

OFICIO N° 100-2019-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 julio al 31 diciembre 2018.

REFERENCIA : a) Resolución de Contraloría n.° 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.° 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. ° 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.°02-9040-2019-008 Seguimiento de las Acciones para la Implementación de Recomendaciones de los Operativos de Control Simultáneo**, correspondiente al II semestre del periodo 2018, 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.°2-9040-2019-008 (Folios -12)

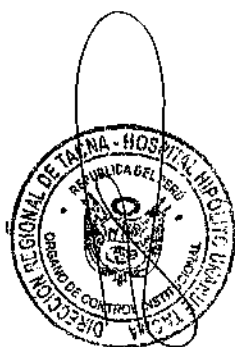
LPCE/  
C. c.  
Archivo  
PP/TT

OFICIO N° 100-2019-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA

**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 JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018**

**TACNA-PERÚ**

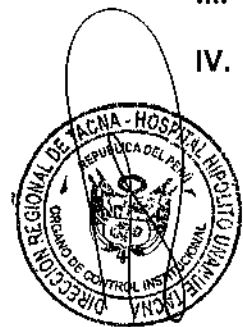
**2019**

**“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	3
2. Objetivo del Servicio Relacionado	3
3. Alcance del Servicio Relacionado	3
4. Antecedentes y base legal de la entidad	3
5. Misión	3
6. Visión	4
7. Base Legal	4
<b>II. DESCRIPCIÓN DE ACCIONES DESARROLLADAS POR EL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES</b>	
1. Acciones Desarrolladas	4
2. Aspectos Relevantes	5
3. Actuación del Responsable del monitoreo del proceso e implementación y seguimiento a las recomendaciones	6
4. Del Plan de acción para la implementación de la recomendaciones de los informes de auditoría	11
<b>III. CONCLUSIONES</b>	<b>12</b>
<b>IV. RECOMENDACIONES</b>	<b>12</b>



**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: JULIO-DICIEMBRE 2018  
(II SEMESTRE DEL AÑO 2018)**

**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.

**2. Objetivo**

El presente informe tiene como objetivo, presentar los resultados del seguimiento de las acciones para implementar las recomendaciones, orientadas al tratamiento de los riesgos identificados en 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 01 de julio al 31 de diciembre de 2018, que corresponde al Segundo Semestre del año 2018.

**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° 017-2016-CG/DPROCAL "Control Simultáneo", aprobada por R.C. 432-2016-CG, publicada el 4 de octubre de 2016 y modificada R.C. N° 066-2018-CG, publicada el 28 de febrero de 2018.
- 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 DE LAS ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES

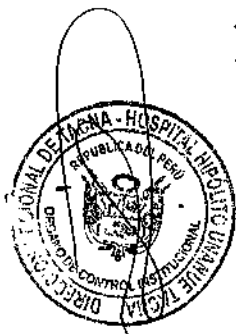
### 1. Acciones Desarrolladas

Al respecto, la Gerencia Regional de Control Tacna, ha ejecutado el operativo de control simultáneo, el cual ha sido remitido al Titular, 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 la finalidad de exhortar, al Titular de la entidad, como responsable de adoptar o disponer, las acciones para implementar las recomendaciones que expone el informe de operativo de control simultáneo, en cumplimiento de la Directiva n° 017-2016-CG/DPROCAL "Control Simultáneo", este Órgano de Control Institucional emitió los siguientes oficios:

- Con oficio n.º 330-2018-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 25 de junio de 2018, dirigido al Dr. Julio Aguilar Vilca, Ex Director Ejecutivo<sup>1</sup>, se recomienda valorar los riesgos y disponer las acciones preventivas pertinentes.
- Con oficio n.º 364-2018-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 12 de julio de 2018, dirigido al Dr. Julio Aguilar Vilca, Ex Director Ejecutivo, se reitera informe las acciones o medidas preventivas para mitigar los riesgos comentados.

