



## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN



Dra. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General del Hospital  
Hermilio Valdizán

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

# 2020



## **INDICE**

	<b>Pág.</b>	
<b>I</b>	<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>II</b>	<b>Objetivos</b>	<b>4</b>
<b>III</b>	<b>Base Legal</b>	<b>4</b>
<b>IV</b>	<b>Ambito de Aplicación</b>	<b>5</b>
<b>V</b>	<b>Metodología de la Autoevaluación</b>	<b>5</b>
<b>VI</b>	<b>Cronograma de Actividades del Eje de Autoevaluación</b>	<b>7</b>
<b>VII</b>	<b>Recursos e instrumentos</b>	<b>7</b>
<b>VIII</b>	<b>Resultados del Proceso de Autoevaluación</b>	<b>8</b>
<b>IX</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>18</b>
<b>X</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>18</b>
<b>XI</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>19</b>
	<b>Anexo 1 Observaciones y Recomendaciones por Macroprocesos</b>	
	<b>Anexo 2 RD Equipo de Acreditación</b>	
	<b>Anexo 3 RD Equipo de Evaluadores Internos</b>	
	<b>Anexo 4 RD del Plan de Autoevaluación</b>	
	<b>Anexo 5 Acta de cierre de la autoevaluación</b>	
	<b>Anexo 6 Cronograma de actividades del Eje de Autoevaluación</b>	



## I.- INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizán es un hospital de atención especializada en Salud Mental, de Tercer Nivel de Complejidad, categoría III-1 y tiene la misión de prestar servicios altamente especializados en salud mental y psiquiatría con calidad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinarios.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal. Es por ello que uno de los ejes estratégicos de la oficina es el proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación, que se viene llevando a cabo desde el año 2012.

Con Resolución Ministerial Nro 456 – 2007 / MINSA, se aprobó la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” (NTS Nro 050–MINSA / DGSP – V 02), cuya finalidad es contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales de 22 macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

El presente informe detalla los resultados obtenidos de la evaluación interna realizada a los diferentes órganos y unidades orgánicas del hospital Hermilio Valdizán, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, identificando oportunidades de mejora continua en todos los procesos asistenciales y administrativos



## II.- OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo General

Conocer el grado de cumplimiento en el HHV de los estándares de acreditación para establecimientos de salud de nivel III – 1.

### 2.2 Objetivos Específicos

Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos.

Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.

Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas del HHV.

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.

## III.- BASE LEGAL

Ley N° 26842 – Ley General de Salud.

Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, 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”.

R.M. N° 914 -2010 / MINSA aprobó la NTS N° 021 –MINSA/ DGSP v.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueban Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud categoría III-1 y servicios médicos de apoyo dependiendo del nivel de categorización.



Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Resolución Directoral Nro 062-DG/HHV-2020 que aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2020

Resolución Directoral N° 045 -DG/ HHV-2020 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2020

Resolución Directoral N° 046-DG/HHV-2020 conforma el Equipo de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2020.

#### **IV. AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente plan es de aplicación a todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

#### **V. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACIÓN**

Para la evaluación interna en el HHV se desarrollaron las siguientes actividades:

##### **5.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN (Anexo 2)**

Resolución Directoral N° 045 -DG/ HHV-2020 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2020

##### **5.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (Anexo 3)**

Resolución Directoral N° 046-DG/HHV-2020 conforma el Equipo de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2020.

##### **5.3 ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HHV 2020 (Anexo 4)**

Resolución Directoral Nro 062-DG/HHV-2020 que aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2020



#### **5.4 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**

El equipo de autoevaluadores mencionados en la Resolución Directoral participaron en los talleres de capacitación los años 2018 y 2019, además de ser autoevaluadores internos de los diferentes servicios. Lo que también se ha comunicado a la Dirección General mediante Memorandum Nro 157/OGC/HHV-2020.

#### **5.5 COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN**

Mediante Memorandum Circular Nro 002-OGC-HHV-2020 se comunicó a los diferentes órganos y /o Unidades Orgánicas del HHV en inicio de la Autoevaluación en el HHV el 01 de diciembre del 2020.

#### **5.6 REUNION DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACIÓN**

La reunión de cierre del proceso de autoevaluación se realizó el 04 de enero del 2021 ( **Anexo 5**)

#### **5.7 PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

Culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitó los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.

#### **5.7 REALIZAR SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES**

Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones

Se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada macroproceso.

Durante el 2021 se priorizarán 08 macroprocesos que tienen los resultados más bajos el 2020 y son: Gestión de equipos e infraestructura (29.41%), Gestión de la información (34.78%), Gestión de insumos y materiales (42.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (54.55%), Gestión de seguridad ante desastres (57.14%), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (62.07%), Gestión de Medicamentos (67.31%), Nutrición y dietética (67.65%).



## VI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL EJE DE AUTOEVALUACIÓN 2020

El cronograma de actividades del proceso de autoevaluación del año 2020 en el HHV, ha variado debido a la emergencia sanitaria de nuestro país, pero aún así se ha llegado a cumplir con las diferentes actividades programadas. **(Anexo 6)**

## VII.- RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías III-1.
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados



## VIII.- RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

A continuación presentamos los resultados del proceso de evaluación interna del Hospital Hermilio Valdizán llevado a cabo en el mes de diciembre del 2020, obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 1: Puntaje final de la Autoevaluación 2020**

<b>Establecimiento :</b>	00005948-HOSPITAL HERM											
<b>Tipo de Establecimiento :</b>	III-1											
<b>Fase:</b>	AutoEvaluación											
<b>Año:</b>	2020					MACROPROCESO			CATEGORIAS			
<b>Periodo :</b>	4											
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoria	Cumplimien to x categoria	
<b>Macroprocesos</b>	<b>Criterios eval</b>	<b>E</b>	<b>P</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	49.89	91.18	222.64	195.78	87.94	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	37.42	91.18				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	45.54	95.12				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	41.57	86.81				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	7.82	57.14				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	28.28	82.69	254.45	220.17	86.53	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	41.90	87.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	36.80	76.85				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	37.80	78.95				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	47.88	100.00				
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	30.94	90.48				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	9.33	54.55				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	11.97	70.00				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	12.57	73.53				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	11.51	67.31	159.03	94.23	59.25	
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	5.95	34.78				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	10.61	62.07				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	15.55	90.91				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	11.57	67.65				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	7.23	42.31				
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	5.03	29.41				
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>134</b>	<b>167</b>	<b>41</b>	<b>342</b>	<b>636.12</b>	<b>507.15</b>					<b>636.12</b>
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>80</b>		

Como se observa en la tabla 1 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **80% (NO aprobado)**

Según la NT Nro 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay dos macroprocesos que no se evalúan en el hospital que son el Macroproceso 8 ( Atención extramural) y el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica).



Figura 1. Puntaje de los macroprocesos evaluados



Como se observa en la figura 1 los macroprocesos que tienen puntaje más bajo son: Gestión de equipos e infraestructura (29.41%), Gestión de la información (34.78%), Gestión de insumos y materiales (42.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (54.55%), Gestión de seguridad ante desastres (57.14%), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (62.07%), Gestión de Medicamentos (67.31%), Nutrición y dietética (67.65%).

**Tabla 2: Puntaje de Autoevaluación por grupo de Macroprocesos 2020**

MACROPROCESOS	CUMPLIMIENTO POR CATEGORÍA
GERENCIALES	87.94 %
PRESTACIONALES	86.53 %
DE APOYO	59.25 %

Como se observa en la tabla 2 el grupo de macroprocesos de apoyo son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo ( 59.25%).

Los macroprocesos gerenciales y prestacionales están en el límite mínimo de aprobación por lo que se debe mejorar el nivel de cumplimiento ya que para ser una institución acreditada debe pasar más allá del 85% de cumplimiento de los estándares de acreditación.

