



OFICIO N° 371-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA

Señor:

Méd. Pedro Casiano Rodas Alejos  
Director Ejecutivo  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

**ASUNTO** : Remisión de Informe del Servicio Relacionado – Seguimiento de las Acciones para la Implementación de Recomendaciones de los Operativos de Control Simultáneo-Periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 2019.

**REFERENCIA** : a) Resolución de Contraloría n.º 546-2018-CG, de 31 de diciembre del 2018, que aprueba los Lineamientos de política para el planeamiento del control gubernamental a cargo del Sistema Nacional de Control: periodo 2019-2021 y la Directiva n.º 013-2018-CG/GPL- "Directiva programación, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Control 2019 de los Órganos de Control Institucional".  
b) Plan Anual de Control 2019, aprobada por Resolución de Contraloría n.º 057-2019-CG, de 14 de febrero de 2019.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo y a la vez comunicarle, con relación los lineamientos del documento de la referencia a), a fin de remitirle a su despacho el **informe resultante del Servicio Relacionado n.º 02-9040-2019-008 Seguimiento de las Acciones para la Implementación de Recomendaciones de los Operativos de Control Simultáneo**, correspondiente al I Semestre del periodo 2019, programado en el documento de la referencia b), mediante el cual se aprueba el Plan Anual de Control 2019 del Órgano de Control Institucional del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En tal sentido, se recomienda tenga a bien disponer a quien corresponda la implementación de las recomendaciones contenidas en el precitado informe y remitir a este Órgano de Control Institucional la documentación que corrobore tal situación.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

C.P.C. Luis Pepe Callañaupa Escobar  
JEFE DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL (e)

**Adjunto**

Informe del Servicio Relacionado n.º 2-9040-2019-008 (Folios -13)

LPCE/  
C. c.  
Archivo  
PP/TT

OFICIO N° 371-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA

*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"*  
*"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"*

Dirección: Blondell S/N Teléfono (051) 052-583730 - anexo 208  
Tacna -Perú



REGIÓN  
**TACNA**  
*Juntos por el desarrollo*

HOSPITAL  
**HIPÓLITO  
UNANUE**

**ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA**

**INFORME RESULTANTE DEL  
SERVICIO RELACIONADO N.º 2-9040-2019-008**

**“SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA  
IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LOS  
OPERATIVOS DE CONTROL SIMULTÁNEO”**



**PERÍODO: 1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2019**

**TACNA-PERÚ**

**2019**

*“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad”*

**“SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LOS OPERATIVOS DE CONTROL SIMULTÁNEO”**

**ÍNDICE**

PÁGINA

|  |    |
|--|----|
| <b>I. INTRODUCCIÓN:</b>  |    |
| 1. Origen del Servicio Relacionado   | 1  |
| 2. Objetivo del Servicio Relacionado   | 1  |
| 3. Alcance del Servicio Relacionado  | 1  |
| 4. Antecedentes y base legal de la entidad   | 1  |
| 5. Misión  | 2  |
| 6. Visión  | 2  |
| 7. Base Legal  | 2  |
| <br>   |    |
| <b>II. DESCRIPCIÓN DE ACCIONES DESARROLLADAS POR EL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS</b> |    |
| 1. Acciones Desarrolladas  | 2  |
| 2. Aspectos Relevantes   | 3  |
| 3. Actuación del Responsable del monitoreo de las acciones para el tratamiento de las situaciones adversas   | 4  |
| 4. Del Plan de acción para la Implementación de las Acciones Preventivas y Correctivas respecto a Situaciones Adversas   | 9  |
| <br>   |    |
| <b>III. CONCLUSIONES</b>   | 10 |
| <br>   |    |
| <b>IV. RECOMENDACIONES</b>   | 10 |



**INFORME DEL SERVICIO RELACIONADO N.º 2-9040-2019-008**

**“SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LOS OPERATIVOS DE CONTROL SIMULTÁNEO”**

**PERIODO: ENERO – JUNIO 2019  
(I SEMESTRE DEL AÑO 2019)**

**I. INTRODUCCION**

**1. Origen del Servicio Relacionado**

El presente informe, se emite en atención a la programación del servicio relacionado n.º 2-9040-2019-008 “Seguimiento de las Acciones para la Implementación de Recomendaciones de los Operativos de Control Simultáneo”, de acuerdo a lo previsto en el Plan Anual de Control, para el año 2019, del Órgano de Control Institucional del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, aprobado por Resolución de Contraloría n.º 057-2019-CG, de 14 de febrero de 2019.