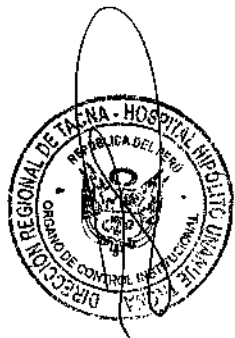
<sup>1</sup> Concluyendo su designación con Resolución Gerencial General Regional n.º 022-2019-GGR/REG.TACNA, 12 de febrero de 2019.



## 2. Aspectos Relevantes

En respuesta al tratamiento de los riesgos advertidos, la entidad ha realizado las siguientes acciones:

- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 409-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido a la Sra. Cedina Olando Zegarra, jefa del departamento de consulta externa y hospitalización disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 410-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido a la Ing. Omar Alonso Quispe Vicente, Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 411-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido al Med. Wilbert Catacora Pihuycho, jefe del departamento de Emergencias y Cuidados Críticos disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 412-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido al Q.F. José Vela Velarde, jefe del departamento de farmacia disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 415-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido al Medico Alberto Comejo Comejo, jefe del departamento de laboratorio y patología clínica disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 416-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TANA, de 18 de julio de 2018 dirigido al Medico Gustavo Becerra, jefe del departamento de diagnóstico por Imágenes del HHUT disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.
- El Lic. Adm. Javier Salas Valderrama, jefe de la oficina de administración, curso el Memorando n.º 419-2018-OA-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA, de 18 de julio de 2018 dirigido a la CPC. Melina Florencia Canaviri Murillio, jefa de la Unidad de Logística disponiendo que con carácter de muy urgente cumpla, con implementar las medidas preventivas pertinentes.



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

Al respecto, 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	<u>Recomendación n.º 1:</u> 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

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 los riesgos advertidos, y de acuerdo al reporte del Sistema Control Gubernamental-SCG WEB:

**Cuadro n.º 2**

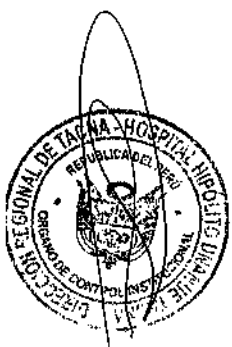
Estado situacional de los riesgos advertidos derivados de informes de operativo de control simultáneo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

n.º	Hecho advertido	Riesgo	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.	Lo expuesto genera el riesgo de congestión, malestar y reclamos por la incertidumbre en la atención médica, afectando la oportunidad y calidad del servicio al ciudadano.	Aceptado
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	Lo expuesto genera el riesgo de congestión, malestar y reclamos por la demora en la atención médica, situación que afectaría la oportunidad y calidad del servicio al ciudadano.	Aceptado
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.	Lo expuesto genera el riesgo de que el usuario de los servicios de salud, tenga dificultad para identificar el servicio apropiado a sus necesidades de salud..	Aceptado
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	Riesgo de no contar con herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios a partir de la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad	Aceptado