**Tabla 3: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Gerenciales**

Macroprocesos Gerenciales	Criterios Evaluados	Grado de cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
1 Direccionamiento	11	91.18	
2 Gestión de Recursos Humanos	11	91.18	
3 Gestión de Calidad	22	95.12	
4 Manejo del Riesgo de la Atención	50	86.81	87.94
5 Gestión de Seguridad ante Desastres	21	57.14	
6 Control de la Gestión y Prestación	15	82.69	

En la tabla 3 se muestra los 6 macroprocesos gerenciales que en forma global tienen un grado de cumplimiento de los criterios de evaluación del 87.94%



Figura 2. Puntaje de los Macroprocesos Gerenciales

En la figura 2 observamos los Macroprocesos Gerenciales los cuales describiremos a continuación:

Respecto al **macroproceso 1 Direccionamiento** se observa que las jefaturas envían los avances de las metas físicas a la OEPE pero no se observa un análisis de los datos estadísticos enviados y menos una retroalimentación.

Respecto al **macroproceso 2 Gestión de Recursos Humanos** se observa que el MOF es del año 2012 y no abarca todos los puestos de trabajo que la actualidad nos exige, no se cuenta con un documento oficial con los estándares de productividad individual que se haya establecido en la institución, los informes del plan de capacitación no son presentados en forma trimestral a la DG, no se ha realizado la encuesta de clima organizacional y satisfacción del usuario interno.

Respecto al **macroproceso 3 Gestión de la Calidad** no se realiza las encuestas de satisfacción laboral y clima organizacional que son actividades asignadas a la Oficina de personal, además mencionar que el año 2019 se realizó las encuestas pero hubo muy poca participación del personal de la institución.



Respecto al **macroproceso 4 Manejo del Riesgo de la Atención** es el macroproceso que tiene 50 criterios para evaluar, las áreas evaluadas son la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental que tiene la documentación completa pero se observa que le falta socializar dichos documentos con los diferentes servicios del hospital. Otra área evaluada es Salud Ocupacional que es nuevo en el establecimiento y que aún falta implementar.

Respecto al **macroproceso 5 Gestión de Seguridad ante Desastres** donde se evaluaron 21 criterios y se observó que el hospital no cuenta con certificado de inspección técnica vigente, tampoco se ha realizado la evaluación de seguridad de obras que lo hace la Municipalidad, ya corresponde realizar la evaluación del índice de seguridad hospitalaria, y las ambulancias no cuentan con el equipamiento básico, tampoco hay un stock de medicamentos básicos para emergencias.

Respecto al **macroproceso 6 Control de la Gestión y Prestación** se observa que los Comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud solo tiene un Médico Auditor que pertenece a la Oficina del SIS, la OGC no realiza informes de evaluación de indicadores de gestión y prestación.

**Tabla 4: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Prestacionales**

	Macroprocesos Prestacionales	Criterios Evaluados	Grado de cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
7	Atención Ambulatoria	14	87.50	
8	Atención Extramural			
9	Atención de Hospitalización	26	76.85	
10	Atención de Emergencias	14	78.95	86.53
11	Atención Quirúrgica			
12	Docencia e Investigación	15	90.48	

En la tabla 4 se observa los Macroprocesos Prestacionales de los cuales dos no se aplican al Hospital el macroproceso 8 (Atención Extramural) y el macroproceso 11 (Atención Quirúrgica). Se observa un grado de cumplimiento del 86.53%.

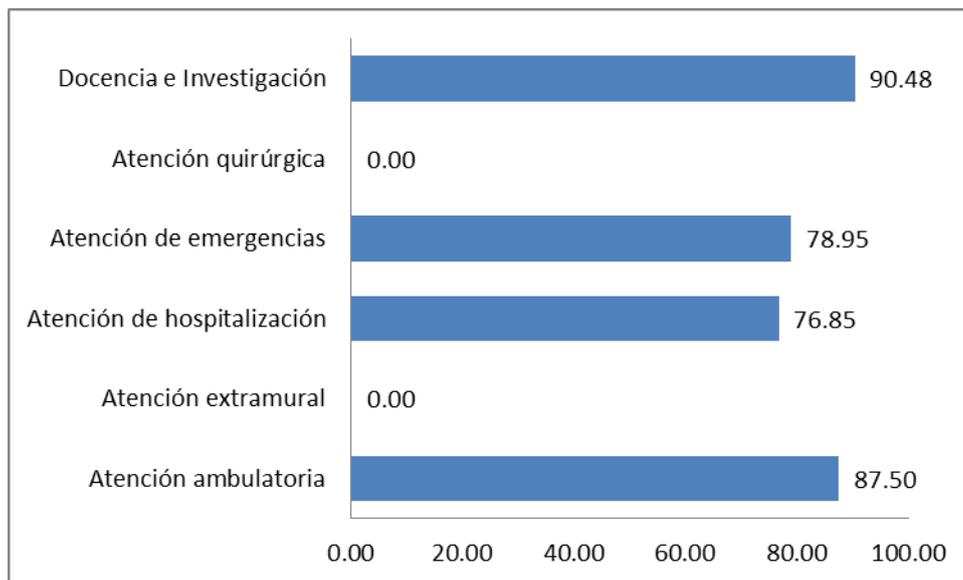


Figura 3. Puntaje de los Macroprocesos Prestacionales

En la figura 3 observamos los Macroprocesos Prestacionales que describiremos a continuación:

Respecto al **macroproceso 7 Atención Ambulatoria** se observa que no se realiza el registro de la demanda insatisfecha, la falta de actualización de las GPC.

Respecto al **macroproceso 9 Atención de Hospitalización** se observa que presentan su cuadro de necesidades pero desconocen en que porcentaje sus necesidades están siendo atendidas (no hay un informe de logística), desconocen sobre los informes de bioseguridad e IAAS que si existe en la Oficina de Epidemiología pero que no ha sido socializado, no se realiza la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud del internamiento y la efectivización del mismo y las GPC desactualizadas.

Respecto al **macroproceso 10 Atención de Emergencias** se observa que falta capacitación del personal según sus competencias, actualización de las GPC, y documentos oficiales que establezcan las medidas de atención sin restricciones y los mecanismos operativos que garanticen la continuidad de la atención en los cambios de guardia.



Respecto al **macroproceso 12 Docencia e Investigación** no cuenta con el Reglamento de docencia de pregrado y posgrado, no cuenta con el programa de tutoría y asesoría en pregrado, y falta las reuniones de los diferentes Comités que lidera la oficina.

**Tabla 5: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos De Apoyo**

	Macroprocesos De Apoyo	Criterios Evaluados	Grado de cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
13	Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	11	54.55	
14	Admisión y Alta	16	70.00	
15	Referencias y Contrareferencias	10	73.53	
16	Gestión de Medicamentos	15	67.31	59.25
17	Gestión de la Información	14	34.78	
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	17	62.07	
19	Manejo del Riesgo Social	6	90.91	
20	Nutrición y Dietética	10	67.65	
21	Gestión de Insumos y materiales	8	42.31	
22	Gestión de Equipos e Infraestructura.	12	29.41	

En la tabla 5 observamos los Macroprocesos de Apoyo que son en total 10 cuyo grado de cumplimiento en forma global se encuentra en 59.25%

