

Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”



INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2011
(Del 05 al 09 Marzo 2012)

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2012

Marzo 2012

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2012

1. AGUIRRE CORONADO MARTHA
2. ANICAMA VENTURA MIGUEL
3. CAHUA GARCIA GUILLERMO
4. CAMPUZANO BALLARTA AMALIA
5. CANO CAYCHO JUAN
6. CONTRERAS ABANTO VICTOR
7. DEL CASTILLO PARODI ROBERTO
8. ESCUDERO VIDAL SONIA
9. GUILLEN PRINCIPE NEVER
10. MARCHAN VIVELA MARIA
11. MARTINEZ VELEZMORO CAROLINA
12. MEJÍA URBANO GLORIA
13. MENDOZA GARCIA RICHARD
14. MONTERO AGUILAR NELLY MARÍA
15. NEYRA LOO FELIPE
16. PATIÑO CARDENAS ROBERTO
17. ROCA VALENCIA OSCAR
18. SANTOS VASQUEZ ANGELITA
19. SORIA BUSTAMANTE DANIEL
20. TEJADA MALQUI LISETH
21. VILLA YABAR MIRNA

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2011

“HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA”

1.- PRESENTACIÓN

La Autoevaluación es un proceso de reflexión sistemático de todo cuanto se haya ejecutado, a fin de comprender y explicar el nivel que ha alcanzado la Institución con el propósito de que se puedan emitir juicios, que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para que se consoliden las fortalezas que se detecten, se enmienden los errores ubicados y de esta forma, la Institución se retroalimente para conseguir un mejoramiento en la calidad de sus servicios.

El proceso de Autoevaluación Institucional, tiene como objetivos fundamentales el mejoramiento continuo de la acción institucional en todas sus funciones, servicios y el nivel de desempeño Institucional."

En relación al Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, desarrollar procesos de fortalecimiento institucional, con el objetivo de mejorar su eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en Emergencias y Urgencias, así como la de mejorar la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento de la importancia del factor humano, fortaleciendo sus capacidades con Talleres de Capacitación, en forma continua.

La finalidad del presente informe es ofrecer a la alta Dirección, Departamentos y Oficinas las evidencias del grado de cumplimiento de los estándares de acreditación establecidas por la Dirección de Calidad del MINSA (R.M. Nro. 073-2006- MINSA que aprueba la Norma Técnica Nro. 050-MINSA/DGSP “N.T. de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”) y la R.M.N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo.

a)- Antecedentes.

El Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" fue creado por la fusión de la Asistencia Pública de Lima, ubicada en la Av. Grau y la Asistencia Pública de Miraflores. Por Resolución Suprema N° 23-DBN del 31 de Mayo de 1956 se afectó en uso a favor del ramo de salud pública y asistencia social, en el terreno ubicado con frente a la Av. Panamericana cuadra 63, y se autorizó al Club de Leones de Miraflores para que construya un local para el funcionamiento de la Asistencia Pública.

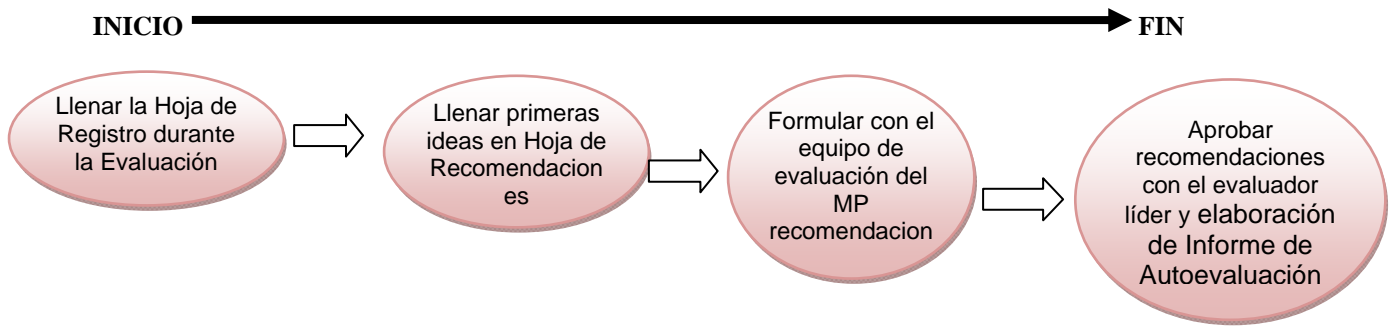
Con R.M. N°0192-79-SA/DS, se aprueba su denominación como HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA", en homenaje al brillante médico que supo brindar a la patria sus conocimientos en el momento que más lo necesitaban cuando ocurrió la Guerra del Pacífico, a solicitud del Colegio Médico del Perú el 15 de Noviembre de 1979 - Ministro de Salud Mayor General F.A.P. Eduardo Rivasplata Hurtado. El Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" (HEJCU) inició sus operaciones el 18 de Julio de 1980.

