

Resolución Directoral

Lima, 21 de Marzo de 2018

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 024205-2017, que contiene el proyecto del Documento Técnico: Plan de Acción en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2017, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece 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, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud 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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se 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, a través de Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Acción en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2017", tiene como objetivo general, mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y Oficinas del Hospital Nacional "Dos de Mayo", a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el Proceso de Autoevaluación 2017;

Que, mediante Memorándum N° 85-2018-OGC-HNDM, de fecha 27 de febrero del 2018, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el referido proyecto del Documento Técnico a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a efectos que emita su opinión técnica al respecto;

Que, en atención al Informe N° 011-2018-ETPP-MBS-OEPE-HNDM, de fecha 27 de febrero del 2018, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva



de Planeamiento Estratégico, emite el Informe N° 289-OEPE-EP-N°291-HNDM, de fecha 02 de marzo del 2018, a través del cual emite su opinión técnica favorable respecto al presupuesto institucional que involucra dicho Plan;

Estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: **PLAN DE ACCIÓN EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN 2017**, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; el que en setenta y tres (73) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, como unidad orgánica competente, realizar la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y ejecución del presente plan.

Artículo 3°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

DR. ROSARIO DEL VALLE RIVERA CARMOTO
Directora General (c)
C.M.P. 25960 R.N.E. 12181

RDMKO/CECQ/OCRO/GLDF/RPA/JEVT/dlpa

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Of. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - O. Gestión de la Calidad.
 - O. Asesoría Jurídica.
 - O. Estadística e Informática.
 - O. de Control Interno.
 - Archivo.



PERÚ Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

**Documento Técnico:
PLAN DE ACCIÓN EN BASE A LOS
RESULTADOS OBTENIDOS EN LA
AUTOEVALUACIÓN 2017**

Hospital Nacional "Dos de Mayo"



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2018

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.	2
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVO.	3
IV. AMBITO Y ALCANCE	3
V. BASE LEGAL.	4
VI. CONTENIDO.	5
VII. RESPONSABILIDADES.	6
VIII. PRESUPUESTO	7
IX. ANEXOS.	7



Documento Técnico:
PLAN DE ACCIÓN EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS
EN LA AUTOEVALUACIÓN 2017

I. INTRODUCCION:

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios;

Esto ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad. En este sentido se ha planteado la utilización de estándares de calidad y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como una metodología de evaluación externa, periódica, basada 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 la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.

La fase inicial obligatoria de la Acreditación es la Autoevaluación. En la Autoevaluación se conforma un equipo de evaluadores internos, quienes, previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo se ha llevado a cabo el proceso de Autoevaluación del año 2017, obteniéndose un puntaje final de 67%.

En el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2017 se han anexado las Hojas de Recomendaciones para los 342 criterios, los cuales 153 criterios obtuvieron puntajes 0 y 1 durante el proceso de Autoevaluación, recomendaciones que se tomarán en actividades a fin mejorar los procesos que se ejecutan en nuestro Hospital.



II. FINALIDAD:

Mejorar la calidad de atención que se brinda en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" e incrementar la satisfacción del usuario externo e interno.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y Oficinas del Hospital Nacional "Dos de Mayo", a través de la Implementación de las Recomendaciones generadas en el Proceso de Autoevaluación 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Incrementar el porcentaje del cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2018.
2. Fortalecer la monitorización y supervisión de los procesos.

IV. ÁMBITO Y ALCANCE:

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional Dos de Mayo.

V. BASE LEGAL:

- ✓ Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- ✓ Ley N° 27815 - "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud)
- ✓ Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. PEAS
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial. N° 862-2015/MINSA, aprueba la NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- ✓ Resolución Ministerial N° 860-2014/MINSA, que aprueban Norma Técnica de Salud "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención"
- ✓ Resolución Ministerial. N° 665-2013/MINSA, aprueba la NTS N° 103-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética".



- ✓ Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSP-V.02: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial. N°546-2011/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- ✓ Resolución Ministerial. N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- ✓ Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA, aprueba la NTS N° 089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de salud para la Atención Anestesiológica"
- ✓ Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- ✓ Resolución Ministerial. N° 845-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 060-MINSA/DGSP. V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis".
- ✓ 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"
- ✓ Resolución Ministerial N° 1213-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 104-MINSA/DGSP V.01: "Directiva Administrativa para el Funcionamiento de Departamentos / Servicios de Oncología / Unidades Oncológicas dedicadas al manejo integral del Cáncer en Hospitales del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba NTS N° 046-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
- ✓ Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- ✓ Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores".
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006-/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- ✓ Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS 040-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- ✓ Resolución Ministerial. N° 143-2006-MINSA que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente



- ✓ Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 031-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- ✓ Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
- ✓ Resolución Directoral N° 0017-2017/D/HNDM que aprueba el Listado de Evaluadores Internos 2017 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- ✓ Resolución Directoral N° 0064-2017/D/HNDM que aprueba el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del HNDM

VI. CONTENIDO:

El Hospital Nacional "Dos de Mayo" ha culminado el proceso de Autoevaluación 2017. Se evaluaron 21 macroprocesos, los cuales le corresponden a nuestro hospital, por tener categoría III-1. Estos 21 macroprocesos, contienen 342 criterios, de los cuales 134 son de Estructura, 167 de Proceso y 41 de resultado.