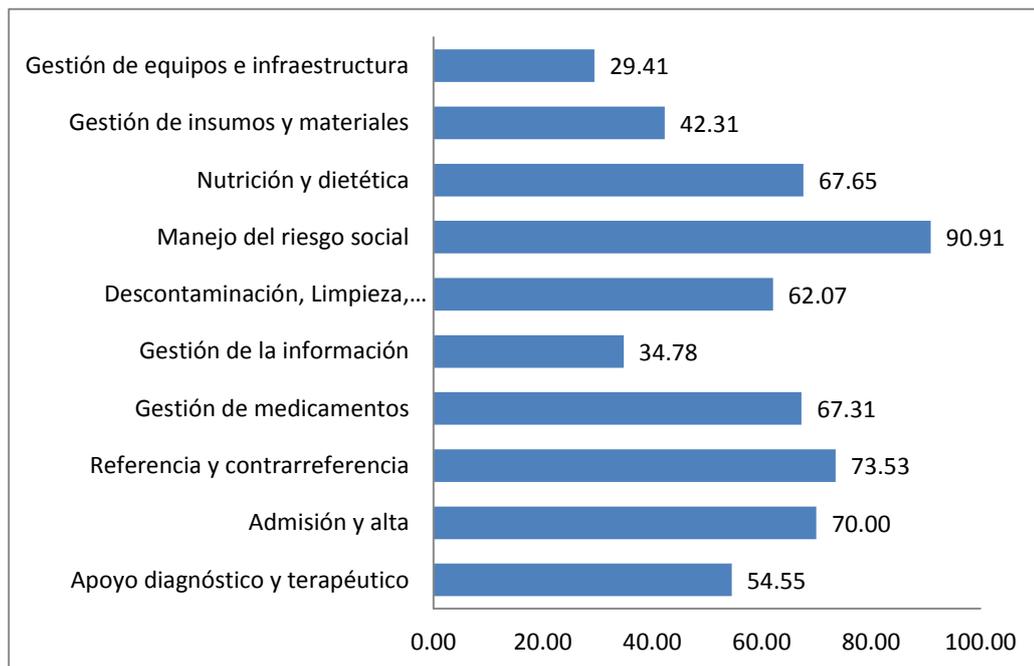


Figura 4. Puntaje de los Macroprocesos de Apoyo

En la figura 4 observamos los macroprocesos de apoyo que describiremos a continuación:

Respecto al **macroproceso 13 Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento** se evaluó el Servicio de laboratorio y el Servicio de EEG y EKG, no se evaluó el Servicio de Psicología Diagnóstico debido a que los criterios no se adecúan para evaluar dicho servicio, tampoco se evaluó el Servicio de Neurología que debería pertenecer al Departamento Médico.

En el Servicio de laboratorio falta actualizar el MAPRO con todos los procedimientos de laboratorio, no cuenta con un Programa de control de calidad del equipamiento y de los procedimientos, tampoco se registra la demanda insatisfecha y no tiene oficializado los estándares de tiempo de entrega de los resultados de laboratorio.

En el Servicio de EEG y EKG falta implementar un programa de control de la calidad respecto a la calibración de equipos y a los procedimientos que se realiza.



Respecto al **macroproceso 14 Admisión y Alta** falta elaborar el MAPRO con el procedimiento de obtención y entrega de citas, procedimiento de reprogramación de citas, procedimiento de conservación y custodia del sistema de registro, procedimiento de recojo y archivamiento de las historias clínicas, procedimiento de alta.

Respecto al **macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia** falta formalizar el proceso de Referencias Contrareferencias, las ambulancias no cuentan con el equipamiento básico, y no se presentan informes mensuales del cumplimiento de los indicadores de las referencias y contrareferencias.

Respecto al **macroproceso 16 Gestión de Medicamentos** falta el reporte de las Buenas Prácticas de Dispensación de medicamentos, errores de dispensación, información al usuario durante la dispensación de medicamentos, carece de un Plan de capacitación, falta que los informes de los errores encontrados en la prescripción de los medicamentos sean socializados con del DSMAG.

Respecto al **macroproceso 17 Gestión de la Información** se observa que los requerimientos de necesidades de equipamiento no está incluido en el Plan Anual de Contrataciones, no existe reportes mensuales de los datos estadísticos a las jefaturas de cada servicio con la finalidad de que éstas lo analicen y tomen las decisiones correspondientes, no cuenta con MAPRO que establezca las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información, el link de estadística de la página web se encuentra desactualizado.

Respecto al **macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización** se observa la ausencia del Manual de Desinfección y Esterilización, el MAPRO de la central de esterilización está desactualizado, no se aplica control químico o biológico en la esterilización de materiales y equipos, además se observa la existencia de dos centrales de esterilización una en Odontología y otro en el área de hospitalización.

Respecto al **macroproceso 19 Manejo del Riesgo Social** se observó que falta que informática digitalice las fichas de evaluación socioeconómica, además que actualice las categorías según la RD Nro 149-DG/HHV-2019 en el sistema informático.



Respecto al **macroproceso 20 Nutrición y Dietética** no cuenta con el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento, no tiene un documento oficial con los regímenes dietéticos estándar del HHV, tampoco un documento oficial con los horarios de distribución de dietas, además de la ausencia del Plan de Capacitación.

Respecto al **macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales** se observa que el cuadro de necesidades de los diferentes servicios del hospital (equipos de laboratorio, equipos informáticos, camas clínicas, modulares para pabellones, etc) se incluyan en el Plan Anual de Contrataciones, no tiene Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento, y no realizan la cuantificación del porcentaje de entrega de insumos y materiales a cada Órgano y/o Unidad Orgánica del hospital (los jefes de los diferentes servicios evaluados desconocen el porcentaje en el que son atendidos en sus cuadros de necesidades), no existe la opinión de técnicos ni auditorías de los procesos de adquisición.

Respecto al **macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura** se observa la falta de personal capacitado en proyectos de inversión, en mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura, en la elaboración de documentos de gestión de la oficina. Falta incluir en el MAPRO el procedimiento de adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación, ampliación de la infraestructura, procedimiento de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras, procedimiento de verificación de inventario. Falta elaborar el Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos y el Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.

**Las observaciones y recomendaciones de cada macroproceso en forma detallada se encuentra en el ( Anexo 1 )**



## IX.-CONCLUSIONES

- Pese a los inconvenientes debido a la pandemia por covid 19 se ha efectuado el proceso de autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, el cual se ha logrado gracias al compromiso de la Alta Dirección y de las Jefaturas evaluadas.
- De manera global se ha obtenido un puntaje final del 80% de cumplimiento de los estándares de acreditación lo que nos ubica en un nivel de NO aprobado.
- Se ha obtenido un mejor puntaje en los Macroprocesos Gerenciales (87.94%) y Macroprocesos Prestacionales (86.53%) y el menor puntaje fue de los Macroprocesos de Apoyo (59.25%).
- Los macroprocesos con menor puntaje en la evaluación y que serán monitoreados con mayor énfasis durante el año 2021 son: Gestión de equipos e infraestructura (29.41%), Gestión de la información (34.78%), Gestión de insumos y materiales (42.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (54.55%), Gestión de seguridad ante desastres (57.14%), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (62.07%), Gestión de Medicamentos (67.31%), y Nutrición y dietética (67.65%).
- Se observa que muchos de los criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos se encuentran desactualizados, y además no son aplicables a un Hospital de Salud Mental quienes no contamos con centro obtétrico, centro quirúrgico.

## X.-RECOMENDACIONES GENERALES

- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el HHV por la Alta Dirección y por cada órgano y/o Unidad Orgánica del establecimiento con el único fin de estar acreditados y ello significa garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.
- Subsanan las observaciones emitidas en un plazo de seis meses para lo cual se realizará un seguimiento constante.

**XI ANEXOS****ANEXO 1****OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESO****MACROPROCESO 1: Direccionamiento (DIR)**

<b>Código de evaluación</b>	<b>Observación</b>	<b>Recomendación</b>
<b>DIR 1-7</b>	Existe RD de aprobación de GPC del año 2012 y 2013	Actualizar las Guías de la Práctica Clínica
<b>DIV 2-2</b>	Se verifica que los jefes de los órganos y/o unidades orgánicas envían informes de avances de metas físicas. Lo que no se observa es un análisis de los datos estadísticos en informes enviados por las jefaturas a la DG y la OEPE	Implementar un SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN EL HOSPITAL es decir INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL que permita a todos las jefaturas y a la alta Dirección TOMAR DECISIONES OPORTUNAS, NO DEMORAR LOS PROCESOS, Y COMO UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**MACROPROCESO 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)**

<b>CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>GRH 1-3</b>	El MOF es del año 2012 no abarca todos los puestos de trabajo. Se verifica que en varias unidades orgánicas el personal no cuenta con la asignación de funciones según el MOF.	Actualizar el MOF. Verificar que a todo trabajador se le de la asignación de funciones según el MOF.
<b>GRH 1-4</b>	NO cuenta con documento oficial con los estándares de productividad individual establecido por la institución. No cuenta con informe de los análisis de productividad individual. Tiene un documento con la producción del personal del año 2019.	Elaborar un documento que contenga los estándares de productividad individual establecido por la institución.  Elaborar informes del análisis de la productividad individual de los trabajadores del HHV.