Con Resolución Suprema N° 039-91-VC-5600, el inmueble y el terreno queda afectado íntegramente al Ministerio de Salud destinado al hospital y así lo ha ratificado el Poder judicial.

El Hospital José Casimiro Ulloa, es un hospital de referencia Nacional, especializada en Emergencias. Por la categorización del MINSA (R.M. Nro. 769-2004 que aprueba la N.T. Nro. 021 de “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”), nos encontramos en el Nivel III-1, asimismo como por el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (D.S. Nro. 13-2006-SA).

Luego de elaborada la relación de evaluadores internos y designados según cronograma los macroprocesos a verificar, se inicia el proceso de Autoevaluación.

Para elaborar el presente Informe, se llevó a cabo una serie de pasos previos, los que se detallan en el cuadro siguiente:



1.1 Infraestructura (Nº de camas).

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa se encuentra ubicado en la Av. Roosevelt N° 6355 (Ex Av. República de Panamá) – Miraflores. Cuenta con un total de 88 camas divididas en los diferentes servicios que brinda:

- En el 1er. Piso: se halla el área de reposos de damas y varones, así como Shock Trauma, y tópicos de cirugía, traumatología, pediatría y oftalmología.
- En el 2do. Piso: Hospitalización de Neurocirugía
- En el 3er. Piso: Hospitalización de Traumatología y UCI / UCINT.
- En el 4to. piso: Hospitalización de Cirugía.
- En el 5to piso: Hospitalización de Medicina Interna.

1.2 Cartera de servicios.

El Hospital José Casimiro Ulloa es un establecimiento de salud altamente especializado, proporciona atención médico-quirúrgica a la comunidad en situación de emergencia, tanto individual como colectiva, en el ámbito intra y extra hospitalario. Brinda atención exclusiva de emergencia las 24 horas.

- El Departamento de Medicina es responsable de administrar atención de salud curativa y recuperativa a todos los pacientes que lleguen a la Institución en situación de urgencia o emergencia médica. Cuenta con Médicos Especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Neumología, Nefrología, Gastroenterología, Endocrinología, Intensivistas y Emergencistas.
- El Departamento de Cirugía brinda las prestaciones en forma directa al paciente mediante procedimientos médico-quirúrgica con el fin de lograr su pronta recuperación. Para ello cuenta con un staff de profesionales médicos de especialidades quirúrgicas: Cirujanos Generales, Neurocirujanos, Gineco Obstetras, Cirujano de Tórax y Cardiovascular, Oftalmólogo.
- El Departamento de Anestesiología, Analgesia y Reanimación tiene las siguientes especialidades en los Servicios de: Centro Quirúrgico, Recuperación, Terapia del Dolor y Reanimación como apoyo en áreas de trauma shock, pisos y reposos.
- El Departamento de Traumatología, brinda atención directa al paciente mediante procedimientos quirúrgicos - traumatológicos, entre ellos tenemos: Consulta de Emergencia (Consultorio y Reposos), Cirugía menor (Tópico), Mediana, mayor (Sala de Operaciones), Procedimientos: Infiltraciones, entre otros.
- El Departamento de Neurocirugía, es de reciente creación que tiene en su staff a 07 Médicos Neurocirujanos, con experiencia en Neuro-trauma y otras patologías Neuroquirúrgicas.
- El Departamento de Farmacia se encarga de asegurar la atención farmacéutica permanente y oportuna así como la correcta dispensación de medicamentos y material de uso médico, de calidad y a menor costo, para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia, según indicación médica.

