

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

2021



INDICE

	Pág.
I Introducción	3
II Objetivos	4
III Base Legal	4
IV Ambito de Aplicación	5
V Metodología de la Autoevaluación	5
VI Cronograma de Actividades del Eje de Autoevaluación	7
VII Recursos e instrumentos	7
VIII Resultados del Proceso de Autoevaluación	8
IX Conclusiones	21
X Recomendaciones	21
XI ANEXOS	22

Anexo 1 Observaciones y Recomendaciones por Macroprocesos

Anexo 2 RD Equipo de Acreditación

Anexo 3 RD Equipo de Evaluadores Internos

Anexo 4 RD del Plan de Autoevaluación

Anexo 5 Acta de cierre de la autoevaluación

Anexo 6 Cronograma de actividades del Eje de Autoevaluación





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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Hermilio
Valdizán

Oficina de Gestión de
la Calidad

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 039-DG/HHV-2021 que aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2021

Resolución Directoral N° 030 -DG/ HHV-2021 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2021

Resolución Directoral N° 029-DG/HHV-2021 conforma el Equipo de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2021.

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° 030 -DG/ HHV-2021 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2021

5.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (Anexo 3)

Resolución Directoral N° 029-DG/HHV-2021 conforma el Equipo de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2021.

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

Resolución Directoral Nro 039-DG/HHV-2021 que aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2021





5.4 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

La capacitación a los evaluadores internos y al equipo de acreditación se ha llevado a cabo por la Oficina de Calidad de la DIRIS Lima Este, mediante plataforma zoom, en dos días el 14 y 16 de julio del 2021 de 09:00 a 12:00 am. Contó con la participación de 10 profesionales el primer día del evento y la participación de 14 profesionales el segundo día del evento.

5.5 COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Mediante Memorandum Circular Nro 002-OGC-HHV-2021 se comunicó a los diferentes órganos y /o Unidades Orgánicas del HHV en inicio de la Autoevaluación en el HHV el 04 de octubre del 2021.

Con Oficio Nro 1060-DG-HHV-2021 se comunica el inicio de la autoevaluación en el HHV a la DIRIS Lima Este.

5.6 REUNION DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACIÓN

La reunión de cierre del proceso de autoevaluación se realizó el 20 de diciembre 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 2022 se priorizarán 08 macroprocesos que tienen los resultados más bajos el 2021 y son: Gestión de la información (50%), Gestión de recursos humanos (58.82%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (60.34%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%). Admisión y Alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%) y Gestión de insumos y materiales (76.92%)





VI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL EJE DE AUTOEVALUACIÓN 2021

Se ha llegado a cumplir de manera adecuada el cronograma de actividades del proceso de autoevaluación del año 2021 en el HHV (**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 los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2021, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1: Puntaje final de la Autoevaluación 2021

Establecimiento : 00005948-HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Tipo de Establecimiento : III-1

Fase: AutoEvaluación

Año: 2021

Periodo : 4

		DE CRI					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		PMT=										
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	E	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	12	54.72	49.89	91.18	222.64	189.38	85.06
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	10	41.04	24.14	58.82			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	20	47.88	46.13	96.34			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	20	47.88	42.62	89.01			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	28	13.68	9.28	67.86			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	10	34.20	31.57	92.31	254.45	222.57	87.47
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	16	47.88	40.70	85.00			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	10	47.88	42.12	87.96			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	22	47.88	39.06	81.58			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	14	47.88	47.88	100.00	159.03	116.22	73.08
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	18	34.20	27.69	80.95			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	2	17.10	10.88	63.64			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	6	17.10	11.97	70.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	12	17.10	14.59	85.29			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	8	17.10	13.81	80.77			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	12	17.10	8.55	50.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	14	17.10	10.32	60.34			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	4	17.10	15.55	90.91			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	8	17.10	13.58	79.41			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	8	17.10	13.15	76.92	636.12	528.17	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	14	17.10	12.57	73.53			
Total	342	134	167	41	342	268	636.12	526.04		636.12	528.17	
										Puntaje Final (%)	83	



Como se observa en la tabla 1 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **83% (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 la información (50%), Gestión de recursos humanos (58.82%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (60.34%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%). Admisión y Alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%) y Gestión de insumos y materiales (76.92%)



Tabla 2: Puntaje de Autoevaluación por grupo de Macroprocesos 2021

MACROPROCESOS	CUMPLIMIENTO POR CATEGORÍA
GERENCIALES	85.06 %
PRESTACIONALES	87.47 %
DE APOYO	73.08 %

Como se observa en la tabla 2 el grupo de macroprocesos de apoyo son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo (73.08%).