**MACROPROCESO 3: Gestión de Calidad (GCA)**

Código de criterio de evaluación	Sustento de puntaje/comentarios	Recomendación
GCA 2-3	Evidencia paquetes de información al usuario pero no cuenta con documento oficial que los defina.	Formalizar con Resolución Directoral el paquete de información al usuario
GCA-3-7	Se realizan encuestas de satisfacción al usuario interno y los resultados no son los niveles esperados	Comunicar los niveles de satisfacción del usuario interno a Dirección General y a través de la Oficina de recursos humanos analizar las causas de insatisfacción, además revisar el cuestionario realizado en las encuestas para que puedan ser entendidas y comprendidas por el personal.

**MACROPROCESO 4 : Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)**

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>MRA 1-5</b>	El hospital cuenta con una pequeña sala situacional ubicada en la misma Oficina de Epidemiología y salud Ambiental. No está oficializado con RD. La OESA emite un boletín epidemiológico mensual el cual se encuentra en la página web del HHV.	A la Oficina de Epidemiología:  Se recomienda implementar una sala situacional virtual en vista que no hay ambiente para la sala situacional.
<b>MRA 2-3</b>	No hay un manual de seguridad para el manejo de medicamentos que pueden provocar eventos adversos	Al Servicio de Farmacia:  Se recomienda implementar un Manual de Seguridad para el manejo de medicamentos que pueden provocar eventos adversos.
<b>MRA 2-4</b>	No hay documento oficial que indique el etiquetado de las placas radiográficas.	Al Departamento de Apoyo al Diagnóstico: Elaborar un documento que indique el etiquetado de las placas radiográficas y oficializarlo con RD.
<b>MRA 2-9</b>	No hay GPC de manejo nutricional en pacientes con TCA, psicosis, etc Formato de evaluación nutricional aprobado con RD	Formar un equipo para Elaborar GPC para nutrición.  Elaborar el Formato de evaluación nutricional y oficializarlo con RD.
<b>MRA 6-3</b>	No hay un documento del procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (áreas de riesgo)	A la Oficina de Epidemiología:  Elaborar un documento del procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (áreas de riesgo) en especial porque aún



		continuamos en emergencia sanitaria por el covid 19.
<b>MRA 6-5</b>	Hay reporte de 1 caso de accidente punzocortante No hay informe de acciones tomadas frente a los accidentes de trabajo	A la oficina de salud Ocupacional:  Realizar informes mensuales de las acciones tomadas frente a los accidentes de trabajo.
<b>MRA 6-7</b>	En el Plan Anual de Salud y Seguridad en el trabajo del HHV para el período 2020, aprobado con RD Nro 223-DG/HHV/2019 se establece los riesgos del trabajador en el HHV y los programas preventivos.  No hay informes del plan	A la Oficina de salud Ocupacional:  Emitir un informe trimestral del Plan Anual de Salud y Seguridad en el Trabajo.  Emitir informes de los programas preventivos.

### MACROPROCESO 5 : Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>GSD 1-1</b>	No cuenta con certificado de inspección técnica vigente	Levantar las observaciones de la última evaluación que realizó Defensa Civil. Solicitar nuevamente la inspección técnica.
<b>GSD 1-2</b>	No cuenta con informe de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad. La última obra fue el Departamento de Promoción de la Salud.	Solicitar a la Municipalidad la evaluación de seguridad de la última obra realizada en el HHV (Dpto de Promoción de la Salud)
<b>GSD 1-5</b>	No tiene señalización los conductos, tuberías, balones de gas y otros que contienen fluidos peligrosos (laboratorio, odontología, servicios generales, nutrición)	Colocar la señalización correspondiente a todos los fluidos peligrosos en el hospital (laboratorio, odontología, servicios generales, nutrición)
<b>GSD 1-6</b>	Tiene la evaluación del índice de seguridad hospitalaria de diciembre del 2017. Falta actualizar.	Actualizar el documento: Evaluación del índice de seguridad hospitalaria del HHV.
<b>GSD 2-4</b>	Plan de contingencia frente a crisis sociales y terrorismo 2020-2021, aprobado con RD Nro 143-DG/HHV-2020 Plan de contingencia frente a lluvias e inundaciones 2020-2021, aprobado con RD Nro 147-DG/HHV-2020 Plan de contingencia frente a bajas temperaturas 2020-2021, aprobado con RD Nro 144-	Emitir informes trimestrales de evaluación de los planes de contingencia a la DG



	DG/HHV-2020 Plan de contingencia frente a incendios 2020-2021, aprobado con RD Nro 142-DG/HHV-2020 NO tiene informes trimestrales sobre los planes de contingencia.	
<b>GSD 2-5</b>	No participa en reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales y locales	Participar en las reuniones multisectoriales (gobierno local) y tener una copia de las actas de reunión.
<b>GSD 2-6</b>	RD Nro 131-DG/HHV-2019 que aprueba el Plan de respuesta hospitalaria 2019-2020. No hay actas de reuniones	Elaborar actas de reunión de los miembros del Comité de defensa Civil de la institución.
<b>GSD 2-8</b>	No cuenta con Guía de manejo de emergencias masivas	Elaborar una Guía de manejo de emergencias masivas y oficializarla con RD
<b>GSD 3-1</b>	Tiene una pequeña sala de crisis (periódico mural) fuera de la Oficina de la UFGRD Las alertas son enviadas por correo electrónico al grupo de trabajo de la UFGRD Falta mayor difusión	Difundir a todo el personal las alertas por medios electrónicos y virtuales (perifoneo, pagina web del hospital)
<b>GSD 3-2</b>	Se cuenta con ambulancias pero no tienen el equipamiento básico	Equipar las ambulancias según la NTS Nro 051-MINSA/OGDN-V01. Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de pacientes por vía terrestre
<b>GSD 3-6</b>	El servicio de farmacia cuenta con una reserva de medicamentos.	Solicitar al Servicio de Farmacia el listado oficial de medicamentos para emergencias y desastres

### MACROPROCESO 6: Control de Gestión y Prestación (CGP)

Código de criterio de evaluación	Observaciones	Recomendación
CGP 1-2	No cuenta con acta de reunión de los responsables para elaboración de indicadores de gestión y prestación	Convocar a reunión a los responsables de las áreas o servicios para definir indicadores de control de la gestión y prestación
CGP 2-1	Cuenta con el apoyo de personal de auditoría del SIS pero no todo el personal responsable sustenta capacitación de 60 horas.	Sustentar la capacitación en auditoría y supervisión del personal responsable.
CGP 2-2	Cuenta con RD N° 048-DG/HHV-2020 que conforma el comité de auditoría, no cuenta con certificados de capacitación de todos sus integrantes.	Sustentar la capacitación en auditoría y de todos sus integrantes
CGP 2-3	No cuenta con informe de indicadores de gestión y prestación de los últimos 3 meses	Elaborar Informes de Indicadores de gestión y prestación de los últimos 3 meses



CGP 2-4	No cuenta con Informes de evaluación de los procesos de gestión y prestaciones de los últimos tres meses	Elaborar Informes de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos 3 meses
---------	--	--

### MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) Consulta Externa

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA 1-2	La cartera de servicios se encuentra publicada en el área de consulta externa y en la Unidad de Admisión. No se realizó la encuesta a los usuarios.	Realizar una encuesta a los usuarios sobre la cartera de servicios que se encuentra publicada en el área de consulta externa y admisión.
ATA 1-4	No se registra la demanda insatisfecha. Pero tiene mecanismos para aumentar el acceso a la atención como: Plan cero colas 2020 aprobado con RD Nro 66-DG/HHV-2020 Plan de Servicios de telemonitoreo para pacientes ambulatorios del HHV aprobado con RD Nro 85-DG/HHV-2020	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática del HHV que se registre la demanda insatisfecha en consulta externa.
ATA 2-1	RD Nro 159-DG/HHV-2012 que aprueba las GPC(02) del DSMAG del HHV: GPC para el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en el tercer nivel de atención GPC de los Servicios de Emergencia y Consulta Externa de Depresión.	Formar un equipo para actualizar las GPC  Elaborar el formato de Historia Clínica para Consulta Externa y oficializarlo con RD

### MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) CRÑ

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA 1-4	No se registra la demanda insatisfecha. Pero tiene mecanismos para aumentar el acceso a la atención .	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática el registro en el sistema de la demanda insatisfecha.
ATA 1-5	No cuenta con documento oficial que define los mecanismos de atención preferencial	Elaborar un documento que defina los mecanismos de atención preferencial en el CRÑ
ATA 2-1	Guía de la Práctica Clínica de Transtornos Mentales y del	Formar un equipo para actualizar las GPC



	comportamiento debido al consumo de alcohol aprobado con RD Nro 158-DG/HHV/2012. Guía de la Práctica Clínica de Transtornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína aprobado con RD Nro 158-DG/HHV/2012.	
--	--	--

### MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) DSMNA

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA 1-4	No se registra la demanda insatisfecha. Pero tiene mecanismos para aumentar el acceso a la atención.	Solicitar a la oficina de estadística e informática el registro en el sistema informático de la demanda insatisfecha del DSMNA
ATA 1-5	La atención preferencial se brinda a aquellos niños y adolescentes que presentan mayor discapacidad física e intelectual.	Elaborar una Directiva u otro documento que establezca la atención preferencial en el DSMNA
ATA 2-1	RD Nro 160-DG/HHV-2012 que aprueba: GPC en Trastorno Hipercinéticos en niños y adolescentes GPC en Depresión en niños y adolescentes GPC en Ansiedad en niños y adolescente GPC para el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en niños y adolescentes	Oficializar la actualización de las guías de práctica clínica y psicoterapéuticas con RD.  Se recomienda oficializar con RD el formato de Historia Clínica del DSMNA.

### MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) DAMOC

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA 1-4	No se registra la demanda insatisfecha. Pero tiene mecanismos para aumentar el acceso a la atención, como las terapias grupales.	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática registrar en el sistema informático la demanda insatisfecha en DAMOC
ATA 1-5	No tiene un documento que define los mecanismos de atención preferencial.	Elaborar un documento que establezca los mecanismos de atención preferencial en DAMOC y oficializarlo con RD
ATA 2-1	RD Nro 193-DG/HHV-2013 aprueba: Guía de tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión	Formar un equipo para la actualización de las GPC



	Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social Guía de Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno de Ansiedad generalizada	
<b>ATA 2-3</b>	El grado de cumplimiento según el informe de auditoría de la calidad de los registros de atención está entre el 60 a 80%.	Oficializar con RD el formato de la Historia Clínica de DAMOC y que se encuentre de acuerdo a la NT Nro 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica

**MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) DSMF**

<b>Código del criterio de evaluación</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>ATA 1-4</b>	No se registra la demanda insatisfecha. Pero tienen mecanismos para aumentar el acceso a la atención.	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática se registre la demanda insatisfecha .
<b>ATA 2-1</b>	Guía de práctica de atención de familias con o sin pacientes. Aprobado con RD Nro 043-DG/HHV-2013	Formar un equipo de profesionales para actualizar la Guía de la Práctica Clínica del departamento.
<b>ATA 2-3</b>	El grado de cumplimiento según el informe de auditoría de la calidad de los registros de atención está entre 60 a 80%	Oficializar el formato de la historia clínica del DSMF. Tomar criterios de la NT Nro 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica

**MACROPROCESO 9 : Atención Hospitalización (ATH)**

<b>CÓDIGO CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>ATH 2-1</b>	Tienen cuadro de necesidades Logística no tiene un informe donde se visualice el porcentaje de atención de las necesidades del servicio de hospitalización.	A la Oficina de Logística organizar y medir en porcentaje la atención del cuadro de necesidades de cada área asistencial del hospital e informar a las jefaturas.
<b>ATH 2-3</b>	No tiene el Informe trimestral de estudio de medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	A la Oficina de Estadística e Informática implementar en el sistema informático la manera de medir el tiempo de espera entre la solicitud de internamiento y la efectivización del mismo.
<b>ATH 3-1</b>	Más del 90% del personal cumple las medidas de bioseguridad según informe de la Oficina de Epidemiología. La Oficina de Epidemiología evalúa	A la oficina de Epidemiología socializar los informes de las rondas de Bioseguridad llevadas a cabo en cada pabellón de hospitalización del HHV.



	la bioseguridad y emite los informes correspondientes. Pero el personal de hospitalización desconoce dichos informes.	
<b>ATH 3-2</b>	No se lleva un registro de las IAAS. Si llenan la ficha de incidentes, eventos adversos y eventos centinela. Tienen actas de reuniones.	A la Oficina de Epidemiología socializar los informes de IAAS con los pabellones de hospitalización del HHV.
<b>ATH 5-2</b>	Entre el 50 al 80% cuentan con el consentimiento informado	Implementar el consentimiento informado en el 100% de las historias clínicas.
<b>ATH 6-1</b>	Tienen MAPRO, pero no está incluido el procedimiento de interconsulta.	Elaborar el procedimiento de interconsultas a otras especialidades y oficializarlo con RD
<b>ATH 7-4</b>	El reporte se encuentra en el Informe de adherencia a las GPC	Formar un equipo para actualizar las GPC basadas en la evidencia.
<b>ATH 2-2</b>	Tiene GPC oficializadas el año 2012.	
<b>ATH 4-1</b>	Tiene GPC para algunas patologías oficializadas el año 2012	
<b>ATH 4-3</b>	No se realiza la implementación de GPC por los equipos	

### MACROPROCESO 9 : Atención Hospitalización (ATH) CRÑ

CÓDIGO CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>ATH 2-1</b>	Tienen cuadro de necesidades Logística no tiene un informe donde se visualice el porcentaje de atención de las necesidades del CRÑ	A la Oficina de Logística organizar y medir en porcentaje la atención del cuadro de necesidades del CRÑ e informar a la jefatura.
<b>ATH 2-3</b>	No tiene el Informe trimestral de estudio de medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	A la Oficina de Estadística e Informática implementar en el sistema informático la manera de medir el tiempo de espera entre la solicitud de internamiento y la efectivización del mismo.
<b>ATH 3-1</b>	Más del 90% del personal cumple las medidas de bioseguridad según informe de la Oficina de Epidemiología. La Oficina de Epidemiología evalúa la bioseguridad y emite los informes correspondientes. Pero el personal de Ñaña desconoce dichos informes.	A la oficina de Epidemiología socializar los informes de las rondas de Bioseguridad llevadas a cabo en el CRÑ



<b>ATH 3-2</b>	No se lleva un registro de las IAAS. Si llenan la ficha de incidentes, eventos adversos y eventos centinela. Tienen actas de reuniones.	A la Oficina de Epidemiología socializar los informes de IAAS con el CRÑ
<b>ATH 5-1</b>	Conocen la encuesta SERVQUAL del 2020 Pero en la muestra no se incluye pacientes del CRÑ	A la Oficina de Gestión de la Calidad incluir en la muestra de la encuesta SERVQUAL pacientes atendidos en el CRÑ
<b>ATH 6-1</b>	No tienen MAPRO del procedimiento de interconsulta.	Elaborar el MAPRO para el procedimiento de interconsultas con otras especialidades y oficializarlo con RD
<b>ATH 7-4</b>	No tiene Informe de adherencia a las GPC	A la Oficina de Gestión de la Calidad incluir en las evaluaciones de adherencia las HCL del CRÑ
<b>ATH 2-2</b>	Cuenta con acta de reunión de capacitación para elaborar GPC. Guía de la Práctica Clínica de Transtornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol aprobado con RD Nro 158-DG/HHV/2012. Guía de la Práctica Clínica de Transtornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína aprobado con RD Nro 158-DG/HHV/2012.	Formar un equipo para actualizar las GPC basadas en la evidencia.
<b>ATH 4-1</b>	Tiene GPC para algunas patologías oficializadas el año 2012	
<b>ATH 4-3</b>	No se realiza la implementación de GPC por los equipos	
<b>ATH 4-4</b>	Tiene la Lista de verificación de adherencia a Guías de la Práctica Clínica aprobado con RD Nro 156 –DG/HHV/2019. No hay informe.	