- El Departamento de Diagnóstico por Imágenes es el encargado de apoyar a los Departamentos finales en el cuidado y tratamiento de las afecciones que ponen en riesgo la vida y la salud de las personas, mediante los Servicios de radiografías simple y exámenes contrastados especiales, Ecografías en modos bidimensional y en Doppler color, así como el Tomógrafo helicoidal multicorte.

2.- OBJETIVO

El Objetivo de la Autoevaluación es el de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

3.- ALCANCE.

Las áreas a verificar según el Listado de Estándares de Acreditación comprenden a todas las conformantes de la Institución:

Direcciones:

- Dirección General.
- Dirección Médica.

Oficinas:

- Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto
- Ejecutiva de Administración
- Asesoría Jurídica.
- Gestión de la Calidad.
- Epidemiología y Salud Ambiental.
- Logística.
- Personal.
- Economía
- Servicios Generales y Mantenimiento.
- Seguros.
- Comunicaciones.
- Estadística e Informática.
- Docencia e Investigación.

Departamentos:

- Medicina.
- Cirugía.
- Traumatología.
- Neurocirugía.
- Anestesiología.
- Patología clínica.
- Diagnostico por imágenes.
- Nutrición.
- Farmacia.
- Enfermería.

- Servicio Social

Servicios del Departamento de Enfermería:

- Esterilización.
- Enfermería en Centro Quirúrgico.
- Enfermería en Cuidados Críticos.
- Enfermería en Cirugía - Hospitalización
- Enfermería en Medicina - Hospitalización
- Enfermería en Traumatología - Hospitalización.
- Enfermería en Neurocirugía

Servicio del Departamento de Medicina:

- Cuidados Críticos

4.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

4.1 Como se Organizaron los Evaluadores Internos.

Se solicitó a cada una de las 27 Oficinas y Departamentos envíe a un representante (sea el ya estipulado en el año 2009 o un nuevo participante) para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación. De los cuales respondieron 22 a tal memorándum.

Se dio la R.D Nro. 238-2010-DG-HEJCU-OP del 29 de Noviembre 2010, que reestructura el equipo autoevaluador, dejando sin efecto R.D. 318-2009-OP de fecha 14 de Diciembre 2009.

Previamente al inicio de la Autoevaluación, la Oficina de Gestión de la Calidad se encargó de comunicar a la Dirección General y a los jefes de los diferentes departamentos y servicios (por memorándum y en reuniones de gestión) su estricta presencia para la realización del proceso de autoevaluación.

Asimismo, se envió en forma oportuna y se instó en reiteradas oportunidades (vía e-mail a las Oficinas y/o Departamentos) a leer y revisar la Norma Técnica de Acreditación y la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" para que tengan conocimiento de los documentos que se solicitarán y, a su vez, que estén al alcance del equipo de evaluadores en el momento requerido.

La Oficina de Gestión de la Calidad envió el siguiente documento:

- **Memo N° 036 –OGC-HEJCU-2012 (del 05/04/2012):** Cronograma de las Actividades Equipo Autoevaluador 2012.
- **Informe N° 011 –OGC-HEJCU-2012 (del 23/01/2012):** Facilidades para los equipos de Autoevaluación 2012.

4.2 Como fue la interacción con los informantes designados.

Para Los diferentes equipos, en las fechas acordadas, fueron a evaluar las oficinas y áreas correspondientes. En cuanto a la fecha programada.

La Oficina de Gestión de la Calidad brindó apoyo para llevar a cabo los Macroprocesos, explicando o dando pautas de la evaluación a través de los Coordinadores de los Macroprocesos, resolver ciertas preguntas o dudas del Equipo de Autoevaluadores, y a verificar si se estaba llevando a cabo de forma adecuada.

4.3 Que técnicas de evaluación se utilizaron:

De acuerdo a la Normatividad Vigente, se utilizaron diversas técnicas como por ejemplo:

- Revisión/ Verificación de Documentos de Gestión (Resoluciones, Manuales, entre otros).

- Entrevistas a Jefes de las diversas Oficinas y departamentos.
- Encuestas a trabajadores de distintas áreas, tomando una muestra significativa, para corroborar el conocimiento de las normativas y proceso, así como encuestas a los usuarios externos.
- Listas de Chequeo aplicadas según la normatividad vigente correspondiente.
- Observación sea hacia el personal que realiza una función determinada, así como a las diferentes áreas del hospital.
- Auditorías para determinar si se cumple con las normativas del Ministerio y propias de la Institución.