Al respecto, con Resolución de Contraloría n.º 115-2019-CG, se aprueba la Directiva n.º 002-2019-CG/NORM “Servicio de Control Simultáneo”. Asimismo, se deja sin efecto la Resolución de Contraloría n.º 432-2016-CG, que aprobó la Directiva n.º 017-2016-CG/DPROCAL “Control Simultáneo”, y su modificatoria y la Resolución de Contraloría n.º 405-2017-CG, que aprobó la Directiva n.º 005-2017-CG/DPROCA, denominada “Control Concurrente para la Reconstrucción con Cambios”; así como las disposiciones que se opongán a lo establecido en la resolución en mención.

**2. Objetivo**

El presente informe tiene como objetivo, presentar los resultados del seguimiento y evaluación de la implementación de las acciones preventivas y correctivas contenidas en el Plan de Acción para los informes de operativos de control simultáneo, ejecutados por la Gerencia Regional de Control Tacna y, comunicados en su oportunidad al Titular de la entidad.

**3. Alcance del Servicio Relacionado**

La evaluación del proceso de implementación de las recomendaciones, comprende el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2019, que corresponde al Primer Semestre del año 2019.

**4. Antecedentes y Base Legal de la Entidad**

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría, siendo inaugurado el 28 de agosto del 1954, iniciando oficialmente sus funciones al servicio de salud el 18 de abril de 1955, mediante Resolución Suprema n.º 103-AS, del 25 de junio de 1955, y es un órgano desconcentrado del Gobierno Regional de Tacna y de la Dirección Regional de Salud de Tacna, ubicado en la provincia, departamento y región de Tacna, categorizado como un Establecimiento II-2. Tiene personería jurídica de derecho público, goza de autonomía política y administrativa en los asuntos de su competencia. Asimismo, tiene como finalidad brindar atención especializada e integral de salud a la población de la Región de Tacna.

Dentro del sistema de salud funciona como único Hospital de referencia para la Dirección de Salud de Tacna.

#### 5. Misión

Somos un Hospital docente asistencial nivel II-2, que brindamos atención especializada e integral de salud y docencia de servicio, a la población de la Región Tacna y los referidos por otras instituciones, con respeto, profesionalismo, calidad, honestidad y responsabilidad.

#### 6. Visión

Ser un Hospital líder de referencia nivel III-1, debidamente acreditado nacional e internacionalmente, brindando atención especializada integral de salud, docencia e investigación al más alto nivel, con personal calificado y equipamiento con tecnología de punta, a la población regional, macro regional e internacional, con calidad, calidez, respeto y eficiencia.

#### 7. Base Legal

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República - Ley n.º 27785.
- Directiva n.º 7-2015-CG/PROCAL "Directiva de los Órganos de Control Institucional", aprobada con Resolución de Contraloría n.º 163-2015-CG", actualizada por Resolución de Contraloría N° 353-2015-CG y modificada mediante Resolución de Contraloría N° 458-2016-CG, de 27 de octubre de 2016.
- Directiva n.º 002-2019-CG/NORM, "Servicio de Control Simultáneo", aprobada con Resolución de Contraloría n.º 115-2019-CG de 28 de marzo de 2019.
- Plan Anual de Control 2019, aprobada por Resolución de Contraloría n.º 057-2019-CG, de 14 de febrero de 2019.

## II. DESCRIPCIÓN DE ACCIONES DESARROLLADAS POR EL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

### 1. Acciones Desarrolladas

Al respecto, la Gerencia Regional de Control Tacna, dentro de sus acciones ha ejecutado y remitido al Titular, los siguientes operativos de control simultáneo:

- Con el Informe de Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad", el 22 de junio de 2018.
- Con Informe de Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención", recepcionado el 6 de junio de 2019.

Con la finalidad de exhortar, al Titular de la entidad, como responsable de adoptar o disponer, las acciones para implementar las recomendaciones que expone los informes de operativos de control simultáneo, en cumplimiento de la Directiva n.º 002-2019-CG/NORM, "Servicio de Control Simultáneo", este Órgano de Control Institucional emitió los siguientes oficios:





- Con Oficio n.º 010-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 7 de enero de 2019, dirigido al Dr. Julio Aguilar Vilca, Director Ejecutivo<sup>1</sup>, se solicitó remitir las acciones preventivas mediante el formato de plan de acción para el tratamiento de riesgos de, visitas de control, acciones simultáneas, visitas preventivas y orientaciones de oficio Periodo 2018.
- Con Oficio n.º 0281-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 21 de mayo de 2019, dirigido al Med. Pedro Casiano Rodas Alejo, Director Ejecutivo, se solicitó remitir las acciones adoptadas o medidas adoptadas por la entidad respecto a los hechos advertidos en el Informe de Visita de Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP " Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Pública del Segundo y Tercer Nivel de Atención - "Por una Salud de Calidad" a la Dirección Ejecutiva del Hospital – Periodo 2018.
- Con Oficio n.º 315-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 11 de junio de 2019, dirigido al Med. Pedro Casiano Rodas Alejo, Director Ejecutivo, se solicitó remitir Plan de Acción para Informe de visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-SVC.
- Con Oficio n.º 318-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 11 de junio de 2019, dirigido al Med. Pedro Casiano Rodas Alejo, Director Ejecutivo, se solicitó remitir las acciones adoptadas para la implementación de recomendaciones del operativo de control simultáneo periodo 2018.

