HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 025-02/2023-DE-HCLLH/MINSA

República del Perú

Resolución Directoral

Puente Piedra, 15 de febrero de 2023

Visto el expediente N°827 - 2023, con la Nota Informativa N°089-01-2023-UGC-HCLLH/MINSA, Informe N°01-01/2023-AIC-UGC-HCLLH, de la Unidad de Gestión de la Calidad, con el cual se solicita la aprobación del proyecto del Plan de intervención de Autoevaluación 2023 del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, del 21 de febrero de 2022, aprobó la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022, Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se apruebo el documento: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que establece los principios, políticas, objetivos, estrategias entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios, teniendo como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la Calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, la Resolución Ministerial N°270-2009-MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, el numeral 6.3 de la norma citada en el párrafo precedente, dispone que la Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de la evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA del 5 de julio de 2021 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud.

Que con la Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, del 21 de febrero de 2022, aprobó la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022, Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Ministerio de Salud;

Que, el objetivo del Plan es alcanzar un puntaje satisfactorio en los criterios evaluados por cada macroproceso, con el fin de continuar con el proceso de evaluación externa y lograr la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, motivo por el cual es necesario aprobarlo con acto resolutivo;

Que, con la Resolución Directoral N°219-12/2020-HCLLH/SA, se aprobó la Directiva Administrativa N°009-HCLLH-2020/OPE, Directiva para la elaboración de Planes de Trabajo y Planes de Acción V.01 del HCLLH, que tiene como finalidad lograr sistematizar la elaboración de los planes de trabajo que se encuentren establecidos de acuerdo a las normas vigentes, para fortalecer las actividades, reducir las debilidades orientándose al sentido de la organización y planificación;

Que, estando a lo propuesto por la Unidad de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Asesoría Jurídica con el Informe N°25-2023-AJ-HCLLH;

Con el visto de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad, con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz aprobado por Resolución Ministerial N°463-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el **Plan de Intervención Autoevaluación (Mejora de Procesos Asistenciales y Administrativos) 2023**, del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, el cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad el cumplimiento del Plan aprobado con la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el portal de transparencia estándar del Hospital.

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud — HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Dr. José Antonio Mendoza Rojas
CMP 30069 RNE 31673
Director Ejecutivo

JAMR/JABG/pdrg
UGC
AJ
UC

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
Nº 19
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

PLAN DE INTERVENCION AUTOEVALUACION (MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS)

- AÑO 2023 -

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
Nº 18
HOSPITAL CARLOS LÁNFRANCO LA HOZ

ESTRUCTURA DE PRESENTACIÓ N Y CONTENIDO DEL PLAN DE INTERVENCION AUTOEVALUACION 2023

I.- Resumen Ejecutivo..... Pág. 3

II.- Resultados de Autoevaluación 2022..... Pág. 4

III.- Recomendaciones del Informe 2022..... Pág. 5

IV.- Objetivo del Plan..... Pág. 6

V.- Actividades de intervención..... Pág. 6

VI- Conclusiones..... Pág. 16

VII.- Recomendaciones..... Pág. 16

VIII.- Matriz de Indicadores..... Pág. 17

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 17
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

I.- RESUMEN EJECUTIVO

Al finalizar el año, la Unidad de Gestión de la Calidad presenta el Informe Técnico de Autoevaluación 2022, documento que recoge la culminación del proceso de autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. El proceso de autoevaluación se llevó a cabo conforme a los objetivos establecidos en el Plan de Autoevaluación del HCLLH 2022, aprobado cono Resolución Directoral N° 167-07/2022-DE-HCLLH/MINSA y ha seguido las pautas indicadas en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y la Guía Técnica del Evaluador aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, teniendo como finalidad calificar los 21 macroprocesos evaluados en el establecimiento y el resultado fue evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares.

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Esta norma técnica finalmente, tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud. De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud

El Equipo de Autoevaluadores del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ejecuto el proceso de Autoevaluación del 17 de octubre y finalizo el 23 de noviembre del 2022, obteniendo un puntaje general de 61% del cumplimiento de criterios establecidos en el listado de estándares de Acreditación, mismo que lo califica como "no aprobado", debiendo proseguir con una nueva autoevaluación, según la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% por ciento, que es lo esperado para solicitar la evaluación externa.