5.- EQUIPO DE EVALUADOR

5.1 Evaluador líder.

5.2 Listado de evaluadores que participaron de la autoevaluación.

El equipo conformante de la Autoevaluación fue el siguiente:

Jefes de Departamentos y Oficinas Coordinadores de Macro-Procesos	Integrantes del Equipo de Autoevaluadores
Dr. Jackson Delgado Cáceres Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	Tec. Daniel Soria Bustamante
Dr. Augusto Dulanto Zorrilla Jefe del Dpto. de Cirugía	Dr. Víctor Contreras Abanto NO PARTICIPO
Dr. Raymundo Soto Urbina Jefe del Dpto. de Neurocirugía	Dr. Roberto Patiño Cárdenas
Dr. Luis Carlos Honorio Arroyo-Quispe Jefe del Dpto. de Medicina	Dra. Martha Aguirre Coronado
Dr. Jaime Vásquez Izaguirre Jefe del Dpto. de Traumatología	Dr. Roberto del Castillo P. NO PARTICIPO
Dra. Fernando Montealegre Scott Jefe del Dpto. de Anestesiología	
Dra. Violeta Dávila Ildelfonso Jefe del Dpto. de Patología	Dr. Oscar Roca Valencia
Dr. Paul Ricardo Araujo Pérez Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes	Lic. Guillermo Cahua García
Lic. Miguel Carrión Moncayo Jefe de la Oficina de Epidemiología	Dr. Fernando Ramírez W.
Dr. Walter Fumachi Romero Jefe de la Oficina de Seguros	

Q.F. Elva Palomino Gómez Jefe del Dpto. de Farmacia	Q.F. Liseth Tejada M.
Lic. Cecilia Hurtado Colfer Jefe del Dpto. de Enfermería	Lic. María Uribe Ch. Lic. Lourdes Pacheco M,
Lic. María Elena Malabrigo Morales Jefa del Dpto. de Servicio Social	Lic. Amalia Campuzano Ballarta
Lic. Never Guillen Príncipe Jefe del Dpto. de Nutrición	Lic. Never Guillén Príncipe
Lic. María Vásquez Bonifacio Jefe Oficina de Personal	
CPC. Cosme Cáceres Atayupanqui Jefe de la Oficina de Economía	Sr. Julio Molina C. NO PARTICIPO
Srta. Ceferina Guzmán Vela Jefe de la Oficina de Logística	Sr. Juan Cano Caycho NO PARTICIPO Sr. Felipe Neyra Loo
Sr. Omar Landauro Malpartida Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Sr. Richard Mendoza García
Sra. Edison Hurtado León Jefe de la Oficina Comunicaciones	Sra. Nancy Santos V.
Abog. Eli Filio Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica	
Dra. Sonia Escudero Vidal Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad	Sr. Miguel Anicama V. Sra. María Montero A.

Actas de Reuniones del Equipo de Autoevaluadores

- El día 21 de Diciembre 2011, se reúnen los miembros del Equipo Autoevaluador 2011 para aprobar el Plan de Autoevaluación 2011, el mismo que fue aprobado en esa fecha.
- El día 23 de Enero se reúnen los miembros del Equipo Autoevaluador 2011 para aprobar el Plan de Autoevaluación 2011, a fin de tratar:
 - Revisión de criterios para el proceso de Autoevaluación Cronograma de Actividades Autoevaluación 2011
 - Designación del Líder del equipo de Autoevaluación

Se designa como líder del equipo a la Dra. Ana Salazar Tupia.

El equipo Autoevaluador, decide postergar el proceso de la Autoevaluación por la remodelación del hospital y la falta de coordinación con los jefes de macroprocesos, por haber cambios en la jefaturas de las oficinas y departamentos a evaluar. Esta información fue remitida a la Dirección General y a los jefes de oficina y departamentos.