## 2. Aspectos Relevantes

En respuesta al tratamiento de las situaciones adversas, la entidad ha realizado las siguientes acciones:

**Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad"**

- Con Oficio n.º 083-2019-OA-DIREC.EJEC.-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 21 de junio de 2019, el Ing. Com. Darwin Mijael Choque Illacutipa, Jefe de la Oficina de Administración se hace llegar los descargos realizador por las oficinas. (**Situación Adversa 6.2.2, 6.2.7, 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4**)
- Con Informe n.º 081-2019-DPTO.DE FARMACIA-HHUT/DRS.T/G.R.TACNA de 13 de junio de 2019, dirigido al Med. Pedro Rodas Alejos, Director Ejecutivo del HHUT, el Q.F. José Vela Velarde, Jefe del Dpto. de Farmacia del HHUT indica referente al sub stock y sobre stock que; "(...) *de forma permanente se oficia y realizan informes solicitando el cumplimiento de las compras nacionales por parte de CENARES y la demora en la atención y cualquier circunstancia que puede poner en riesgo el flujo de abastecimiento, tanto que pueda generar sub stock o sobre stock, hay que mencionar la demora en la ejecución durante dos años consecutivos en el cumplimiento de CENARES de la Compra Corporativa Nacional afecta el normal desarrollo generando la necesidad de realizar compras locales y solicitar préstamos entre las diferentes instituciones a fin de atender la demanda de pacientes tanto asegurados como no asegurados, por otra parte la falta de PCA (plan de compromisos anual) por parte del Gobierno Regional que no ha permitido durante el 2018 adquirir todos los medicamentos programados y que después en 2019 ingresan remesas atrasadas y las remesas programadas para cada mes generando sobre stock temporal (se adjuntan documentos), la demora en la aprobación del Marco Presupuestal de las transferencias del Seguro Integral*



<sup>1</sup> Concluyendo su designación con Resolución Gerencial General Regional n.º 022-2019-GGR/REG.TACNA, 12 de febrero de 2019.

de Salud (SIS) y la demora en la operatividad del Sistema de Gestión Administrativa (SIGA) a inicios de año genera el atraso en emisión de órdenes de compra (sub stock) y luego al atender las remesas atrasadas se presenta un sobre stock alterando la programación que presenta farmacia a CENARES en cumplimiento de la Compra Corporativa Nacional. (...)"

(Situación Adversa 6.3.1, 6.3.2 y 6.3.3)

- Con Informe n.º 082-2019-DPTO.DE FARMACIA-HHUT/DRS.T/G.R.TACNA de 13 de junio de 2019 dirigido al Med. Pedro Rodas Alejos, Director Ejecutivo del HHUT, el Q.F. José Vela Velarde, Jefe del Dpto. de Farmacia del HHUT; indica que: "(...) el sistema de suministro de medicamentos tiene una serie de variables que pueden generar sobre stock o sub stock como demora en distribución, incumplimiento por parte de proveedores, incumplimiento de proveedores de insumos a los laboratorios que fabrican y venden a Hospitales, retraso en emisión de órdenes de compra, retraso en ejecución de CENARES en los procesos de compra como ya sucedió en los años anteriores, huelgas por toma de carreteras que atrasan entregas, falta de activación de presupuesto entre otras. Sin embargo, el Departamento de Farmacia informa y alerta en forma permanente de los riesgos y demora en la atención por los diferentes factores tal como se informa con Informe: 081 -2019-DPTO.DE FARMACIA-HHUT/DRST/GR.TACNA el cual se presenta a su dependencia para levantamiento de observaciones. (...)" (Situación Adversa 6.3.1, 6.3.2)

Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención"

- Con Oficio n.º 082-2019-OA-DIREC.EJEC.-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA de 21 de junio de 2019, el Ing. Com. Darwin Mijael Choque Illacutipa, Jefe de la Oficina de Administración remite el plan de acción del Informe Visita de Control, "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención"

### 3. Actuación del Responsable del monitoreo del proceso de seguimiento de las acciones para la implementación de recomendaciones:

Al respecto, durante el Periodo 2018, la Gerencia Regional de Control Tacna, ha elaborado el informe del operativo de control simultáneo siguiente:

**Cuadro n.º 1**

**Estado situacional de las recomendaciones de informes de operativo de control simultáneo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna**

| n.º | Informe   | Fecha de recepción | Recomendación   | Estado     |
|-----|---|--------------------|---|------------|
| 1   | Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad" | 22/06/2018         | <b>Recomendación n.º 1:</b><br>Hacer de conocimiento al Titular de la Entidad los riesgos advertidos en el presente informe, como resultado de la visita preventiva efectuada, con la finalidad de que adopte las acciones para el tratamiento de los riesgos que correspondan. | En proceso |

Elaborado por: Órgano de Control Institucional.

Al respecto, el informe de operativo de control simultáneo Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad", cuenta con la **recomendación n.º 1:** Hacer de conocimiento al Titular de la Entidad los riesgos advertidos en el presente informe, como resultado de la visita preventiva efectuada, con la finalidad de que adopte las

acciones para el tratamiento de los riesgos que correspondan. En ese sentido, se procede a detallar el estado de situaciones adversas advertidas, y de acuerdo al reporte del Sistema Control Gubernamental-SCG WEB:

**Cuadro n.º 2**

**Estado situacional de los riesgos advertidos derivados de Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad" en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna – Periodo 2018**

| n.º | Hecho advertido   | Estado     |
|-----|---|------------|
| 1   | 6.1.1 EL HORARIO DE ATENCIÓN Y RELACIÓN DE PACIENTES CITADOS EN LA UPSS CONSULTA EXTERNA NO SE ENCUENTRAN PUBLICADOS, SITUACIÓN QUE GENERA INCERTIDUMBRE, CONGESTIONAMIENTO Y MALESTAR EN LOS PACIENTES, AFECTANDO LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO.                                 | En Proceso |
| 2   | 6.1.2 LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UPSS CONSULTA EXTERNA NO INICIA DE ACUERDO CON EL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO, GENERANDO CONGESTIONAMIENTO, MALESTAR, Y LA AFECTACIÓN A LA CALIDAD DEL SERVICIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO   | En Proceso |
| 3   | 6.1.3 LA CARTERA DE SERVICIOS QUE PRESTA LA UPSS CONSULTA EXTERNA, NO SE ENCUENTRAN PUBLICADOS EN LUGAR VISIBLE AL PÚBLICO, SITUACIÓN QUE DIFICULTA LA IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO APROPIADO PARA EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.   | En Proceso |
| 4   | 6.1.4 LA FALTA DE UTILIZACIÓN DE LOS INDICADORES HOSPITALARIOS EN LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA, GENERA EL RIESGO DE NO CONTAR CON HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS PARA UNA ADECUADA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS   | En Proceso |
| 5   | 6.1.5 AUSENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CONSULTA EXTERNA DURANTE EL INICIO DE HORARIO DE ATENCIÓN, GENERA RIESGO EN LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CALIDAD DEL SERVICIO.  | En Proceso |
| 6   | 6.1.6 FALTA DE AMBIENTES COMPLEMENTARIOS EN LA UPSS CONSULTA EXTERNA, ZONA DE ADMISIÓN Y ZONA ASISTENCIAL, GENERA RIESGOS DE AFECTAR LA CALIDAD DEL SERVICIO A LOS PACIENTES.   | En Proceso |
| 7   | 6.1.7 AMBIENTES DE LA UPSS CONSULTA EXTERNA PRESENTAN HACINAMIENTO E INSTALACIONES ELÉCTRICAS EXPUESTAS E INADECUADAS, GENERAN RIESGOS ELÉCTRICOS Y AFECTACIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN.  | En Proceso |
| 8   | 6.1.8 EQUIPOS E INSTRUMENTALES ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS UBICADOS EN LOS PASADIZOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS, GENERAN EL RIESGO DE AFECTAR EL TRANSITO DEL PERSONAL Y PACIENTES, PUDIENDO OCASIONAR ACCIDENTES Y CAIDAS   | En Proceso |
| 9   | 6.1.9 AMBIENTES DE LA ZONA DE ADMISIÓN E HISTORIAS CLÍNICAS CUENTAN CON EXTINTORES VENCIDOS, LO CUAL REPRESENTA UN RIESGO A LA SEGURIDAD DE LA ENTIDAD, AL NO PODER MITIGAR LAS CONDICIONES DE FUEGO QUE PUDIERAN PRESENTARSE.  | En Proceso |
| 10  | 6.1.10 GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS EN AMBIENTE PRÓXIMO A ZONAS COMPLEMENTARIAS Y ASISTENCIALES DE LA UPSS CONSULTA EXTERNA, E INGRESO PRINCIPAL AL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, GENERA RIESGO DE CONTAMINACIÓN AL PERSONAL Y PÚBLICO.   | En Proceso |
| 11  | 6.2.1. INSUFICIENCIA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LA UPSS EMERGENCIA, GENERA EL RIESGO DE FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA  | En Proceso |
| 12  | 6.2.2 EL SERVICIO DE EMERGENCIA NO CUENTA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE ÁREAS ADMINISTRATIVAS, ASISTENCIAL, DE APOYO AL PERSONAL ASISTENCIAL Y OTRAS AREAS, GENERANDO EL RIESGO DE NO GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS PACIENTES   | Mitigado   |
| 13  | 6.2.3 CARENCIA DE MATERIAL FUNGIBLE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA GENERA EL RIESGO QUE LA ATENCION DE LOS PACIENTES EN SITUACION DE EMERGENCIA NO SE REALICE DE MANERA OPORTUNA Y ADECUADA   | En Proceso |
| 14  | 6.2.4 EL SERVICIO DE EMERGENCIA NO DISPONE DE CONDICIONES ÓPTIMAS EN INGENIERIA HOSPITALARIA, LO QUE GENERA EL RIESGO EN LA ATENCIÓN OPORTUNA AL PACIENTE EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL, AFECTANDO LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE CALIDAD. | En Proceso |
| 15  | 6.2.5 FALTA DE REGISTROS DE INDICADORES DE PROCESOS, EFICIENCIA, CALIDAD Y DE DOCUMENTOS DE GESTIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA, PONE EN RIESGO  | En Proceso |