En consecuencia la Unidad de Gestión de la Calidad, ha establecido ejecutar el Plan de Intervención para implementar las recomendaciones y levantar las observaciones en un trabajo en conjunto con el personal y Jefes de las Unidades Orgánicas involucradas

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
Nº 16
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

II.- RESULTADO DE LA AUTOEVALUACION 2022

MACROPROCESO	CRITERIOS EVALUADOS	PUNTAJE %
DIRECCIONAMIENTO	11	76.47
GESTION DE RECURSOS HUMANOS	11	58.82
GESTION DE LA CALIDAD	22	69.51
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION	50	70.88
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	21	82.14
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION	15	69.23
ATENCION AMBULATORIA	14	55.00
ATENCION EXTRAMURAL	0	0.00
ATENCION DE HOSPITALIZACION	26	23.15
ATENCION DE EMERGENCIAS	14	76.32
ATENCION QUIRURGICA	24	52.13
DOCENCIA E INVESTIGACION	14	60.00
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	11	52.27
ADMISION Y ALTA	16	62.86
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	10	100.00
GESTION DE MEDICAMENTOS	15	42.31
GESTION DE LA INFORMACION	14	54.35
DESCONTAMININACION, LIPIEZA, DESIFECCION Y ESTERILIZACION	17	48.28
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	6	100.00
NUTRICION Y DIETETICA	10	61.78
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	8	65.38
GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	12	26.47
TOTAL	**341**	**61.00**

JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
Nº 15
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

III.- RECOMENDACIONES DEL INFORME 2022

- El proceso de Autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por la Dirección Ejecutiva y por cada Órgano y/o Unidad Orgánica, con el fin de estar acreditados y ello significa garantizar una calidad de atención de calidad a nuestros pacientes.
- La Dirección Ejecutiva y el Equipo de Acreditación del Hospital deben continuar impulsando el proceso de Acreditación, en la etapa del plan de mejora en base a los resultados de la autoevaluación 2022.
- El Equipo de Evaluadores Internos elaborará el Plan de Intervención en base a los resultados obtenidos en la evaluación interna 2022, el cual se socializará con los servicios involucrados en los macroprocesos que hayan obtenido puntaje de 0 y 1. Se realizará el monitoreo en los plazos establecidos para verificar la implementación de las recomendaciones.
- El Equipo de Acreditación, debe programar reuniones periódicas a fin de evaluar la problemática identificada, las recomendaciones emitidas en el presente informe, así como monitorizar el cumplimiento de las recomendaciones.
- Los Jefes de las Unidades, Departamentos y Servicios que forman parte de las recomendaciones emitidas en el presente informe, deben de priorizar la programación de sus actividades para el año 2023.deberá conformar un nuevo Equipo de Evaluadores Internos; este equipo debe participar activamente en el desarrollo del proceso de autoevaluación 2023.
- Los Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios deberán reunirse de forma periódica con el personal a su cargo y exponer puntos débiles, problemas que se presentan para resolverlos, haciendo firmar actas a los participantes.
- Las Jefaturas de los Oficina y Unidades Administrativas deberán actualizar los manuales de procedimientos; asimismo, los servicios asistenciales, sus guías de práctica clínica, guías y/o manuales de procedimientos. Reunirse trimestralmente para evaluar el cumplimiento.
- La Dirección Ejecutiva debe otorgar un reconocimiento a los evaluadores internos que cumplieron con las responsabilidades asignadas durante el proceso de autoevaluación. Se sugiere reestructurar el Equipo de Evaluadores Internos, el cual debe estar integrado por un Equipo Multidisciplinario, competente y comprometido.

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
Nº 14
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

IV.- OBJETIVO DEL PLAN

Alcanzar un puntaje satisfactorio en los criterios evaluados por cada macroproceso, con el fin de continuar con el proceso de evaluación externa y lograr la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

V.- ACTIVIDADES DE INTERVENCION

La Unidad de Gestión de la Calidad en conjunto con el Equipo de Autoevaluadores procederá a realizar el levantamiento de observaciones con el fin de alcanzar el 90% de puntaje, para el efecto se brindara todo el apoyo necesario en la elaboración de documentos de gestión, así como en la elaboración de guías de práctica clínica y manuales de procedimientos asistenciales, directivas, encuestas y todo procedimiento que requiera mejora para el logro del objetivo, de las observaciones que se detalla a continuación:

- **Respecto al Macroproceso 1:Direccionamiento**

✓ Solo se cuenta con el ASIS del año 2020, debido al estado de emergencia no se han reunido para la elaboración del documento oficial.