CRONOGRAMA PARA LA AUTOEVALUACION MES DE MARZO 2012:

05	06	07
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES
MACROP - 5	MACROP - 3	MACROP - 1
Emergencias y Desastres	Gestión de la Calidad	Direccionamiento
Tec. Felipe Neyra Loo	Tec. Juan Cano Caycho	Dr. Oscar Roca Valencia
Lic. Miriam Valencia Cevalco.	Lic. Miriam Valencia Cevalco	Lic. Lourdes Pacheco Medina
MACROP - 2	MACROP - 7	MACROP - 11
Gestión Recursos Humanos	Atención Ambulatoria	Atención Quirúrgica
Dr. Fernando Ramirez W.	Dr. Walter Contreras Abanto	Dra. Ana Salazar Tuppia
Lic. María Uribe Chavez	Lic. María Uribe Chavez	Q.F. Lisethe Tejada Malqui
MACROP - 16	MACROP - 8	MACROP - 12
Gestión de Medicamentos	Atención Extramural	Docencia e Investigación
Lic. Never Guillen Príncipe	NO APLICA	Sra. María Montero Aguilar
Dra. Martha Aguirre Coronado.	MACROP - 9	Sr. Daniel Soria
	Atención de	MACROP - 13
MACROP - 6	Dr. Oscar Roca Valencia	Apoyo al Diag.y
Control de la Gestión y	Sr. Daniel Soria	Dr. Roberto Del Castillo Parodi
Prestació	MACROP - 10	Dra. Martha Aguirre Coronado
Dra. Paola Palacios	Atención de Emergencias	
Tec. Miguel Anicama Ventura	Dr. Roberto Patiño Cardenas	
	Dra. Ana Salazar Tuppia	

08	09
JUEVES	VIERNES
MACROP - 14	MACROP - 19
Admisión y	Manejo del Riesgo Social
Lic. Amalia Campuzano B	Lic. Guillermo Cahua G.
Tec. Julio Molina Cayo	Lic. Lourdes Pacheco Medina
MACROP - 15	MACROP - 20
Referencia y Contra Ref.	Manejo Nutrición de Paciente
Tec. Juan Cano Caycho	Lic. Amalia Campuzano
Dra. Liseth Tejada Malqui	Tec. Julio Molina Cayo
MACROP - 4	MACROP - 21
Manejo Riesgo de Atención	Gestión de Insumos y Materiales
Lic. Guillermo Cahua G.	Dra. Sonia Escudero Vidal
Dr. Fernando Ramirez W.	Sr. Felipe Neyra Loo
MACROP - 17	MACROP - 22
Gestión de la Información	Gestión Equipos e Infraestructura
Dr. Walter Contreras A.	Tec. Miguel Anicama Ventura
Lic. Edith Soria Tapia	Tec. Richard Mendoza García
MACROP - 18	
Descontaminación,	
Desinfección Esterilización	
Dra. Paola Palacios Q.	
Tec. Richar Mendoza G,	

- El día 01 de Diciembre 2010, se aprueba el Plan de Autoevaluación 2010, fecha en que se aprobó con la firma de los miembros del Equipo Autoevaluador 2010. Asimismo se aprueban las fechas para el Curso-Taller **“Mejora continua de la Calidad y Autoevaluación para la Acreditación”** de Capacitación las cuales fueron desarrolladas los días, 16, 19 y 20 de Diciembre 2011 de 14:30 a 18:30 horas en el Auditorio del 2º piso, actividad que reforzara los mecanismos de gestión de nuestra institución.
- La asistencia al mismo fue la siguiente:

Oficinas y Departamentos	Representante para Autoevaluación	01 de Diciembre Taller de Capac.	06 de Diciembre Taller de Capac.	10 de Diciembre Taller de Capac.
		Represent.	Represent.	Represent.
Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	Tec. Daniel Soria Bustamante	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Cirugía	Dr. Víctor Contreras A.		Asistió	
Dpto. de Neurocirugía	Dr. Roberto Patiño	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Medicina	Dra. Martha Aguirre C.			
Dpto. de Traumatología	Dr. Roberto del Castillo Parodi		Asistió	
Dpto. de Anestesiología	Dra. Sonia Escudero Vidal	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Patología Clínica	Dr. Oscar Roca Valencia	Asistió		Asistió
Dpto. de Diagnóstico por Imágenes	Lic. Guillermo Cahua G.	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Estadística e Informática	Tec. Felipe Neyra Loo	Asistió		Asistió
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Tec. Olinda Quiroga Remy.	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Seguros	Sra. Haydee Ramirez E.	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Farmacia	Q.F. Gloria Mejia Urbano	Asistió	Asistió	
Dpto. de Enfermería	Lic. Mirna Villa Yabar	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Servicio Social	Lic. Amalia Campusano	Asistió	Asistió	Asistió
Dpto. de Nutrición	Lic. Never Guillén P.	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Personal	Lic. José Torres Arteaga	Asistió		
Oficina de Economía	Tec. Nelly María Montero Aguilar	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Logística	Sr. Juan Cano Caycho	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Angelita Santos V.	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Servicios Generales y Mant.	Sr. Richard Mendoza García	Asistió	Asistió	Asistió
Oficina de Comunicaciones	Sr. Miguel Anicama			Asistió
Oficina de Asesoría Jurídica	Dra. Carolina Martinez V.	Asistió		