### MACROPROCESO 10 : Emergencia (EMG)

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>EMG 1-4</b>	Conocen el ASIS RD Nro 159-DG/HHV-2012 que aprueba las GPC(02) del DSMAG del HHV: GPC para el diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en el tercer nivel de atención GPC de los Servicios de Emergencia y Consulta Externa de Depresión. Protocolo de acción en el contexto	Formar un equipo para actualizar las GPC del servicio de Emergencia



	Covid 19 para pacientes con síntomas psiquiátricos. Aprobado con RD Nro 104-DG/HHV-2020	
<b>EMG 1-5</b>	El comité de capacitación ha realizado durante la pandemia capacitación en Manejo de pacientes Covid 19, uso de EPP. Capacitaciones del MINSA .	Documentar las capacitaciones del personal de emergencia
<b>EMG 1-6</b>	El servicio de emergencia utiliza la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia NT Nro 042-MINSA/DGSP-V-01 No cuenta con un documento oficial de la institución que establezcan las medidas para la atención de emergencia sin restricciones.	Elaborar un documento que establezca las medidas para la atención de emergencia sin restricciones y oficializarlo con RD
<b>EMG 3-1</b>	Si hay área de triaje a cargo de Lic. de Enfermería. No se evidencia capacitación del personal de triaje.	Capacitar al personal de triaje. Documentar las capacitaciones del personal de triaje
<b>EMG 3-3</b>	Se realiza el reporte de pacientes de médico del turno saliente a médico del turno entrante. Enfermería realiza el censo de pacientes. Reportan las ocurrencias. Se realizan las actividades antes mencionadas pero no existe un documento oficial al respecto.	Elaborar un documento que contenga los mecanismos operativos que garanticen la continuidad de atención en los cambios de guardia, y oficializarlo con RD. (debe incluir el reporte persona a persona, el censo de pacientes que reporta enfermería y el reporte de ocurrencias)

**MACROPROCESO 12 : Docencia e Investigación (DIV)**

<b>CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>DIV 1-7</b>	No tiene Reglamento de docencia de pregrado y posgrado. Existe informes de actividades académicas.	Elaborar el Reglamento de Docencia de Pregrado y Posgrado del HHV
<b>DIV 1-9</b>	Cuenta con programa de tutoría y asesoría en pregrado	Implementar el programa de tutoría y asesoría de posgrado
<b>DIV 2-1</b>	Cuenta con actas de reuniones, pero falta un cronograma de reuniones planificadas.	Elaborar y cumplir el cronograma de reuniones mensuales del Comité de Docencia, Comité de Investigación y Comité de Ética.

**MACROPROCESO 13 : Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)  
EEG-EKG**

<b>CÓDIGO CRITERIO EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>ADT 1-2</b>	No tiene un Programa de control de la calidad.	Elaborar un Programa de control de la calidad de los procedimientos de EKG y EEG.
<b>ADT 2-1</b>	No tiene un documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes.	Al Departamento de Apoyo al Diagnóstico oficializar con RD los estándares de tiempos de entrega de los resultados de exámenes de EEG y EKG
<b>ADT 3-2</b>	No cuenta con lo solicitado. MAPRO para el control de la calidad en cuanto a calibración de equipos y respecto a los procesos realizados.	Elaborar el MAPRO para el control de calidad de la calibración de equipos y de los procesos realizados.
<b>ADT 3-5</b>	No tiene: Registro de la demanda insatisfecha Informe trimestral y análisis de la demanda insatisfecha Plan de implementación de medidas para disminuir la demanda insatisfecha.	Registrar la demanda insatisfecha para los exámenes de EEG Y EKG
<b>ADT 3-6</b>	No cuenta con plan de capacitación ni informe.	Al Departamento de Apoyo al Diagnóstico incluir las capacitaciones para el personal que realiza EEG y EKG.

**MACROPROCESO 13 : Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)  
Servicio de laboratorio**

<b>CÓDIGO CRITERIO EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>ADT 1-1</b>	RD Nro 300-DG/HHV-2015 aprueba el Manual de Procedimientos de Inmunología. Manual de procedimientos de laboratorio clínico en patología clínica Manual de procedimientos microbiológicos	Actualizar el MAPRO del servicio de laboratorio clínico.
<b>ADT 1-2</b>	El control de calidad bioquímico lo realiza el INS (Instituto Nacional de Salud) Los resultados del INS demoran mucho tiempo, el último informe que se recibió fue el año 2018. Además el informe no cuenta con una interpretación de los	Elaborar el Programa de control de la calidad de los procedimientos de laboratorio del HHV



	resultados.	
<b>ADT 2-1</b>	No tiene Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes. Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos.	Establecer los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes de laboratorio y oficializarlo con RD Eleva el informe cada semestre.
<b>ADT 3-1</b>	Se realiza el control de calidad bioquímico por el INS pero no está oficializado con RD RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad y que contenga los indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos.	En el Programa de control de calidad de los procedimientos de laboratorio incluir los indicadores relacionados con la entrega oportuna del producto en función de las necesidades del paciente.
<b>ADT 3-2</b>	No cuenta con lo solicitado. MAPRO para el Control de calidad respecto a la calibración de equipos MAPRO para el Control de calidad respecto a los procesos realizados	Elaborar: MAPRO para el Control de calidad de la calibración de equipos MAPRO para el control de la calidad de los procesos de laboratorio.
<b>ADT 3-5</b>	No tiene Registro de la demanda insatisfecha Informe trimestral y análisis de la demanda insatisfecha Plan de implementación de medidas para disminuir la demanda insatisfecha	Registrar la demanda insatisfecha Elaborar un informe trimestral
<b>ADT 3-6</b>	No cuenta con plan de capacitación ni informe. Encuesta SERVQUAL 2020 (se encuentra en la pag web del HHV link de la Oficina de Gestión de la Calidad)	Elaborar el Plan de Capacitación del Servicio de Laboratorio Eleva un informe semestral de capacitación.

#### MACROPROCESO 14 : Admisión y Alta (ADA)

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>ADA 1-2</b>	No cuenta con el MAPRO de la conservación y custodia del sistema de registro.	Elaborar el MAPRO de la OEI que contenga los siguientes procedimientos:  1.-Procedimientos de admisión. 2.-Procedimientos de alta hospitalaria 3.-Procedimientos de como se realiza la conservación y custodia del sistema de registro.
<b>ADA 1-3</b>	No cuenta con MAPRO de recojo y archivamiento de las fichas familiares/ historias clínicas.	
<b>ADA 1-4</b>	No cuenta con MAPRO para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el	



	número regular de ingresos.	4.-Procedimiento del recojo y archivamiento de las historias clínicas.
<b>ADA 3-1</b>	No cuenta con documento oficial que contiene el proceso de alta.	
<b>ADA 1-5</b>	No tiene Plan de capacitación con RD. Cuenta con actas de capacitación al personal del área.	Elaborar el Plan de capacitación de la OEI Documentar las capacitaciones del personal de la OEI
<b>ADA 2-6</b>	Se registra las reprogramaciones de citas pero no se monitorea.	Registrar las reprogramaciones de pacientes y elaborar una estadística de las mismas y elevar informes a los servicios comprometidos.
<b>ADA 3-2</b>	Si se registran las estancias hospitalarias prolongadas. No hay informes ni medidas correctivas.	Registrarlas estancias hospitalarias prolongadas, emitir informes mensuales a la jefatura del DSMAG, Jefe de hospitalización y coordinadores de los pabellones comprometidos.