| n.º | Hecho advertido   | Estado       |
|-----|---|--------------|
|     | EL ADECUADO CONTROL DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICO - ASISTENCIALES QUE SE DESARROLLAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  |              |
| 16  | 6.2.6 AUSENCIA DE PERSONAL MÉDICO Y TÉCNICO DE ENFERMERÍA DURANTE EL TURNO DE GUARDIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, GENERA RIESGO EN LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LOS PACIENTES QUE ACUDEN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA.  | En Proceso   |
| 17  | 6.2.7 EL SERVICIO DE EMERGENCIA NO CUENTA CON UN COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA EL SÍNDROME DE GUILLIAN BARRÉ, GENERANDO EL RIESGO QUE NO EXISTA UN PLAN DE CONTINGENCIA DE RESPUESTA EN CASO DE PRESENTARSE PACIENTES CON DICHA ENFERMEDAD.  | Mitigado     |
| 18  | 6.2.8 CARENCIA DE MATERIAL FUNGIBLE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA GENERA EL RIESGO QUE NO SE REALICE UNA ADECUADA Y OPORTUNA ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA.  | En Proceso   |
| 19  | 6.3.1 MEDICAMENTOS CON Saldos de sub stock y/o desabastecidos en el servicio de farmacia, incluidos medicamentos requeridos para funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE), representan la situación crítica del abastecimiento de medicamentos, generando riesgo de no prestar una atención oportuna a los ciudadanos con medicamentos necesarios para prevenir, promover, conservar o reestablecer su salud. | No Aplicable |
| 20  | 6.3.2 Medicamentos con saldos de sobre stock en el área de farmacia, incluidos medicamentos requeridos en las funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE), pone en riesgo el vencimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos sanitarios y productos sanitarios.   | No Aplicable |
| 21  | 6.3.3 Falta de certificación en buenas prácticas del departamento de farmacia, genera el riesgo que se afecten las operaciones de almacenamiento, respecto a la calidad, eficacia, seguridad y funcionalidad de los mismos  | En Proceso   |
| 22  | 6.3.4 El personal de la UPSS farmacia no cuenta con vestimenta adecuada e implementos de seguridad, pone en riesgo la oportunidad de atención en los procesos de servicio de farmacia y la salud del personal que labora en el almacén del servicio de farmacia.  | Mitigado     |
| 23  | 6.3.5 Almacén especializado de medicamentos se encuentra próximo a la morque y a la lavandería, genera riesgo de afectar la salud del personal que labora en el servicio de farmacia.   | En Proceso   |
| 24  | 6.3.6 El ambiente del almacén especializado de medicamentos presenta en el techo tuberías descubiertas de vapor, agua, desagüe, electricidad y otros, situación que genera el riesgo de afectar las condiciones de almacenamiento, eficacia terapéutica de los medicamentos y seguridad del personal que labora en dicha área   | En Proceso   |
| 25  | 6.4.1 La UPSS Patología Clínica no cuenta con profesionales de la salud y personal administrativo requeridos por la norma técnica, situación que pone en riesgo la calidad de la atención.  | En Proceso   |
| 26  | 6.4.2 El servicio de Patología Clínica no utiliza los indicadores de calidad y de gestión establecidos en la norma técnica de salud, situación que genera riesgo en la calidad de atención y su gestión.  | En Proceso   |
| 27  | 6.4.3 La UPSS Patología Clínica no cuenta con los documentos y/o instrumentos de gestión requeridos por la norma técnica, lo que genera el riesgo de incurrir en una inadecuada gestión del servicio.   | En Proceso   |
| 28  | 6.4.4 La UPSS Patología Clínica no realiza la totalidad de pruebas inmunológicas, hematológicas, bioquímicas y microbiológicas que corresponden a un hospital de categoría II-2, por falta de personal y reactivos, situación que afectaría la oportunidad en el diagnóstico de los pacientes que requieren pruebas de laboratorio.   | En Proceso   |
| 29  | 6.4.5 UPSS Patología Clínica no cuenta con la totalidad de equipamiento mínimo para un hospital de categoría II ¿ 2, requerido en la norma técnica de salud, situación que afectaría la oportunidad de atención a los pacientes.  | En Proceso   |
| 30  | 6.4.6 La UPSS de Patología Clínica no cuenta con los ambientes de trabajo requeridos en la norma técnica de salud, situación que pone en riesgo la calidad del servicio al paciente.  | En Proceso   |
| 31  | 6.4.7 La UPSS de Patología Clínica no está diseñada para lograr eficiencia en su operación, situación que genera el riesgo de falta de comodidad de sus ocupantes y que pacientes, empleados y visitantes no estén protegidos a peligros reconocidos.   | En Proceso   |