n.º	Hecho advertido	Riesgo	Estado
		en los servicios de salud.	
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.	Lo expuesto genera el riesgo de diagnóstico y tratamiento inoportuno y afecta la calidad del servicio a los pacientes, y la imagen del hospital relacionado a la eficiencia en la oferta de servicios.	Aceptado
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.	Que exista la falta de calidad de atención a los pacientes; así como, que se cancele su registro de la IPRESS en SUSALUD y no podrá ofertar servicios de salud al no contar con categorización vigente al 1 de enero de 2019.	
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.	Lo indicado genera riesgo eléctrico y la afectación en la calidad de atención de los pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital.	Aceptado
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	La situación de hacinamiento y congestión de los pasadizos genera riesgo de afectar la transitabilidad del personal y pacientes, pudiendo ocasionar accidentes y caídas durante el desarrollo de las actividades médicas, eventos de emergencia y evacuación.	Aceptado
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.	La situación evidenciada representa un riesgo a la seguridad de las instalaciones de la Entidad, considerando la vulnerabilidad que representa el no contar con dispositivos de mitiguen las condiciones de fuego que pudieran presentarse.	Aceptado
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.	Riesgo de exposición a los pacientes y personal del hospital, a los residuos sólidos biocontaminados y probable contaminación biológica.	Aceptado
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	La situación generaría el riesgo en la adecuada y oportuna de atención de los pacientes en situación de emergencia.	Aceptado
12	6.2.2 EL SERVICIO DE EMERGENCIA NO CUENTA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE ÁREAS ADMINISTRATIVAS, ASISTENCIAL, DE APOYO AL PERSONAL ASISTENCIAL Y OTRAS ÁREAS, GENERANDO EL RIESGO DE NO GARANTIZAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS PACIENTES	La situación descrita genera el riesgo que la entidad no brinde una atención de calidad al paciente que ingresa al Servicio de Emergencia, y para el caso de las áreas de apoyo al personal, se afecte las condiciones para el desempeño óptimo de las labores realizadas por el personal de la UPSS Emergencia.	Aceptado
13	6.2.3 CARENCIA DE MATERIAL FUNGIBLE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA GENERA EL RIESGO QUE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA NO SE REALICE DE MANERA OPORTUNA Y ADECUADA	La situación descrita genera el riesgo que la atención de los pacientes en situación de emergencia no se realice de manera oportuna y adecuada	Aceptado
14	6.2.4 EL SERVICIO DE EMERGENCIA NO DISPONE DE CONDICIONES ÓPTIMAS EN INGENIERIA	Lo indicado genera riesgo en la atención oportuna al paciente en condición de	Aceptado

n.º	Hecho advertido	Riesgo	Estado
	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.	emergencia y la seguridad del personal médico y asistencial, afectando la prestación de un servicio de calidad.	
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 EL ADECUADO CONTROL DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICO - ASISTENCIALES QUE SE DESARROLLAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	La no utilización de indicadores genera el riesgo de no contar con herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios a partir de la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de metas, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud	Aceptado
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.	Genera riesgo en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento especializado a los pacientes en emergencia, que lo requieren.	Aceptado
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.	Lo expuesto genera el riesgo que los profesionales de salud y personal asistencial no aplique un adecuado procedimiento de tratamiento y vigilancia epidemiológica, afectando al personal de salud y asistencial.	Aceptado
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.	La situación descrita genera el riesgo que no se realice la atención de los pacientes en situación de emergencia, de manera oportuna y adecuada, por falta de material fungible.	Aceptado
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.	Que se afecte el derecho de los ciudadanos de obtener oportunamente, medicamentos necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud. - Que no se cumplan las Funciones Obstétricas y Neonatales correspondientes a la categoría del hospital, afectando la salud de las gestantes y los recién nacidos.	Aceptado
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.	Que se incremente la probabilidad de vencimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos sanitarios y productos sanitarios, al existir una sobre oferta de dichos productos, en comparación de su demanda.	Aceptado
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 FUNCIONABILIDAD DE LOS MISMOS	Que las operaciones de almacenamiento presenten riesgos en la calidad, eficacia, seguridad y funcionalidad de los mismos.	Aceptado
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	Que se afecte la seguridad y salud del personal que labora en el almacén del Servicio de Farmacia.	Aceptado