### MACROPROCESO 15 : Referencia y Contrareferencia (RCR)

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>RCR 1-1</b>	No cuenta con documento oficial de formalización del proceso de referencia contrareferencia. Ni lista de chequeo según norma	Elaborar un documento para formalizar el SRCR del HHV y oficializarlo con RD.
<b>RCR 2-2</b>	La ambulancia no tiene el equipamiento básico. Hay rol de choferes. El jefe de transportes señala que su ambulancia está operativa pero no consta en ningún documento	Implementar las ambulancias con el equipamiento básico según la NTS Nro 051-MINSA/OGDN-V.01. El jefe de transportes debe implementar un cuaderno donde se señale la operatividad de la ambulancia, además de entregar un rol de choferes a la Oficina de Referencias y Contrareferencias
<b>RCR 3-1</b>	Realizaron capacitación vía zoom. Cuenta con actas de reuniones. Hay informe mensual del SRCR Han elaborado el Plan de fortalecimiento y contingencia del SRCR del HHV frente a la pandemia por covid 19, pero sin RD	Oficializar con RD el Plan de fortalecimiento y contingencia del SRCR del HHV frente a la pandemia por covid 19.
<b>RCR 3-4</b>	Se cuantifica, en el caso de contrareferencias está por debajo del nivel esperado.	Evaluar los factores por el cual las contrareferencias se encuentran por debajo del nivel esperado.

**MACROPROCESO 16 : Gestión de Medicamentos (GMD)**

<b>CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>GMD 2-2</b>	No se realiza el reporte de los indicadores de las buenas prácticas de dispensación de medicamentos. NO se realiza el informe de la evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de dispensación de medicamentos.	Realizar el reporte de los indicadores de Buenas Prácticas de Dispensación de Medicamentos.  Elegir un Informe mensual de la aplicación del Manual de Buenas Prácticas de Dispensación de Medicamentos.
<b>GMD 2-3</b>	No cuenta con lo establecido. Documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación. Registros de los errores en la dispensación de medicamentos. Informe de análisis de casos Informe de implementación de medidas correctivas	Elaborar un documento que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación y oficializarlo con RD. Registrar los errores de dispensación. Elegir un informe de análisis de casos (errores de dispensación) Implementar medidas correctivas.
<b>GMD 2-4</b>	No cumple con lo establecido. Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación Materiales y medios de información al usuario	Elaborar un documento que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación y oficializarlo con RD.
<b>GMD 2-5</b>	Se realiza el registro de los errores en la prescripción de medicamentos. Pero no se socializa con los jefes de departamentos y servicios.	Socializar los informes de errores de prescripción con los Jefes de Departamento y Servicios de Consulta externa, Hospitalización, Emergencia, Servicios médicos, Neurología.
<b>GMD 3-2</b>	Tiene el registro electrónico. No cuenta con el informe de la implementación de medidas correctivas.	Hacer un informe con la implementación de medidas correctivas sobre las prescripciones no atendidas.
<b>GMD 3-4</b>	Tiene personal nuevo con capacitaciones pero no cuenta con los certificados, tampoco tiene un plan de capacitación.	Elaborar un Plan de capacitaciones del Servicio de Farmacia. Tener documentado las capacitaciones de su personal.

**MACROPROCESO 17 : Gestión de la Información (GIN)**

<b>CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>GIN 1-2</b>	Tiene los requerimientos de las necesidades de equipamiento pero no está incluido en el Plan Anual	Solicitar a la Oficina de Logística incluir para el 2021 el Plan de mantenimiento y reposición de



	de Contrataciones.	equipos del HHV sea incluido en el Plan Anual de Contrataciones.
<b>GIN 1-3</b>	Del 50 al 80% del personal conoce la existencia de la base de datos del sistema de información del HHV. Pero las diferentes oficinas y servicios necesitan realizar todo un trámite documentario para tener acceso a los datos, lo que demora tomar decisiones oportunas y demora los procesos administrativos y asistenciales.	DAR ACCESO A LA INFORMACIÓN estadística a todos los Departamentos y Unidades orgánicas de la institución para no demorar la toma de decisiones y no demorar los procesos administrativos y asistenciales.
<b>GIN 1-5</b>	Durante el 2020 no se realizó las capacitaciones por la situación de la pandemia.	Elaborar un Plan de Capacitaciones y oficializarlo con RD
<b>GIN 1-6</b>	Realizan el procedimiento pero no se encuentra documentado. MAPRO de las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información.	Elaborar el MAPRO de las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información.
<b>GIN 1-8</b>	NO se realiza un reporte mensual del sistema de gestión de la información de las unidades orgánicas.	En forma mensual la OEI debe enviar a cada jefatura un reporte de los datos estadísticos de casa servicio.
<b>GIN 2-1</b>	Plan cero colas 2020 aprobado con RD Nro 66-DG/HHV-2020 Plan de Servicios de telemonitoreo para pacientes ambulatorios del HHV aprobado con RD Nro 85-DG/HHV-2020 No cuenta con documento oficial que defina los mecanismos para identificar los aspectos críticos de la gestión de la información.	Elaborar un documento oficial que defina los mecanismos para identificar los aspectos críticos de la gestión de la información.
<b>GIN 2-2</b>	No tiene MAPRO de las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información. Informática no realiza un reporte a cada servicio del hospital con los datos estadísticos. Los servicios no realizan ningún análisis de los reportes de informática.	1.-Elaborar el MAPRO 2.-Enviar un reporte estadístico a cada servicio en forma mensual 3.-Solicitar a cada servicio el análisis de los reportes enviados por la OEI.
<b>GIN 3-1</b>	Pag web link de Estadística falta actualizar datos. Falta implementar en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación	Elaborar un documento con los mecanismos de difusión de la información. Tener actualizado la página web del hospital.
<b>GIN 3-2</b>	No se realiza	Incentivar y promover que los



	(Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados).	diferentes servicios del hospital realicen reuniones donde se analicen los reportes estadísticos que enviará la OEI, documentar las reuniones.
<b>GIN 3-3</b>	Información de proyectos de mejora continua de información actualizada en el último año publicada en paneles, periódico mural, página web.	Tener actualizado la página web del HHV
<b>GIN 3-4</b>	No se realiza la encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre manejo de la información.	Realizar una encuesta ( virtual) en forma semestral al personal de la institución sobre su percepción en cuanto al manejo de la información en el HHV.

**MACROPROCESO 18 :Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)**

<b>CÓDIGO CRITERIO EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>DLDE 1-1</b>	La central de esterilización tiene un MAPRO desactualizado RD Nro 292 – DG /HHV / 2011	Al Departamento de Enfermería y a la Oficina de Epidemiología:
<b>DLDE 1-3</b>	NO existe una sola Central de Esterilización ( hay uno para pabellones y Odontología tiene lo propio) La Central de esterilización está a cargo de personal técnico en enfermería. NO tiene MOF, MAPRO del 2011 No cumple los criterios.	Establecer una sola Central de Esterilización del HHV de acuerdo a las normas técnicas del MINSA  Elaborar el MAPRO y el Manual de desinfección y esterilización.
<b>DLDE 2-2</b>	No existe un Manual de Desinfección e Esterilización.	
<b>DLDE 2-3</b>	El MAPRO está desactualizado El personal realiza el procedimiento.	
<b>DLDE 2-4</b>	En la Central de Esterilización se realiza solo el control físico con la “cinta testigo” para calor seco y húmedo.	
<b>DLDE 2-5</b>	El personal de central de esterilización tiene un cuaderno de reporte diario, mensual y de daños e incidencias diarias. No tiene informe de supervisión	
<b>DLDE 2-6</b>	El personal técnico de enfermería registra los daños y deterioro de los enseres de cama y ropa que es informado a su jefatura.	Llevar un control electrónico de los daños y deterioro de los enseres de cama y ropa.