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 Direccinamiento	11	91.18	
2 Gestión de Recursos Humanos	11	58.82	
3 Gestión de Calidad	22	96.34	
4 Manejo del Riesgo de la Atención	50	89.01	85.06
5 Gestión de Seguridad ante Desastres	21	67.86	
6 Control de la Gestión y Prestación	15	92.31	

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 85.06%





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** hubo dos observaciones, uno que el ASIS institucional no está aprobado con Resolución Directoral y segundo la falta de actualización de la Guías de la Práctica Clínica en todos los servicios asistenciales del hospital.

Respecto al **macroproceso 2 Gestión de Recursos Humanos** se observa lo siguiente:

No cuenta con informes de inducción al personal.

No existe un documento oficial con los estándares de productividad individual que se haya establecido en la institución.

No cuenta con informes sobre el análisis de productividad individual.

No cuenta con informes de propuestas para mejorar el desempeño de los recursos humanos de las diferentes unidades orgánicas del hospital.

No cuenta con ningún informe sobre la ejecución y evaluación del Plan anual de capacitación.

No se ejecutó la capacitación en derechos y deberes de los usuarios externos a pesar de que el área usuaria lo ha solicitado.

Respecto al **macroproceso 3 Gestión de la Calidad** se realizó la encuesta de clima organizacional pero el resultado general está en un nivel POR MEJORAR (75.4%).





Respecto al **macroproceso 4 Manejo del Riesgo de la Atención** se ha observado lo siguiente:

Aún Epidemiología no ha implementado la sala situacional virtual que ya fue una recomendación de la autoevaluación del año 2020.

El servicio de Farmacia no cuenta con un Manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos que pueden provocar eventos adversos.

En el servicio de apoyo al diagnóstico no hay un documento oficial que indique el etiquetado de las placas radiográficas.

El servicio de Nutrición no cuenta con GPC con medidas de prevención de la desnutrición.

El profesional de enfermería no cumple con el plan de intervención de enfermería en las historias clínicas (Según Ley Nro 27669, Ley del trabajo de la enfermera)

El departamento de enfermería no tiene documentado el procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del hospital (áreas de riesgo).

No hay informe de acciones y seguimiento tomadas frente a los accidentes de trabajo.

El área de seguridad y salud en el trabajo no cuenta con el mapa de riesgos del trabajador del HHV. No cuenta con informes sobre la ejecución del Plan anual de salud y seguridad en el trabajo del HHV.

Respecto al **macroproceso 5 Gestión de Seguridad ante Desastres** se observa lo siguiente:

El ISH del hospital se encuentra en la categoría B (0.36-0.65)

El plan de respuesta hospitalaria del 2021-2022 no fue socializado con la unidades orgánicas.

No cuenta con actas de reunión del comité de defensa civil de la institución.

No cuenta con una Guía de manejo de emergencias masivas y que esté aprobado con RD.

No cuenta con documentos de difusión de alertas.

El hospital cuenta con una sola ambulancia tipo II que no cuenta con el equipamiento según la norma.

No se cuenta con un stock de reserva de medicamentos para situaciones de emergencia.





Respecto al **macroproceso 6 Control de la Gestión y Prestación** se observa:

El hospital no cuenta con actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de control de la gestión y prestación, tampoco se han fijado los niveles esperados para la institución.

No hay informes de los indicadores de gestión y prestación de la institución.

Los miembros del comité de auditoría médica y auditoría en salud no cuentan con capacitación.