✓ El resultado de evaluación del FON (Tipo I) del hospital en los años 2020 y 2021 muestra que se tiene que reformular algunas mediciones porque no están en los niveles esperados. El resultado del software de la evaluación del FON está entre el 51% y 80%. En el 2022 no se ha realizado evaluación

✓ **Responsables:**
Dr. Hernán Solís Verde
Dr. Hairo Dedios Solís
Lic. Paula Zamora Ruiz

- **Respecto al Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos**

✓ No se realiza el análisis de resultados de productividad por Unidades, Departamentos y Servicios.

✓ No se existe evidencias de reuniones periódicas de equipos multidisciplinarios conformados oficialmente para realizar una reflexión de su práctica con la situación institucional

✓ No existen equipos de trabajo conformados para identificar los problemas, proponer soluciones y participar en las decisiones para mejorar en el desempeño de los recursos humanos

✓ **Responsables:**
Sr. Víctor Silva Espinoza

JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 13
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- **Respecto al Macroproceso 3: Gestión de la Calidad**

✓ Los MAPROS Administrativos y Asistenciales están desactualizados.

✓ No se cuenta con panel de la cartera de servicios; solo programación diaria de consultorios publicados en los diferentes servicios.

✓ No se cumple con la privacidad en la atención, porque no existen cortinas de separación en los consultorios, servicios de emergencia y hospitalización, solo se cuenta con algunos biombos que no son suficientes.

✓ Existe documento (índice de Seguridad Hospitalaria) de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios y las propuestas, pero no tiene RD. No se ha elaborado informe.

✓ No existe flujogramas en ningún servicio de consultorios externos

✓ **Responsables:**
Sr. Cesar Ortiz Díaz
Sr. Víctor Silva Espinoza

- **Respecto al Macroproceso 4: Manejo de Riesgo de la Atención**

✓ No se realiza el análisis de la efectividad de la atención materna de acuerdo a los indicadores establecidos según la normatividad.

✓ No cuenta con el reporte de tasa de reducción de casos de muertes maternas en los últimos cinco años.

✓ No cuenta con metodología oficial para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de riesgos de atención.

✓ Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfuncional con procedimiento paralelo a la normatividad.

✓ No se observan medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos que pueden originar eventos adversos. Los servicios asistenciales cuentan con MAPRO de Enfermería y el Manual de Seguridad del paciente para el manejo de medicamentos.

✓ No cuenta con documento que indique el mecanismo para el etiquetado de las placas radiográficas.

✓ Solo se cuenta con documento para la identificación de personas sometidas a procedimientos quirúrgicos (lista de cirugía segura), más no para procedimientos, diagnósticos y terapéuticos.

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA

✓ No se cuenta con Guías de Práctica Clínica que describa las medidas de prevención de desnutrición.

✓ Las Guías de atención están desactualizadas en todos los servicios de hospitalización.

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 12
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ No se cuenta con informes de acciones implementadas para disminuir la incidencia de eventos adversos en los servicios
- ✓ **Responsables:**
  Dr. Hairo Dedios Solis

- **Respecto al Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres**

- ✓ El hospital no cuenta con Certificado de Inspección Técnica vigente, tampoco se ha realizado la evaluación de seguridad d obras que no hace la Municipalidad, se cuenta la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), falta aprobarlo.
- ✓ Entre el 50% a 80% de las áreas cumplen con las señales de seguridad.
- ✓ El Hospital no cuenta con la señalización correcta de los conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nitrógeno y aire comprimido)
  Responsables:
  Dr. Hernán Solís Verde

- **Respecto al Macroproceso 6: Control de Gestión y Prestación**

- ✓ Se cuenta con Plan oficial e instrumentos completos de auditoría, supervisión y evaluación; sin embargo, no se cumple con lo programado.
- ✓ No se cuenta con acta de reunión de los responsables para la elaboración de indicadores de gestión y prestación.
- ✓ Se verifica documentos que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito (muestra de 10 trabajadores)
- ✓ No cuenta con informe de indicadores de gestión y prestación.
- ✓ No se ha evaluado la aplicación de Guías de Práctica Clínica en las atenciones de emergencias.
- ✓ No se ha evaluado la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
- ✓ Se tiene identificados los aspectos críticos de los procesos de gestión, pero falta compromiso de todos los jefes de los Servicios asistenciales.
- ✓ No se ha realizado auditorías de los procesos de atención, pero está programado en el Plan de Auditoría en Salud HCLLH 2022.
  Responsables:
  Dr. Hairo Dedios Solís
  Sr. Cesar Ortiz Díaz

JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 11
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- **Respecto al Macroproceso 7: Atención Ambulatoria**

✓ Existe señalización de rutas de acceso de los servicios, sin embargo, no hay planos de ubicación, tampoco un mapa de ubicación actualizado de los consultorios.