	No hay un registro manual o electrónico.	
<b>DLDE 3-4</b>	Conocen el procedimiento pero no tienen un documento técnico. (Documento técnico de almacenamiento de ropa de cama y ropa de acuerdo a las normas)	Elaborar el documento de almacenamiento de ropa de cama y ropa del HHV.

**MACROPROCESO 19 : Manejo del Riesgo Social (MRS)**

Código del criterio de evaluación	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>MRS 1-1</b>	RD Nro 149-DG/HHV-2019 aprueba la actualización de la Directiva Administrativa Categorización, Recategorización Económica y Exoneración de pago de Servicios que se ofrece a los Usuarios del HHV. (falta que informática actualice en el sistema las categorías)	Solicitar a la Oficina de estadística e Informática con documento la actualización en el sistema informático de las categorías según la Directiva Administrativa.
<b>MRS 1-2</b>	Utilizan las fichas de evaluación socioeconómica No tienen informes de control de calidad de las fichas.	Aplicar un checklist a las fichas de evaluación socioeconómica para el control de calidad (a una muestra de fichas)

**MACROPROCESO 20 : Nutrición y Dietética (NYD)**

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>NYD 1-2</b>	No cuenta con Plan de Capacitación Por la situación de la pandemia se suspendieron las capacitaciones	Elaborar un Plan de capacitación para el Servicio de Nutrición para el año 2021 y oficializarlo con RD
<b>NYD 1-3</b>	No cuenta con documento oficial que aprueba los horarios de distribución de dietas. Si tiene reportes digitalizados de la distribución de dietas el cual es enviado a la OEI.	Elaborar un documento con los horarios de distribución de dietas en el HHV y oficializarlo con RD
<b>NYD 1-5</b>	En el Manual de Buenas prácticas de manipulación de alimentos incluye el procedimiento de almacenamiento de alimentos. Los alimentos cuentan con tarjetas de control.	Elaborar el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Alimentos perecibles y no perecibles del HHV y oficializarlo con RD



<b>NYD 2-1</b>	No tiene un documento oficial con el Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.	Elaborar un documento con el Listado de regímenes dietéticos estándar del HHV y oficializarlo con RD
<b>NYD 2-2</b>	Tiene los menús del día y las indicaciones dietéticas que se encuentran escritos en la pizarra del servicio. No realizan un informe mensualizado del libro de registro de menús e indicaciones dietéticas.	Realizar un informe mensualizado sobre el libro de registro de menús e indicaciones dietéticas.
<b>NYD 2-3</b>	Las visitas se realizaron hasta el mes de marzo, por motivo de la pandemia se dejó de realizar las visitas a pabellones.	Hacer un rol de profesionales de Nutrición para realizar las evaluaciones nutricionales en hospitalización y emergencia del HHV.
<b>MRA 2-9</b>	No cuenta con: Guías de la práctica clínica de nutrición. El formato de evaluación nutricional no está oficializado con RD.	Elaborar el formato de evaluación nutricional y oficializarlo con RD. Formar un equipo para elaborar Guías de la Práctica Clínica de Nutrición.

### MACROPROCESO 21 : Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

CÓDIGO DEL CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<b>GIM 1-1</b>	No tiene RD que aprueba los lineamientos de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes	Formular los lineamientos de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes y oficializarlo con RD
<b>GIM 1-2</b>	Solo cuenta con el PAC: Plan Anual de Contrataciones para el año fiscal 2020 aprobado con RD Nro 005-DG/HHV-2020 (solo incluye: limpieza, seguridad y vigilancia, uniformes, combustible y residuos sólidos) El cuadro de necesidades no está incluido en el PAC. No cuenta con Plan Anual de Adquisiciones. (Se nos ha indicado que hace 5 años no se realiza este plan debido a que todo se trabaja con el sistema SIGA)	Elaborar el Plan Anual de Contrataciones para el año fiscal 2021  Incluir el Cuadro de necesidades de cada servicio en el Plan Anual de Contrataciones del HHV para el año fiscal 2021.
<b>GIM 1-3</b>	No tiene un Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales.	Elaborar el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento del HHV y oficializarlo con RD



<b>GIM 2-1</b>	No tiene Plan Anual de Adquisiciones. (Se nos ha indicado que hace 5 años no se realiza este plan debido a que todo se trabaja con el sistema SIGA) Los servicios del hospital hacen su requerimiento mediante el SIGA. Logística envía informes por correo electrónico sobre metas físicas a la OEPE	Elaborar un informe de manera trimestral del Plan Anual de Contrataciones del HHV y enviarlo a la Dirección General.
<b>GIM 2-3</b>	No se realiza la cuantificación del porcentaje de entrega de insumos y materiales a cada órgano y unidad orgánica del hospital de acuerdo con una programación.  No hay un Plan Anual de Adquisiciones.  No realiza ningún informe al respecto	Emitir un informe trimestral sobre la cuantificación del porcentaje de entrega de insumos y materiales a cada órgano y unidad orgánica del HHV de acuerdo a la programación y de acuerdo a su cuadro de necesidades. (indicar que este parámetro es solicitado en todos los macroprocesos que se evalúan y ninguna unidad lo tiene)
<b>GIM 2-4</b>	No existe la opinión de técnicos en los procesos de adquisición de insumos de materiales. NO cuenta con auditorias de los procesos de adquisición. No tiene lista de chequeo.	Solicitar Auditorias de los procesos de Adquisición del HHV. Solicitar la opinión de técnicos especializados para los procesos de adquisición del HHV.

**MACROPROCESO 22 : Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)**

<b>CÓDIGO CRITERIO EVALUACIÓ</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
<b>EIF 1-1</b>	Cuentan con un Plan Multianual de Mantenimiento del HHV de los años 2019-2020-2021 pero <b>no tiene RD</b>	Elaborar el Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo en forma anual y que sea oficializado.
<b>EIF 1-2</b>	Cuentan con un Plan Multianual de Mantenimiento del HHV de los años 2019-2020-2021 pero <b>no tiene RD</b>	Elaborar el Plan de Reemplazo y Mantenimiento preventivo y recuperativo en forma anual y que sea oficializado.
<b>EIF 1-3</b>	No cuenta con personal capacitado en la elaboración de proyectos de inversión. NO hay ningún proyecto de inversión presentado.	Solicitar a la Dirección general la capacitación de un personal de la oficina en la elaboración de proyectos de inversión
<b>EIF 1-4</b>	Se evidencia solo un certificado del personal evaluado. NO hay un registro de las capacitaciones del personal de la oficina.	La secretaria de la oficina debe cumplir con la función de organizar los documentos de capacitación del personal



<b>EIF 1-5</b>	Solo cuenta con un procedimiento: Mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura que está en el MAPRO aprobado con RD Nro 037 – DG / HHV /2028	Solicitar el apoyo a la OEPE para la elaboración de los procedimientos de adquisición, remodelación y ampliación del establecimiento.
<b>EIF 1-6</b>	No cuenta con ninguno Sistema de inventario manual o electrónico Registro manual o electrónico de operatividad de equipos e instrumentos Informe anual de inventario y trimestral del registro de operatividad	Implementar: Sistema de inventario electrónico El registro electrónico de la operatividad de los equipos del hospital Hacer informes trimestrales
<b>EIF 1-8</b>	No tiene ninguno MAPRO para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras. Informe trimestral Lista de chequeo del procedimiento.	Hacer el MAPRO para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
<b>EIF 1-9</b>	No tiene ninguno Manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) con RD Informes Lista de chequeo	Elaborar el manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos.
<b>EIF 2-1</b>	No tiene ninguno Procedimiento de verificación de inventario (RD) Informe trimestral de verificación de inventario	Solicitar apoyo a la OEPE para elaborar el MAPRO de verificación de inventario
<b>EIF 2-2</b>	Informes del mantenimiento preventivo de equipos de acuerdo a la programación	Realizar un informe trimestral sobre el mantenimiento preventivo de los equipos del hospital