Tabla 4: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Prestacionales

	Macroprocesos Prestacionales	Criterios Evaluados	Grado de cumplimiento	Cumplimiento por Categoría
7	Atención Ambulatoria	14	85.00	
8	Atención Extramural			
9	Atención de Hospitalización	26	87.96	
10	Atención de Emergencias	14	81.58	87.47
11	Atención Quirúrgica			
12	Docencia e Investigación	15	80.95	



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 87.47%.

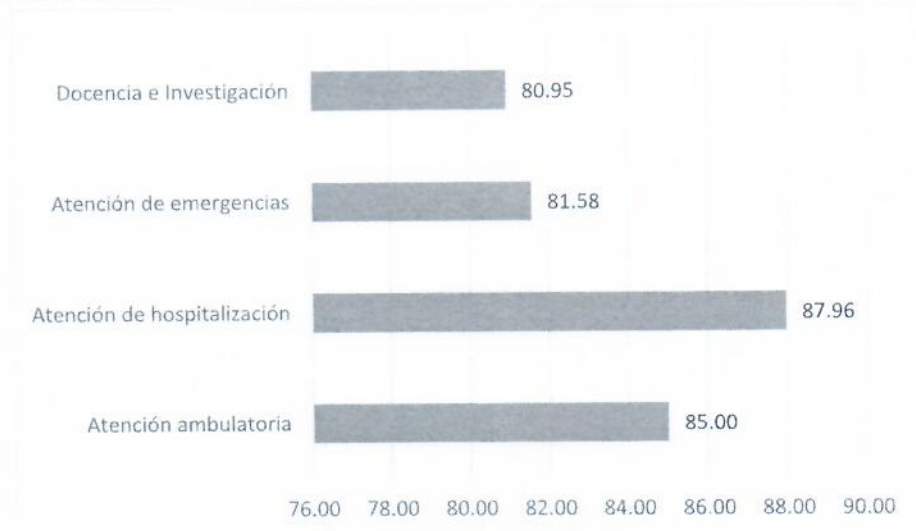


Figura 3. Puntaje de los Macroprocesos Prestacionales

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

Respecto al **macroproceso 7 Atención Ambulatoria** se observa:

No se realiza el registro sobre la demanda insatisfecha, ni acciones a tomar para aumentar el acceso a la atención.

Falta de actualización de las GPC.

Respecto al **macroproceso 9 Atención de Hospitalización** se observa lo siguiente:

Se atiende el 100% de las necesidades de nutrición, menos del 50% en útiles de escritorio y llega al 80% resto de necesidades.

Falta actualizar las GPC.

No cuenta con el procedimiento de interconsulta.

Respecto al **macroproceso 10 Atención de Emergencias** se observa:

Falta actualizar las GPC

No se evidencia capacitación del personal de triaje.

No cuenta con un documento oficial que contiene los mecanismos operativos que garanticen la continuidad de la atención en los cambios de guardia.

Respecto al **macroproceso 12 Docencia e Investigación** se observa:

No cuenta con el Reglamento de docencia de pregrado y posgrado.

No cuenta con el programa de tutoría y asesoría en pregrado.

No cuenta con un inventario de materiales de capacitación ni de investigaciones.





La biblioteca del hospital no tiene un libro de registro de uso de biblioteca.

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	63.64	
14	Admisión y Alta	16	70.00	
15	Referencias y Contrareferencias	10	85.29	
16	Gestión de Medicamentos	15	80.77	
17	Gestión de la Información	14	50.00	73.08
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	17	60.34	
19	Manejo del Riesgo Social	6	90.91	
20	Nutrición y Dietética	10	79.41	
21	Gestión de Insumos y materiales	8	76.92	
22	Gestión de Equipos e Infraestructura.	12	73.53	

En la tabla 5 observamos los Macroprocesos de Apoyo que son en total 10 cuyo grado de cumplimiento en forma global se encuentra en 73.08%