En reunión del Equipo Autoevaluador se conformaron los sub-equipos para la evaluación por Macroprocesos, los cuales fueron conformados e informados a todos integrantes del Equipo vía e-mail.

Se elaboró la siguiente tabla con los conformantes y el cronograma de desarrollo de la autoevaluación:

MACROPROCESO	DÍA	Nº DE CRITERIOS A	AUTOEVALUADORES
--------------	-----	-------------------	-----------------

		EVALUADOS POR CADA GRUPO DE INTEGRANTES	
2 Gestión de Recursos Humanos	05 Mar.	11	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Fernando Ramirez W. • Lic. María Uribe Ch.
16 Gestión de Medicamentos	05 Mar.	15	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Never Guillén Príncipe • Dra. Martha Aguirre C.
6 Control de la Gestión y Prestación	05 Mar.	15	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Paola Palacios Q. • Tec. Miguel Anicama V.
5 Emergencias Y Desastres	05 Mar.	21	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Miriam Valencia C.
3 Gestión de la Calidad	06 Mar.	22	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Juan Cano Caycho • Lic. Miriam Valencia C.
7 Atención de Ambulatoria	06 Mar.	14	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Sonia Escudero Vidal.
9 Atención Hospitalización	06 Mar.	26	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Oscar Roca Valencia • Tec. Daniel Soria B.
10 Atención de Emergencias	06 Mar.	14	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Roberto Patiño Cárdenas • Dra. Ana Salazar T.
1 Direcccionamiento	07 Mar.	11	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Oscar Roca Valencia • Lic. Lourdes Pacheco M.
11 Atención Quirúrgica	07 Mar.	24	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Ana Salazar T. • Q.F. Liseth Tejada M.
12 Docencia e Investigación	07 Mar.	15	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Nelly María R. Montero A. • Tec. Daniel Soria B.
13 Apoyo Diagnóstico y tratamiento	07 Mar.	11	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Miguel Anicama V. • Dra. Martha Aguirre C.
14 Admisión y Alta	08 Mar.	16	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Amalia Campuzano • T
15 Referencia y Contrareferencia	08 Mar.	10	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Miguel Anicama V.
4 Manejo Riesgo de Atención	08 Mar	51	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Fernando Ramírez W. • Tecl. Guillermo Cahua G.
17 Gestión de la Información	08 Mar.	14	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Edith Soria T.
18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	08 Mar.	17	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Paola Palacios Q. • Tec. Richard Mendoza G.
19 Manejo del Riesgo Social	09 Mar.	6	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Guillermo Cahua G • Lic. Lourdes Pacheco M.
20 Manejo de Nutrición de Pacientes	09 Mar.	10	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Amalia Campuzano • Tec. Nancy Santos V..
21 Gestión de Insumos y Materiales	09 Mar.	8	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Miguel Anicama V • Tec. Maria Montero A.
22 Gestión de Equipos e Infraestructura	09 Mar.	12	<ul style="list-style-type: none"> • Tec. Miguel Anicama V. • Tec. Richard Mendoza G.

6.- CUMPLIMIENTO DEL PLAN

_ Describir en que medida se ha cumplido con lo programado.

Se cumplió con lo programado, pero se presentaron retenciones por parte de algunas jefaturas para el cumplimiento y apoyo a los equipos de Autoevaluación

_ Relatar cual ha sido el desarrollo del proceso ejecutado (reunión de apertura y reunión de cierre)

Para el inicio del proceso previamente en la última reunión del equipo Autoevaluador de acordó convocarnos en la oficina de gestión de la Calidad para empezar y luego dirigimos a su respectiva área de trabajo a evaluar.