n.º	Hecho advertido	Riesgo	Estado
	SALUD DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL ALMACÉN DEL SERVICIO DE FARMACIA.		
23	6.3.5 ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS SE ENCUENTRA PROXIMO A LA MORQUE Y A LA LAVANDERÍA, GENERA RIESGO DE AFECTAR LA SALUD DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE FARMACIA.	Que se afecte la bioseguridad en el almacenamiento de los productos farmacéuticos, debido a los fuertes olores que diariamente expiden las áreas de lavandería y la morgue, situación que afectaría la salud del personal que labora en el Almacén de medicamentos.	Aceptado
24	6.3.6 EL AMBIENTE DEL ALMACÉN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS PRESENTA EN EL TECHO TUBERIAS DESCUBIERTAS DE VAPOR, AGUA, DESAGUE, 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 AREA	La falta de protección de los conductos de vapor, agua y desagüe en el techo del Almacén Especializado de Medicamentos, pone en riesgo las condiciones de almacenamiento y eficacia terapéutica de los productos farmacéuticos, dispositivos y medicamentos, ante la posibilidad de ocurrencia de un sismo o evento adverso.	Aceptado
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.	La situación descrita genera riesgo de afectar la calidad de la atención en la UPSS Patología Clínica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.	Aceptado
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.	La no utilización de los indicadores de calidad y gestión en la UPSS de patología clínica, genera el riesgo de no contar con herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios a partir de la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud.	Aceptado
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.	La carencia de algunos documentos de gestión en la UPSS de patología clínica, genera el riesgo de incurrir en una inadecuada gestión del servicio.	Aceptado
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.	Que exista falta de oportunidad en el diagnóstico de los pacientes que requieren las pruebas de laboratorio.	Aceptado
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.	Que se afecte la oportunidad de atención a los pacientes, y calidad del servicio, lo que irrogaría en complicaciones y sobrecostos.	Aceptado
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.	Lo expuesto genera el riesgo de afectar el aseguramiento de la calidad en el procesamiento de muestras en la UPS Patología Clínica.	Aceptado



n.º	Hecho advertido	Riesgo	Estado
31	6.4.7 LA UPSS DE PATOLOGÍA CLÍNICA NO ESTA 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 ESTEN PROTEGIDOS A PELIGROS RECONOCIDOS.	Lo expuesto genera el riesgo en la seguridad de los procesos que se desarrollan en la UPSS Patología Clínica.	Aceptado
32	6.4.8 INADECUADAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS EN LA UPSS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, GENERAN RIESGO ELÉCTRICO.	Lo indicado genera riesgo eléctrico y la afectación en la calidad de atención de los pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital.	Aceptado
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.	Que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) a los pacientes en situación de emergencia que requieran estudios radiológicos.	Aceptado
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.	Que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) a los pacientes en situación de emergencia que requieran estudios de imágenes especializadas.	Aceptado
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, SITUACIÓN QUE AFECTA LA CALIDAD DEL SERVICIO.	Que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) de los pacientes que requieren estudios de Ecografía especializada.	Aceptado
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	Que se afecte el estado de funcionamiento y preservación de los equipos del servicio de ecografía, debido a la falta de control de la temperatura (temperatura baja) de la sala.	Aceptado
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 RADIOLOGÍA PRESENTAN HACINAMIENTO, AFECTANDO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES	Que exista falta de calidad en la atención de los pacientes por falta de ambientes, y la generación de hacinamiento y condiciones inadecuadas en la operatividad y desarrollo de las actividades, por la falta de almacén provisional de equipos.	Aceptado
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.	Que se afecte la bioseguridad de los pacientes, personal de salud y trabajadores del hospital.	Aceptado
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.	La situación evidenciada representa un riesgo a la seguridad de las instalaciones de la Entidad, considerando la vulnerabilidad que representa el no contar con dispositivos de mitiguen las condiciones de fuego que pudieran presentarse.	Aceptado
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	Que exista riesgo de deterioro en la conservación e incremento de inoperatividad del equipamiento médico, y se afecte la calidad del servicio al paciente.	Aceptado

n.º	Hecho advertido	Riesgo	Estado
	EQUIPOS BIOMÉDICOS, SITUACIÓN QUE AFECTARÍA LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.		
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.	Lo indicado genera riesgo eléctrico y la afectación en la calidad de atención de los pacientes que acuden al Hospital.	Aceptado

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 el tratamiento de los riesgos advertidos resultantes de los informes de control simultáneo