| n.º | Hecho advertido   | Estado     |
|-----|---|------------|
| 32  | 6.4.8 INADECUADAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LA UPSS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, GENERAN RIESGO ELÉCTRICO.   | En Proceso |
| 33  | 6.5.1. FALTA DE SALA DE RADIOLOGÍA DIGITAL DE EMERGENCIA Y EQUIPO DE RAYOS X ESTACIONARIO DIGITAL GENERA RIESGO EN LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES, AFECTANDO LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA.   | En Proceso |
| 34  | 6.5.2. FALTA DE SALA DE RADIOLOGÍA DIGITAL ESPECIALIZADA Y EQUIPO DE RAYOS X ESTACIONARIO DIGITAL CON FLUOROSCOPIA GENERA RIESGO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES, SITUACIÓN QUE AFECTA LA CALIDAD DEL SERVICIO.   | En Proceso |
| 35  | 6.5.3. FALTA DE SALA DE ECOGRAFÍA ESPECIALIZADA Y EQUIPOS REQUERIDOS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD GENERA RIESGO EN LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES, SITUACION QUE AFECTA LA CALIDAD DEL SERVICIO.  | En Proceso |
| 36  | 6.5.4. FALTA DE CONDICIONES DE CLIMATIZACIÓN EN LAS SALAS DE ECOGRAFÍA GENERAL Y DE EMERGENCIA, GENERA RIESGOS EN EL ESTADO DE OPERATIVIDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS   | En Proceso |
| 37  | 6.5.5. LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES NO CUENTA CON LA TOTALIDAD DE AMBIENTES COMPLEMENTARIOS ESTABLECIDOS POR NORMA TÉCNICA DE SALUD Y LOS AMBIENTES DE RADIOLOGIA PRESENTAN HACINAMIENTO, AFECTANDO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES   | En Proceso |
| 38  | 6.5.6. LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES NO CUENTA CON LICENCIA DE OPERACIÓN O AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE LA OTAN, ASIMISMO, NO CUENTAN CON LA LICENCIA INDIVIDUAL DE FÍSICO MÉDICO, SITUACIÓN QUE GENERA RIESGO EN LA BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL Y PACIENTES.   | En Proceso |
| 39  | 6.5.7. AMBIENTES DE LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, QUE CUENTAN CON EQUIPOS DE RADIOLOGÍA DE ALTO VOLTAJE, CUENTAN CON EXTINTORES VENCIDOS, LO CUAL REPRESENTA UN RIESGO A LA SEGURIDAD DE LA ENTIDAD, AL NO PODER MITIGAR LAS CONDICIONES DE FUEGO QUE PUDIERAN PRESENTARSE.                                 | En Proceso |
| 40  | 6.5.8. EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2017, PARA LOS EQUIPOS DE LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES NO FUE EJECUTADO, GENERANDO EL RIESGO DE DETERIORO DE LA CONSERVACIÓN E INCREMENTO DE INOPERATIVIDAD DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, SITUACIÓN QUE AFECTARÍA LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. | En Proceso |
| 41  | 6.5.9. SALA DE ECOGRAFÍA GENERAL Y SALA DE MAMOGRAFÍA, PRESENTA INSTALACIONES ELECTRICAS EXPUESTAS Y EN MAL ESTADO, GENERAN RIESGOS ELECTRICOS Y AFECTACIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN.   | En Proceso |

Fuente: Oficios emitidos por el OCI, Documentos recibidos por la Oficina de Administración y registro del Sistema de Control Gubernamental Web.  
Elaborado por: Órgano de Control Institucional.