En el transcurso del proceso varios integrantes del equipo Autoevaluador no llegaron a participar por diferentes motivos siendo el primero el cruce de labores propias y en otros casos la no participación por vacaciones, originado que esta oficina se vea sobrecargada por la razón de apoyar más en algunos macroprocesos que no contaban con la persona designada.

Fechas de entregas de los Macroprocesos evaluados por el equipo Autoevaluador:

FECHA DE LOS MACRO PROCESOS	MACRO PROCESOS EVALUADOS
05 de Marzo 2012	5 – 2 -16 – 6
06 de Marzo 2012	3 – 7 – 9 - 10
07 de Marzo 2012	1 – 11 – 12 – 13
08 de Marzo 2012	14 – 15 – 4 – 17 - 18
09 de Marzo 2012	19 – 20 – 21 – 22

7.- OBSERVACIONES

Esta sección se construye en base a la **Hoja de Registro de datos para la autoevaluación**, en cuya última columna se consignan el sustento de los puntajes y comentarios.

Código de Criterio de Evaluación	Puntaje	Fuente Auditable	Técnica Utilizada	Sustento del Puntaje / Comentarios

8.- PUNTAJE ALCANZADO

Se remitió a los jefes de oficina y departamentos los resultados de sus procesos **EN EL FORMATO DE REGISTRO PARA AUTOEVALUACIÓN** con memo Circular N° 006-OGC-HEJCU-2012 de fecha 18/04/2012.

TOTALES:	
Criterios Evaluados	341
Puntaje Máximo	684
Puntaje Obtenido	469
Porcentaje Alcanzado	68.57 %

Cod Macro	Macroprocesos	Cod Estándar	Estándar	Crit. Eval	Puntaje Máximo por Estándar	Puntaje Obtenido	Porcentaje Alcanzado
DIR	Direccionamiento	DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	8	16	16	100%
		DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	3	6	5	83.33%
GRH	Gestión de recursos humanos	GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	4	8	4	50%
		GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	2	4	2	50%
		GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	2	4	3	75%
		GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	3	6	5	83.33%
GCA	Gestión de la calidad	GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	5	10	8	80%
		GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	9	18	16	88.88%
		GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	8	16	16	100%
MRA	Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	11	22	19	86.36%

	MRA-2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	9	18	18	100 %
	MRA-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	4	8	8	100%
	MRA-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	4	8	8	100%
	MRA-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	4	8	8	100%
	MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	10	20	18	90%
	MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	4	8	8	100%
	MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	3	6	6	100%
GSD	GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	7	14	5	35,71%
	GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	8	16	4	25%
	GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	6	12	9	75%
CGP	CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	2	4	4	100%

		CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	13	26	18	69.23%
ATA	Atención ambulatoria	ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	5	10	7	70%
		ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	4	8	5	62.5%
		ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	6	12	12	100%
		ATA-4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	2	4	4	100%
ATH	Atención de hospitalización	ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	3	6	6	100%
		ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	3	6	4	66.66 %
		ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	4	8	6	75 %
		ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	5	10	5	50%
		ATH-5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	2	4	2	50%
		ATH-6	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra-institucionales y	2	4	3	75%

			interinstitucionales,)				
		ATH-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	7	14	10	71.42%
EMG	Atención de emergencias	EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	6	12	3	25 %
		EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	5	10	8	80%
		EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	3	6	2	33,33 %
ATQ	Atención quirúrgica	ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	5	10	7	70%
		ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	4	8	2	25%
		ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	11	22	16	72,72%
		ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	4	8	4	50%
DIV	Docencia e Investigación	DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	9	18	10	55,55%
		DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	6	12	7	58,33%

ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	2	4	0	0%
		ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	2	4	1	25%
		ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	7	14	6	42,85%
ADA	Admisión y alta	ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	5	10	9	90%
		ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	8	16	5	31,25%
		ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	2	4	4	100%
		ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	1	2	2	100%
RCR	Referencia y contrarreferencia	RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	4	8	6	75%
		RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	2	4	4	100%
		RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	4	8	3	37,5 %
		RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	3	6	6	100%na