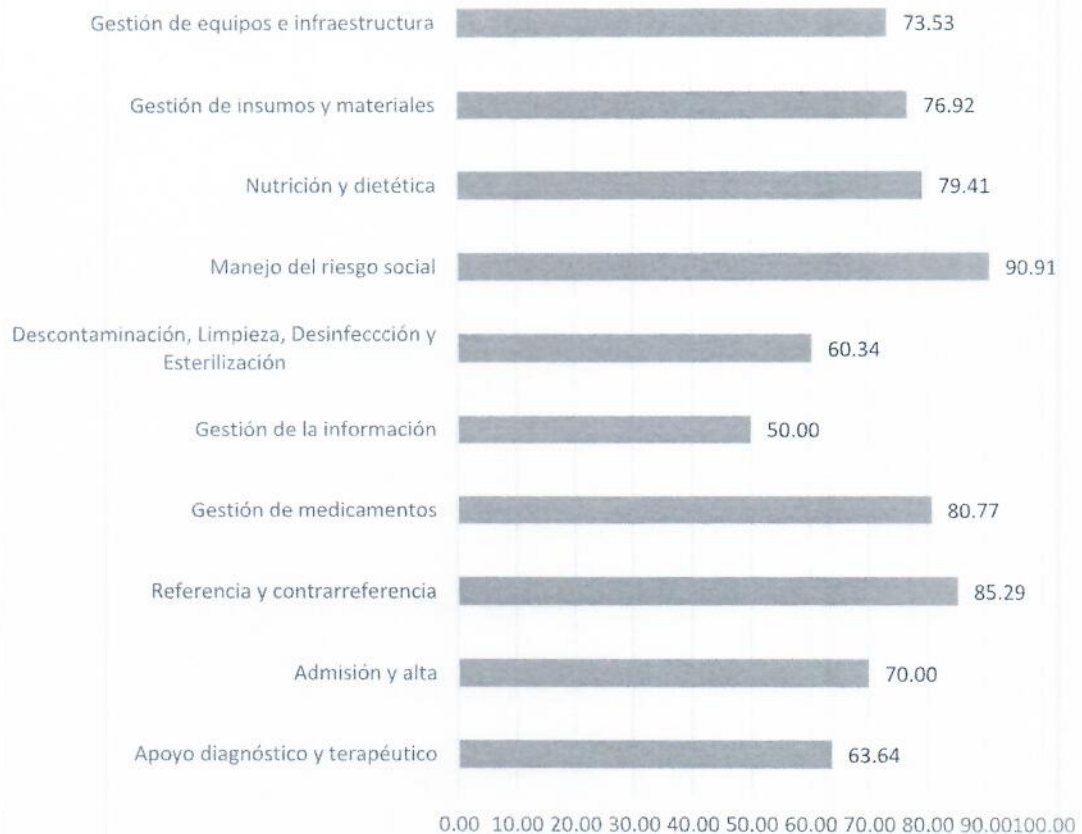


Figura 4. Puntaje de los Macroprocesos de Apoyo

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

Falta registrar la demanda insatisfecha



Con Memorándum Nro 223-DAD-HHV-2021 se envió a Dirección General el documento que consigna los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes de laboratorio.

No cuenta con un plan de capacitación.

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, falta registrar la demanda insatisfecha, no cuenta con plan de capacitación.

Respecto al **macroproceso 14 Admisión y Alta se observa lo siguiente:**

Han elaborado el procedimiento "Conservación y asistencia de las historias clínicas" pero falta la RD.

Han elaborado el procedimiento "Recojo y archivamiento de las historias clínicas", "control de entrada y salida en modo teleconsulta" que aún no tienen RD.

Han elaborado el procedimiento de "alta del paciente" pero no tiene RD.

No cuentan con los procedimientos de obtención y entrega de citas a los pacientes.

No tienen Plan de capacitación, ni la capacitación está incluido en el PDP.

No tiene informes sobre el tiempo de espera del paciente en admisión y consulta externa.

No hay informes sobre el registro de citas que no se efectivizaron, registro y monitoreo del porcentaje de reprogramación de citas, estancias hospitalarias prolongadas.

Respecto al **macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia**

No cuenta con el procedimiento de Referencias Contrareferencias y no se presentan informes mensuales del cumplimiento de los indicadores de las referencias y contrareferencias

Las ambulancias no cuentan con el equipamiento básico

No tiene informes de capacitación al personal del área.