✓ El Servicio de Consultorios Externos no cuenta con un área de Triaje.

✓ No se registra la demanda insatisfecha; en el Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (UEIT), el personal de ventanillas únicas solo registra pacientes que han obtenido cita pero que no se sienten satisfechos porque no es el día que ellos quieren ni tampoco el profesional que les va a atender.

✓ Se cuenta con GPC oficializadas de que abordan las patologías más frecuentes en las diversas etapas de vida, pero no están actualizadas

Responsables:

Dr. Hairo Dedios Solís

- **Respecto al Macroproceso 9: Atención Hospitalaria**

✓ No cuenta con el ASIS institucional actualizado.

✓ No todos los servicios cuentan con Actas de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio.

✓ No se realizó FON o informe de encuestas a familiares o pareja.

✓ Cuenta con SIGA sistematizado en la mayoría de los servicios.

✓ No se cuenta con Guías de Práctica Clínicas y Guías de Intervención de Enfermería actualizadas.

✓ No se evidencia informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento, ni informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.

✓ El personal de salud no cumple con las medidas de bioseguridad al 100%.

✓ No se evidencia reuniones de análisis de IIH y eventos adversos.

✓ No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año.

✓ No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año debido a que no se presentó casos de mortalidad materna al momento de la supervisión.

✓ Dentro de las GPC Gineco-obstétricas se evidencia la atención de las complicaciones obstétricas. Pero no cuenta con informe de monitoreo.

✓ No se auditan las historias clínicas ni se toman acciones para mejorar los procesos.

JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 10
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos de su caso del 50 % al 80%.
- ✓ Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento en menos del 50% de los casos.
- ✓ Los Departamentos Asistenciales no cuentan con su MAPRO vigente, tampoco cuentan con informes ni acta de reunión de mejora de procedimiento.
- ✓ No cuentan con documentos que evidencia mecanismo de evaluación por pares en cada servicio.
- ✓ No se cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta.
- ✓ No se cuenta documento oficial ni horarios publicados debido a que por Pandemia está prohibido en ingreso de familiares.
- ✓ No se evidencia actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a las GPC en el servicio de Gineco-obstetricia.
- ✓ Se realiza el informe de eventos adversos trimestralmente, pero no se han implementado las recomendaciones ni el seguimiento de estas.
- ✓ No se registra ni se evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto.

Responsables:

Dr. Hernán Solís Verde

- **Respecto al Macroproceso 10: Atención en Emergencia**

- ✓ Renovar los carteles y banners informativos con un enfoque de interculturalidad del Servicio de Emergencia.
- ✓ Las GPC se encuentran desactualizadas.
- ✓ El Servicio de Emergencia cuenta con un plan de capacitación, pero dichos contenidos son charlas. El personal médico y técnico se capacita con sus propios recursos.
- ✓ No se ha realizado Capacitación para el personal de Triaje.
- ✓ Se verifica la existencia de medicamentos e insumos del coche de paro para la atención inmediata; sin embargo, no hay evidencia de un registro de verificación periódica de operatividad del equipamiento.

Responsables:

Dr. Hernán Solís Verde

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 69
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- **Respecto al Macroproceso 11: Atención Quirúrgica**

✓ No cuenta con la Programación de actividades de Centro Quirúrgico.

✓ Se cuenta con manual de procedimientos oficial y es conocido por el personal sobre una muestra aleatoria de 50% de trabajadores del área en el turno.

✓ No se cuenta con GPC actualizadas.

✓ No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes del centro quirúrgico, solo lo registran la hora.

✓ No cuentan con el informe de análisis de las cirugías suspendidas, solo cuentan con un cuaderno de registro.

✓ No se cuantifica las tasas de mortalidad intraoperatorio y postoperatorio.

✓ No se cuenta con informe de medidas correctivas.

✓ No se cuenta con el informe de análisis de las reintervenciones.

✓ No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.

✓ No se realiza las evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes, debido a no contar con GPC.

