y unificar criterios para elaborar un plan de capacitación del personal de nutrición. Plazo 7 meses
NYD 1-3	Gestionar documento oficial para la distribución de dietas elaborar posterior reporte de distribución de dietas.

	Plazo 30 días
NYD 1-4	Coordinar con jefe de servicio de nutrición HHV, para obtener documento oficial. Plazo 4 meses
NYD 1-5	Aplicar las buenas prácticas de almacenamiento para todos los víveres. Plazo 1 mes
NYD 1-6	Elaborar temática estandarizadas de un perfil profesional mediante un plan de intervención nutricional. Plazo 6 meses
NYD 2-1	Realizar el listado de patologías prevalentes y proponer los regímenes dietéticos estándar. Plazo 1 mes
NYD 2-2	Establecer una coordinación más estrecha entre servicios establecer directivas que favorezcan la coordinación en los procedimientos. Plazo 1 mes
NYD 2-3	Elaborar un formato para reporte diario de las visitas efectuadas por el personal de nutrición cuando ingresa en pacientes con dietas especiales. Plazo 3 meses
NYD 2-4	Solicitar periódicamente el informe escrito del encargado del buzón de sugerencias. Plazo 1 mes

Macroproceso N° 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES

Código del Estándar: GIM

GIM 1-1	Actualizar con las normas vigentes las líneas de acción pára el requerimiento y adquisición de insumos o materiales de EESS Plazo 2 meses
GIM 1-3	Desarrollar Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales y aprobar con RD del EESS. Plazo 3 meses
GIM 2-1	Completar los informes de todos los servicios. . Pazo 1 mes
GIM 2-4	Implementar el registro manual o electrónico de opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales. Plazo 1 mes

Macro proceso N° 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

Código del Estándar: EIF

EIF 1-3	Gestionar capacitación actualizada en proyectos de inversión pública por lo menos a un trabajador de la oficina. Plazo 1 mes
EIF 1-4	Implementar un file de documentos que permita evidenciar la capacitación del personal para realizar el mantenimiento preventivo y recuperación de la infraestructura y equipos En el último año. Plazo un mes
EIF 1-5	Elaborar procedimientos para cada proceso (adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física y

	oficializar con RD. Plazo 2 meses
EIF 1-6	Emitir informes trimestrales de operatividad de equipos e instrumentos, teniendo como referencia el inventario actualizado. Plazo 2 meses
EIF 1-7	Elaborar manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias y oficializar con RD. Plazo 2 meses.
EIF 1-8	Elaborar manual de procedimientos para mantenimiento de áreas críticas control y seguimiento obras y oficializar con RD. Plazo 2 meses
EIF 1-9	Se recomienda elaborar el manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de equipos y servicios básicos, oficializar con RD. Plazo 2 meses.
EIF 2-1	Elaborar procedimientos de verificación de inventario y aprobar con RD elaborar informes trimestrales de verificación. Plazo 2 meses
EIF 2-2	Gestionar que el mantenimiento preventivo a los equipos se realice de acuerdo al cronograma establecido en el Plan de Mantenimiento respectivo. Plazo 2 meses
EIF 2-3	Implementar libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

	que permita cuantificar el % de soluciones oportunas. Plazo 1 mes

La entrega de estas recomendaciones con los plazos correspondientes, a los jefes y responsables de las diferentes unidades orgánicas, se han realizado mediante un memorandos emitidos por la Jefatura de Gestión de la Calidad.

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"

XI. CONCLUSIONES

El porcentaje de cumplimiento Global del puntaje obtenido por el HHV, después de la evaluación interna, fue del 68%, lo que corresponde como resultado final a "NO APROBADO".

El macroproceso "Gestión de Recursos Humanos" alcanza el porcentaje de cumplimiento más alto, mientras que "Admisión y alta" y "Gestión de equipos e infraestructura" tienen los porcentajes más bajos.

La categoría "Gerencial" supera a las otras dos, en el porcentaje de cumplimiento, mientras que la categoría "Apoyo" tiene el menor porcentaje.

En general, al comparar el puntaje obtenido en el año 2019, con el que se logró el año 2018, apreciamos un incremento, y al realizar la comparación de modo desagregado, se distingue que la mejora se ha debido al incremento en las categorías "Prestacional" y "Gerencial".

XII. RECOMENDACIONES GLOBALES:

Subsanar en un plazo no mayor a los 9 meses, las observaciones realizadas durante la evaluación, cumpliendo la recomendaciones emitidas.

Implementar el seguimiento constante, de la ejecución de las recomendaciones emitidas.

El proceso de Autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente, utilizando los procesos de mejora continua e involucrando al personal, constituyendo líderes que trabajen con imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Realizar una reunión de retroalimentación entre la OGC, los evaluadores y la alta Dirección, para determinar los principales problemas presentados durante la evaluación, y las propuestas de solución para futuros procesos similares.