Respecto al **macroproceso 16 Gestión de Medicamentos** se observa:

No cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores en la dispensación.

No cuenta con un documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación.





Falta socializar de parte de la jefatura los informes de registro de errores en la prescripción de medicamentos.

No se establece medidas correctivas frente al informe de prescripciones no atendidas.

No se ejecutó la capacitación al personal de parte de la oficina de personal.

Respecto al **macroproceso 17 Gestión de la Información** se observa:

No cuenta con los procedimientos de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información

No se realiza un reporte mensual del sistema de gestión de la información de las unidades orgánicas.

No cuenta con documento oficial que define los mecanismos para identificar los aspectos críticos de gestión de la información.

El link de estadística no cuenta con los datos estadísticos de DAMOC, Familia, y demás áreas asistenciales.

Se lleva a cabo reuniones con jefes asistenciales pero no tienen actas de reunión.

Nop se tiene proyectos de mejora continua de la calidad del sistema de gestión de la información.

Falta la encuesta al usuario interno sobre la percepción acerca del manejo de los sistemas de información.

Respecto al **macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización** se observa

No cuenta con el Manual de Desinfección y Esterilización,

El MAPRO de la central de esterilización está desactualizado

La Central de esterilización aún no se ha unificado, tiene un MAPRO desactualizado, no se ha levantado las observaciones del año pasado.

No se aplica control químico o biológico en la esterilización de materiales y equipos

No existe un registro manual o electrónico de la pérdida o deterioro de enseres de cama y ropa.

No cuenta con el procedimiento de almacenamiento de ropa de cama y de ropa de acuerdo a las normas.

Respecto al **macroproceso 19 Manejo del Riesgo Social** se observó:





Han elaborado un formato de evaluación de la calidad de los instrumentos de trabajo social, pero no tiene RD.

Respecto al **macroproceso 20 Nutrición y Dietética** se observa:

No cuenta con documento oficial que aprueba los horarios de distribución de dietas. Tiene elaborado el manual de dietas del servicio de nutrición del área de hospitalización pero no tiene RD.

No realizan un informe mensualizado del libro de registro de menús e indicaciones dietéticas.

Respecto al **macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales** se observa:

No cuenta con un Manual buenas prácticas de almacenamiento.

Cuenta con registro electrónico a través del SIGA de las entregas de insumos y materiales a los usuarios. No mostraron las impresiones del porcentaje de entrega de bienes, pese que es posible obtenerlos por el SIGA.

No se evidencia informes de auditoria en los procedimientos para la adquisición o contratación.

Respecto al **macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura** se observa:

No cuenta con el MAPRO el procedimiento de adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación, ampliación de la infraestructura.

Falta elaborar un Manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y que sea aprobado con RD.

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





IX.-CONCLUSIONES

- De manera global se ha obtenido un puntaje final de 83% 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 de Apoyo (73.08%), en cuanto a los Gerenciales ha disminuido el porcentaje de cumplimiento (87.47%) y los Macroprocesos Prestacionales se mantienen en el mismo nivel (87.47%).
- Los macroprocesos con menor puntaje en la evaluación y que serán monitoreados con mayor énfasis durante el año 2022 son: Gestión de la información (50%), Gestión de recursos humanos (58.82%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (60.34%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%). Admisión y Alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%) y Gestión de insumos y materiales (76.92%).

X.-RECOMENDACIONES GENERALES

- A la Dirección General, al Coordinador Asistencial y a todos los Jefes asistenciales y administrativos tomar en cuenta los resultados del presente informe de autoevaluación y levantar las observaciones de cada uno de los criterios de cada macroproceso con la finalidad de garantizar al usuario externo una atención de calidad en nuestro hospital.
- A cada jefatura administrativa y asistencial velar por el cumplimiento de los criterios del macroproceso a su cargo y levantar las observaciones respectivas en los plazos establecidos en el informe.



Giovanna Zapata Coacalla
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.M.P. 36635 R.N.E. 23990