✓ No se implementa proyectos de mejora continua en base a los resultados de las auditorías preventivas y de caso.

✓ No se cuenta con política de confidencialidad respecto a la información del paciente.

Responsables:

Dr. Hairo Dedios Solís

- **Respecto al Macroproceso 12: Docencia e Investigación**

✓ Se cuenta con los planes anuales de actividades de docencia pregrado y posgrado, aún falta oficializarlos con acto resolutivo.

✓ No se cuenta con informes del cumplimiento de actividades del programa de tutoría y asesoría a los alumnos de pregrado y postgrado.

✓ Existe evidencia documentaria de las actividades de pre y post grado, sin embargo, no se cuenta con el informe de evaluación del plan de actividades de los dos últimos trimestres.

✓ No se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el Comité de Ética e Investigación.

✓ Se cuenta con cuaderno de registro de los materiales de capacitación, pero no se cuenta con un ambiente apropiado para incorporar los materiales de investigación (biblioteca física o virtual).

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 08
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ El personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos ni virtuales, debido a que no contamos con una infraestructura para implementación de una biblioteca.

  Responsables:

  Lic. Paula Zamora Ruiz

- **Respecto al Macroproceso 13: Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento**

- ✓ Algunos de los servicios de apoyo al tratamiento disponen de normas y guías de procedimientos según la directiva vigente, pero no están oficializados, están en revisión en OPE.
- ✓ Los servicios que no han actualizados sus MAPROs son el Serv. Psicología y Servicio Social, estos documentos son del año 2011.
- ✓ No todos los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad.
- ✓ No se evalúan indicadores de calidad en los servicios de apoyo al diagnóstico, en función de las necesidades de los pacientes.
- ✓ El servicio de Farmacia no cuenta con un programa de control de garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.
- ✓ No se cuenta con documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio.
- ✓ Se evidencia que el 50% del personal de anatomía patológica realizó capacitaciones de manera particular.
- ✓ No se cuantifica con documentación de las medidas correctivas respecto a las reacciones adversas derivadas de atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.

  Responsables:

  Sr. Cesar Ortiz Díaz

- **Respecto al Macroproceso 14: Admisión y Alta**

- ✓ Cuentan con un cuaderno de actas donde registran las reuniones para identificar los problemas detectados de los registros médicos, (Folio 231 – fecha 07.10.22); sin embargo, no se cuenta con un informe de análisis de estos casos.
- ✓ No cuenta con cuaderno de ocurrencias en donde identifican las necesidades de atención por parte del personal de admisión.

JEFATURA

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 07
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ No se cuenta con encuestas oficiales al usuario externo sobre la información brindada por el personal de admisión.
- ✓ Desde hace dos años no se ha realizado el Tiempo de Espera del usuario en admisión.
- ✓ Está en proceso el informe de control de calidad de HC.
- ✓ No se emiten informes mensuales en físico de las estancias hospitalarias prolongadas

Responsables:

Lic. Gladis Requejo Vásquez

- **Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos**

- ✓ No cuenta con RD que aprueba el manual de buenas prácticas de almacenamiento. No cuenta con informe de implementación de recomendaciones. No cuenta con lista de chequeo
- ✓ El almacén de Farmacia cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento.
- ✓ Existe el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos pero no está actualizado.
- ✓ No se cuenta con informes de evaluación del cumplimiento de las normas de prescripción.
- ✓ No se cuenta con informes de evaluación de cumplimiento de las normas de dispensación.
- ✓ No existe evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores de dispensación de medicamentos.
- ✓ No existe documento oficial que registra el mecanismo de información al paciente al momento de la dispensación.
- ✓ No existe evidencia documentaria del registro de los errores de prescripción.
- ✓ No se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real ye es el esperado.
- ✓ No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas.
- ✓ No se ha realizado la capacitación del personal de farmacia acerca d ellos procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos

Responsables:

Lic. Gladis Requejo Vásquez

JEFATURA

- **Respecto al Macroproceso 17: Gestión de la Información**

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 06
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ No se cuenta con plan de adquisición que incorpore todas las necesidades de equipamiento del sistema de información.
- ✓ No se realiza un monitoreo de la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.
- ✓ No se cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
- ✓ No se cuenta con registro de reuniones de análisis de información entre servicios.
- ✓ No se cuenta con evidencia documentaria sobre las percepciones del usuario interno respecto a la información

Responsables:

Lic. Paula Zamora Ruiz

- **Respecto al Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización**

- ✓ El Serv. Esterilización cuenta con un Registro Manual de Pérdidas y deterioros de cama y ropa, pero no tiene Informe de dicho control.
- ✓ Se observa que menos del 60% del personal que realiza recolección y lavado de ropa está debidamente protegido según normas de salud ocupacional.
- ✓ No se cuenta con un Manual para el tratamiento de ropa contaminada aprobado con RD. El personal lo realiza en forma empírica. El personal no conoce ningún manual para el tratamiento del manejo de ropa contaminada.
- ✓ El Serv. Lavandería no tiene ningún registro de quejas de los servicios que entrega la ropa, por lo que no se puede cuantificar las quejas y reclamos de este Servicio.
- ✓ Se verifica que el personal conoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama pero no lo realiza como debe ser.
- ✓ El Establecimiento de Salud cuenta con Manual de Residuos Sólidos y Manual de Salud Ocupacional.
- ✓ Se observa que entre el 60% y 90% del personal de limpieza se encuentra debidamente protegido según las normas de salud.
- ✓ El personal conoce de forma parcial los procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios. Se verifica su implementación parcial. Cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos.

Responsables:

Sr. Cesar Ortiz Díaz

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA

- **Respecto al Macroproceso 20: Nutrición y Dietética**

✓ El Servicio de Nutrición no cuenta con manual de procedimiento actualizado.

✓ El servicio de Nutrición elaboró su MAPRO de acuerdo a la normativa vigente, remitieron para su revisión y aprobación a la Oficina de Planeamiento Estratégico mediante el Memorándum N° 157/09-JSN-HCLLH-2021.

✓ Está pendiente elaborar el cronograma de actividades de información al usuario sobre requerimientos nutricionales. Se sugiere implementar material de información nutricional (dípticos, cartilla, etc.)

✓ No se cuenta con un Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.

✓ No exige un registro de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos

Responsables:

Lic. Paula Zamora Ruiz

- **Respecto al Macroproceso N° 21: Gestión de Insumos y Materiales**

✓ No tiene Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales que establezcan las medidas de protección. Se evidencia una infraestructura inadecuada para el Almacén.

✓ Se cuenta con un documento oficial que registra los procedimientos para el control de consumos y materiales, pero no se evalúa su aplicación.

✓ El cuadro de necesidades es la base para desarrollar el Plan Anual de Adquisiciones, mismo que se modifica en el transcurso del año.

✓ Los servicios hacen su requerimiento mediante este aplicativo (SIGA)

✓ No hay evidencia del porcentaje de entrega de insumos y materiales

Responsables:

Lic. Gladis Requejo Vásquez

- **Respecto al Macroproceso 22: Equipos e Infraestructura**

✓ Se cuenta con el Plan Multianual de Mantenimiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación Trimestral.

✓ Se cuenta con Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH, aprobado con Resolución Directoral; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación del Plan de Reemplazo y mantenimiento preventivo de Equipos

MINISTERIO DE SALUD
FOLIO
N° 04
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

- ✓ La Oficina de Planeamiento Estratégico fue acreditada para realizar proyectos de inversión, hasta el mes de octubre contaba con un personal capacitado para realizar proyectos de inversión, sin embargo, renunció. Es necesario contar con otro personal capacitado.
- ✓ No se cuenta con evidencia documentaria de capacitación en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.
- ✓ No cuenta con Manual de Procedimientos, en donde se verifique sus procesos: adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS.
- ✓ Cuenta con un sistema de inventario electrónico de equipos biomédico, pero no tiene documento oficial.
- ✓ No cuentan con informe de inventario.
- ✓ No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias
- ✓ No cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
- ✓ No cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica)
- ✓ Cuenta con las fichas de Orden de trabajo de mantenimiento de equipos del área biomédica, pero no presentan el informe de las solicitudes atendidas.
- ✓ Cuentan con las fichas de Orden de trabajo (OTM) diario ante el llamado de mantenimiento preventivo o recuperativo de equipos e infraestructura, pero no cuantifican el porcentaje de soluciones oportunas (total de solicitudes recibidas y las que tuvieron respuesta)

Responsables:

Sr. Cesar Ortiz Díaz

VI.- CONCLUSIONES

a) No existe un Plan de Intervención para la promoción de una política institucional de mejoramiento continuo en la calidad de atención
b) No se consigna actividades de levantamiento de observaciones con el fin de mejorar el puntaje de cada criterio evaluado
c) No se conforman equipos de trabajo y de apoyo a las Unidades Orgánicas, con el propósito de colaborar conjuntamente en la elaboración de documentos de gestión

JEFATURA

VII. RECOMENDACIONES

1.- Al Director Ejecutivo

a) Institucionalizar el plan de intervención para fomentar una política institucional de mejoramiento continuo en la calidad de atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

b) Desarrollar actividades relacionadas a mejorar el puntaje en cada criterio evaluado de cada macroproceso, tomando como horizonte el 70%.

c) Exhortar al Comité de Acreditación y al Comité de Autoevaluadores a monitorizar el Plan de Intervención para continuar con la evaluación externa y lograr la acreditación del Hospital.

2.- A las oficinas administrativas

a) Incorporar en sus planes metas relacionadas al proceso de acreditación del Hospital

b) Facilitar un reconocimiento económico a los integrantes de los equipos de Acreditación, de Autoevaluación y Equipo Técnico de la Unidad de Gestion de la Calidad, quienes desarrollan labores adicionales a sus funciones durante todo el año, con el fin de fortalecer su participación y compromiso en el proceso de Acreditación

3.- A los Departamentos y Servicios asistenciales

a) Exhortar al personal de cada Servicio hospitalario, a fin de brindar facilidades y participar activamente en la implementación de actividades de autoevaluación

b) Realizar procesos de sensibilización y difusión de las actividades del Plan de Intervención durante el año 2023

VIII. MATRIZ DE INDICADORES

La Unidad de Gestion de la Calidad considera que se debe fortalecer el proceso de Autoevaluación, con el fin de continuar con el proceso de Evaluación Externa y posteriormente conseguir la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por consiguiente se ha incluido como estrategia de trabajo el monitoreo de un indicador cuyo objetivo es alcanzar el 70% en todos y cada uno de los macroprocesos evaluados, así mismo determinar responsables del monitoreo de la evaluación de los macroprocesos y brindar apoyo técnico y asesoría, constituido por el Equipo Técnico de la Unidad de Gestion de la Calidad, como se detalla en las siguientes tablas:

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN UGC	OBJETIVO DEL PLAN DE INTERVENCION	INDICADOR				
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA BASE 2022	VALOR ESPERADO 2023	RESPONSABLES
Implementar el Sistema de Gestion de la Calidad y Fortalecer la calidad de la atención y mejora continua de los procesos misionales y operativos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, con el fin de brindar una atención con calidad y calidez, en el periodo 2023	Alcanzar un puntaje satisfactorio en los criterios evaluados por cada macroproceso, con el fin de continuar con el proceso de evaluación externa y lograr la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Porcentaje del puntaje del proceso de autoevaluación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Puntaje alcanzado x 100 Puntaje para autoevaluación	61 %	70 %	Dr. Hernán Solís Verde Sr. Cesar Ortiz Díaz Lic. Gladis Requejo Vásquez Dr. Hairo De Dios Solís Lic. Paula Zamora Ruiz

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE INTERVENCION POR MACROPROCESO

MACROPROCESO	TECNICA	FUENTE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JU	RESPONSABLE
N° 01	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hernán Solís Verde Dr. Hairo Dedios Solís Lic. Paula Zamora Ruiz
N° 02	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Sr. Víctor Silva Espinoza
N° 03	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Sr. Cesar Ortiz Díaz Sr. Víctor Silva Espinoza
N° 04	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hairo Dedios Solís
N° 05	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hernán Solís Verde
N° 06	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hairo Dedios Solís Sr. Cesar Ortiz Díaz
N° 07	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hairo Dedios Solís
N° 08	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hernán Solís Verde
N° 09	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hernán Solís Verde
N° 10	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hernán Solís Verde
N° 11	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Dr. Hairo Dedios Solís
N° 12	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Paula Zamora Ruiz
N° 13	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Sr. Cesar Ortiz Díaz
N° 14	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Gladis Requejo Vásquez
N° 16	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Gladis Requejo Vásquez
N° 17	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Paula Zamora Ruiz
N° 18	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Sr. Cesar Ortiz Díaz
N° 20	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Paula Zamora Ruiz
N° 21	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Lic. Gladis Requejo Vásquez
N° 22	Revisión	Documento	X	X	X	X	X	X	Sr. Cesar Ortiz Díaz