Asimismo, durante el Periodo 2019, la Gerencia Regional de Control Tacna, ha elaborado el operativo de control simultáneo, Informe de Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención", identificándose diez (10) situaciones adversas siendo una de ellas la falta de implementación de acciones preventivas y correctivas en torno a riesgos comunicados en el informe de visita preventiva realizada en el año 2018. En el siguiente cuadro se procede a detallar el estado de las acciones establecida en Plan de Acción:

**Cuadro n.º 3**

**Estado situacional de los riesgos advertidos derivados de informes de operativo de control simultáneo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-Periodo 2019**

| Informe   | Fecha Recep. | n.º Situación Adversa | Situación Adversa   | Estado de Acción |
|---|--------------|-----------------------|---|------------------|
| Informe de Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención" | 06/06/2019   | 01                    | FALTA DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS EN TORNO A RIESGOS COMUNICADOS EN EL INFORME DE VISITA PREVENTIVA REALIZADA EN EL AÑO 2018, AFECTA LA ATENCIÓN DE PACIENTES Y LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES.   | Pendiente        |
|   |              | 02                    | INSUFICIENTE MANEJO DE INSTRUMENTOS DE VALUACIÓN DE ACTIVIDADES RESPECTO A LA GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, CENTRO QUIRÚRGICO Y AYUDA A DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, NO PERMITE CONTAR CON INFORMACIÓN PARA EFECTUAR LA PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS ASISTENCIALES, PARA EL USO RACIONAL DE LOS RECURSOS Y EL CUMPLIMIENTO DE RESULTADOS. | Pendiente        |
|   |              | 03                    | INSUFICIENTE MANEJO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES RESPECTO A LA GESTIÓN DE EMERGENCIA, NO PERMITE CONTAR CON INFORMACIÓN PARA EFECTUAR LA PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, PARA EL USO RACIONAL DE LOS RECURSOS Y EL CUMPLIMIENTO DE RESULTADOS.   | Pendiente        |
|   |              | 04                    | CARENCIA DE LICENCIA DE OPERATIVIDAD Y CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, ASÍ COMO LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, PONE EN RIESGO LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA ADECUADA CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS.   | Pendiente        |
|   |              | 05                    | FALTA DE PERSONAL MÉDICO Y DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, RESPECTO A LO REGULADO POR LA NORMATIVA DE SALUD, AFECTA LA PRESTACIÓN OPORTUNA Y ADECUADA EN DICHO SERVICIO.  | Pendiente        |
|   |              | 06                    | INCUMPLIMIENTOS DE REGULACIÓN SOBRE INFRAESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA AFECTA LA ATENCIÓN OPORTUNA Y ADECUADA DE LOS PACIENTES.   | Pendiente        |
|   |              | 07                    | AMBIENTE ASIGNADO AL ALMACÉN GENERAL DE MEDICAMENTOS PRESENTA EN EL TECHO TUBERÍAS DESCUBIERTAS DE AGUA, DESAGÜE Y VAPOR, PONIENDO EN RIESGO LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.  | Pendiente        |
|   |              | 08                    | EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HOSPITALARIA DE FARMACIA, NO CUENTA CON UNA COPIA DE RESPALDO, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.   | Pendiente        |
|   |              | 09                    | COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS REALIZADAS POR OTROS DEPARTAMENTOS Y NO REPORTADOS A FARMACIA, AFECTA EL CONTROL DE LA GESTIÓN INSUMOS MÉDICOS Y EL USO EFICIENTE DE LOS MISMOS.  | Pendiente        |
|   |              | 10                    | EL ALMACÉN GENERAL DEL HOSPITAL PRESENTA FILTRACIONES DE AGUA POR TUBERÍAS EXPUESTA EN EL TECHO, GENERANDO EL RIESGO DE DETERIORO O PÉRDIDA DE LOS ALIMENTOS, MATERIALES DE ASEO Y ÚTILES DE ESCRITORIO ALMACENADOS.  | Pendiente        |

Fuente: Oficios emitidos por el OCI, Documentos recibidos por la Oficina de Administración y registro del Sistema de Control Gubernamental Web.