GMD	Gestión de medicamentos	GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	5	10	10	100%
		GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	5	10	4	40%
		GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	5	10	4	40%
GIN	Gestión de la información	GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	8	16	9	56,25%
		GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	2	4	1	25%
		GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	4	8	5	62,3%
DLD E	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	DLD E-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	3	6	5	83,3 %
		DLD E-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	6	12	12	100%
		DLD E-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	4	8	8	100%
		DLD E-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	4	8	8	100%
MRS	Manejo del riesgo social	MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	4	8	6	75%

		MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	2	4	3	75%
NYD	Nutrición y dietética	NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	6	12	12	100%
		NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	4	8	5	62,5%
GIM	Gestión de insumos y materiales	GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	4	8	4	50%
		GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	4	8	6	75%
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	9	18	9	50 %
		EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	3	6	5	83,3 %
				341	684	469	68.57 %

9.- RECOMENDACIONES

A la Alta Dirección:

- ✓ El proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, está en un proceso constante de mejora por parte de la Dirección Ejecutiva de Calidad del MINSA, se recomienda a la Dirección que tenga un mayor compromiso con la misma ya que será parte de las evaluaciones constantes del Ministerio.

- ✓ Solicitar periódicamente avance de las actividades de las diferentes Oficina y Departamentos de la Institución acorde con sus planes anuales. Tanto la Dirección Médica como administrativa deberá verificar y evaluar los avances del Plan Operativo de cada área del hospital.
- ✓ Solicitar a todas las Oficinas y Departamentos que trabajen con Indicadores de Gestión y de Resultados, para constatar avances, mejoras o posibles problemas que puedan existir.

A la Unidad de Calidad:

- ✓ Se recomienda solicitar el seguimiento de los procesos llevados por cada Departamento u Oficina, solicitando a cada uno de ellos los avances de sus áreas respectivas y enviarlos a la Dirección.
- ✓ Se recomienda, por el puntaje alcanzado, convocar al comité de Acreditación del hospital y realizar una segunda autoevaluación en un periodo no mayor de tres meses.

A las Jefaturas de Servicios y Departamentos:

- ✓ Hacer un seguimiento de cada uno de los procesos llevados a cabo en sus respectivas áreas, verificar que estas tengan resolución directoral y que sea cumplido por el personal a su cargo.
- ✓ Reunirse de forma periódica con personal a su cargo y exponer puntos débiles, problemas que se presentan para resolverlos, haciendo firmar actas a los participantes.

A los responsables y equipos de trabajo:

- Se recomienda a los equipos de trabajo de autoevaluación a difundir los resultados en cada una de sus oficinas, o servicios, para así determinar posibles pautas de mejora.
- Cada autoevaluador debe ser el responsable de sensibilizar a todos los compañeros de trabajo a que mejorar por la calidad de atención al paciente es la tarea primordial que nos corresponde.

Generales:

- ✓ Elaboración del MAPRO de la Oficina de Logística, Servicios Generales, Enfermería y Personal
- ✓ Almacenar información con la data del personal del hospital por oficinas, áreas, departamentos y servicios.
- ✓ Elaboración de Encuestas de la medición de la percepción del usuario interno sobre el manejo de la información.
- ✓ Realizar el monitoreo de la información
- ✓ Formular un plan de trabajo de actualización y mejora del Plan Estratégico y Plan Operativo
- ✓ Disponer de las actas de reunión para la formulación del ASIS
- ✓ Difusión para conocimiento del personal médico de las Guías de Práctica Clínica
- ✓ Enviar documentación a cada unidad orgánica para el desarrollo de actividades.
- ✓ Elaboración de líneas de acción para el mejoramiento.
- ✓ Elaboración del manual de buenas prácticas de almacenamiento aprobadas con RD
- ✓ Monitoreo de la entrega de insumos y materiales según requerimiento de las unidades y servicios.
- ✓ Cumplir con los requisitos del SINAPRES y CONAREME
- ✓ Formalizar con RD el Comité Docente Asistencial Hospitalario
- ✓ Reactivar el Comité de Ética y Bioética en Investigación.
- ✓ Contar con Programa de Tutoría y Asesoría para el pregrado y posgrado.
- ✓ Elaborar estudio sobre la percepción del usuario del servicio ambulatorio de traumatología.
- ✓ Diseñar mecanismo de medición sobre tiempo para el internamiento de pacientes.

10.- ANEXOS