##### "(...) 7.5. Seguimiento y evaluación de los resultados del servicio de control simultáneo<sup>2</sup>

- a) *El titular de la entidad y los funcionarios que este designe, son responsables de adoptar las acciones para el tratamiento de los riesgos y las acciones para implementar las recomendaciones que se exponen en el informe, en la forma y plazos siguientes:*
- i. *En un plazo máximo de veinte días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de recibido el informe por la entidad, el Titular o funcionario designado debe emitir al OCI, la información y documentación que de manera objetiva y concreta acredite las acciones que adoptó o adoptará para el tratamiento de los riesgos, así como las acciones para implementar las recomendaciones. Para dicho fin utiliza el formato del Plan de Acción del Anexo N° 1 y 2º, según corresponda, de la presente Directiva.*
  - ii. *Independientemente del plazo establecido en el acápite i), la entidad debe remitir al OCI o a la Contraloría, la información y documentación que sea requerida por dichas órganos de control, en la forma y plazos que establezcan.*
  - iii. *El Titular de la entidad debe cautelar que las acciones para el tratamiento de los riesgos y acciones orientadas a implementar las recomendaciones, se adopten antes del vencimiento del plazo establecido en el literal c) subsiguiente; sin perjuicio de las acciones administrativas que en el marco de las competencias funcionales de la entidad, corresponda adoptar frente al incumplimiento del referido plazo."*

Al respecto, el OCI remitió al Dr. Julio Aguilar Vilca, Ex Director Ejecutivo de la entidad, los siguientes documentos detallados en el cuadro n.º 3.

**Cuadro n.º 3**  
**Oficios remitidos por el OCI al Titular de la Entidad**

Íte m	Oficio n.º	Fecha de oficio	Dirigido a Director Ejecutivo	Fecha de Recepción
1	Oficio n.º 330-2018-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA	25/06/2018	Dr. Julio Aguilar Vilca <sup>3</sup>	25/06/2018
2	Oficio n.º 364-2018-OCI-HHUT-DRSS.T/GOB.REG.TACNA	12/07/2018	Dr. Julio Aguilar Vilca	12/07/2018

Fuente: Oficios emitidos por el OCI -Período 2018  
Elaborado por: Órgano de Control Institucional.

<sup>2</sup> Directiva N° 017-2016-CG/DPROCAL "Control Simultáneo", aprobada por R.C. 432-2016-CG, publicada el 04 de octubre 2016, modificada R.C. N° 066-2018-CG, publicada el 28 de febrero de 2018.

<sup>3</sup> Concluyendo su designación con Resolución Gerencial General Regional n.º 022-2019-GGR/REG.TACNA, 12 de febrero de 2019.

### 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, la cual se muestra en estado "**En proceso**", lo cual significa que las acciones adoptadas por el funcionario están en proceso de implementación.
2. Durante el segundo semestre del periodo 2018, no se ha remitido al OCI, el **Formato Plan de Acción del Anexo n.º 02**, el cual debe contener la información y documentación que de manera objetiva y concreta acredite las acciones que adoptó o adoptará para la implementación de recomendaciones, lo cual genera un retraso en el cumplimiento del Servicio de Control Relacionado, cuya finalidad es presentar los resultados de la verificación y seguimiento hasta la **implementación** de la recomendación.

### IV. RECOMENDACIONES

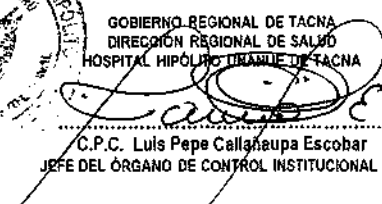
#### AL DIRECTOR EJECUTIVO:

1. Disponga a quien corresponda, las acciones necesarias para la implementación de la recomendación que se encuentran en estado "**En Proceso**", derivadas del informe del operativo de control simultáneo, advertidos por la Gerencia Regional de Control Tacna. (Conclusión n.º 1)
2. Disponga a quien corresponda, cumpla con emitir en su oportunidad, el **Formato Plan de Acción del Anexo n.º 02**, que acredite implementación de la recomendación y cumplir con las disposiciones contenidas en la Directiva n.º 017-2016-CG/DPROCAL "Control Simultáneo", aprobada por R.C. 432-2016-CG, publicada el 4 de octubre de 2016 y modificada R.C. n.º 066-2018-CG, publicada el 28 de febrero de 2018. (Conclusión n.º 2)

Tacna, enero de 2018



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)