Elaborado por: Órgano de Control Institucional.



4. Del Plan de Acción para la Implementación de las Acciones Preventivas y Correctivas respecto a Situaciones Adversas

El Titular de la entidad es responsable designar al servidor(es) quien(es), elaboran un Plan de Acción para la implementación de las acciones preventivas y correctivas respecto de las situaciones adversas identificadas y comunicadas en el informe producto de alguna de las modalidades del Control Simultáneo. El plazo máximo para la implementación del Plan de Acción es de tres (3) meses.<sup>2</sup>

Es preciso mencionar que, el titular de la entidad o responsable de la dependencia, debe informar al OCI<sup>3</sup> de forma trimestral y acumulativa, respecto de los avances en la implementación de las acciones preventivas o correctivas incluidas en los diversos planes de acción de la entidad o dependencia.

III. CONCLUSIONES

1. La Gerencia Regional de Control Tacna, ha elaborado durante el periodo 2018, el informe de operativo, Visita Preventiva n.º 505-2018-CG/GRTA-VP- "Operativo de Visita Preventiva a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de Atención- Por una Salud de Calidad", del cual, este Órgano de Control Institucional tiene a cargo su seguimiento, evaluación y registro de las acciones para la implementación de su recomendación; sin embargo como muestra cuadro n.º1, aún no se ha implementado la totalidad de situaciones adversas, lo cual ha sido observado en la en Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de Emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención", realizada en el presente periodo.
2. Durante el primer semestre del periodo 2019, se ha remitido al OCI, el Plan de Acción para la Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención", el cual ha establecido como último plazo el 24 de setiembre de 2019.

IV. RECOMENDACIONES

AL DIRECTOR EJECUTIVO:

1. Disponga que el responsable, remita las acciones necesarias para la implementación de situaciones adversas que se encuentran en estado "**En Proceso**", derivadas del informe del operativo de control simultáneo, advertidos por la Gerencia Regional de Control Tacna durante el Periodo 2018. (Conclusión n.º 1)

<sup>2</sup> Según señala sub numeral 6.3.9. Implementación, Seguimiento y Evaluación de Acciones respecto a los resultados de los Informes de Control Simultáneo de la Directiva n.º 002-2019-CG/NORM, "Servicio de Control Simultáneo", aprobada con Resolución de Contraloría n.º 115-2019-CG.

<sup>3</sup> El OCI procede a evaluar, en caso corresponda, la información y documentación recibida como sustento de las mencionadas acciones preventivas y correctivas adoptadas o por adoptar, y registra el estado de su implementación en el aplicativo informático de la Contraloría, asignando alguno de los estados siguientes:

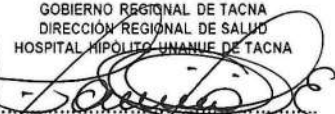
- **Implementada:** Cuando la entidad o dependencia ha cumplido con realizar la acción preventiva o correctiva conforme al Plan de Acción.
- **No Implementada:** Cuando la entidad o dependencia no ha cumplido con realizar la acción preventiva o correctiva incluida en el Plan de Acción, y la oportunidad para su realización ha culminado definitivamente.
- **En proceso:** Cuando la entidad o dependencia ha tomado medidas y aún no ha culminado con la implementación de la acción preventiva o correctiva incluida en el Plan de Acción.
- **Pendiente:** Cuando la entidad o dependencia aún no ha iniciado la implementación de la acción preventiva o correctiva incluida en el Plan de Acción.
- **No aplicable:** Cuando la acción preventiva o correctiva incluida en el Plan de Acción, no puede ser ejecutada por factores sobrevinientes y no atribuibles a la entidad o dependencia, debidamente sustentados, que imposibilitan su implementación.
- **Desestimada:** Cuando la entidad o dependencia decide no adoptar acciones frente a la situación adversa comunicada, asumiendo las consecuencias de dicha decisión.

2. Disponga que el responsable, cumpla con los plazos establecidos en el Plan de Acción para la Visita de Control n.º 1137-2019-CG/GRTA-VC Vista de Control "A la gestión sanitaria y atención de emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención", para su implementación oportuna, y evitar el vencimiento de los plazos señalados, en cumplimiento a las disposiciones contenidas por ende en la Directiva n.º 002-2019-CG/NORM "Servicio de Control Simultáneo", aprobada por Resolución de Contraloría n.º 115-2019-CG, de 28 de marzo de 2019. se cumpla con implementar los planes de acción en su oportunidad. (Conclusión n.º 2)

Tacna, junio de 2019



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

  
C.P.C. Luis Pepe Callañaupa Escobar  
JEFE DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL (e)