El puntaje alcanzado fue de: **SESENTA Y SIETE POR CIENTO (67%) NO APROBADO**. Este resultado fue obtenido en función de los datos recogidos por el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Nacional "Dos de Mayo", datos que posteriormente fueron ingresados en el Aplicativo de Acreditación del Ministerio de Salud, haciendo uso del Archivo de Actualización de códigos (actualizado en agosto 2017).

Como resultado de esta Evaluación Interna, se elaboró el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2017, el cual contiene las Recomendaciones a ser implementadas para cada uno de los criterios que obtuvieron puntajes 0 y 1 (153 criterios), dichas recomendaciones se tornarán en actividades en el presente Plan de Mejora.

Se asignarán las actividades por Departamentos y Oficinas, de este modo cada uno de ellos tendrá conocimiento de las acciones de mejora específicas que deberá realizar y documentar, a fin de lograr la Acreditación de nuestro hospital.



ACTIVIDADES A REALIZAR

1. DIFUSIÓN DEL PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN 2017:

La Dirección General realizará la difusión del presente Plan a todos los Departamentos y Oficinas.

2. REMISIÓN DE MATRICES DE ACTIVIDADES:

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la remisión a cada una de las Jefaturas de Departamentos, Oficinas y Comités de las Matrices de actividades correspondientes, con copia a la Dirección General.

3. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA Y GENERACIÓN DE LA EVIDENCIA

Los Departamentos, Oficinas y Comités realizarán las actividades enumeradas en la matriz, a fin de implementar las acciones de mejora de los procesos, necesarios para lograr la Acreditación del HNMD.

4. MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA Y REPORTE DE EVIDENCIAS

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará el monitoreo de las acciones de mejora y generara el reporte para elevarlo a Dirección.

5. ELABORAR E IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION 2018

Los evaluadores internos elaboraran el Plan de Autoevaluación 2018 y lo implementaran. Los resultados de la autoevaluación medirá el impacto de las acciones de mejora del Plan.

6. ELABORAR INFORME FINAL DEL PLAN DE MEJORA DEL HNMD

La Oficina de Gestión de la Calidad elaborará el Informe Final del Plan de Mejora en base a los resultados de la Autoevaluación 2017, previo a la Autoevaluación 2018.

VII. RESPONSABILIDADES:

Los Jefes Departamentos y Oficinas del Hospital Nacional "Dos de Mayo" serán los responsables del cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan.

Los Evaluadores Internos serán los responsables de recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas y documentar sus observaciones.



Los Responsables de los Macroprocesos serán los responsables de llevar adelante el Proceso de Autoevaluación y el acopio de la información según corresponda.

La Dirección General y la Oficina de Gestión de la Calidad son responsables de la supervisión y monitoreo del cumplimiento de lo dispuesto.

VIII. PRESUPUESTO:

Las actividades de implementación de acciones de mejora implican participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS.

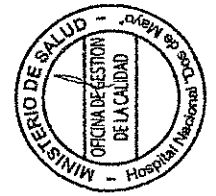
Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requerirán S/. 1100.00 soles.

IX. ANEXOS:



**ANEXO N° 01
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

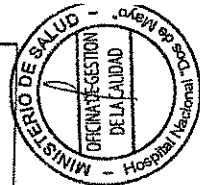
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2018												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
			ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.						
Difusión del Plan de Mejora en Base a los Resultados de la Autoevaluación 2017	Memorándums	1		1											S/. 100,00	Oficina de Gestión de la Calidad
Remisión de Matrices de Actividades	Memorándums	1		1											S/. 300,00	Oficina de Gestión de la Calidad
Implementación de Acciones de Mejora y Generación de la Evidencia	Documentos	3		1	1	1									0	Departamentos, Oficinas y Comités
Monitoreo de la Implementación de Acciones de Mejora y Reporte de Evidencias	Memorándums Y Oficios	3				1	1	1							S/. 100,00	Oficina de Gestión de la Calidad
Elaborar e Implementar el Plan de Autoevaluación 2018	Informe	2		1							1				0	Evaluadores Internos Oficina de Gestión de la Calidad
Elaborar Informe Final del Plan de Mejora del HNDM	Informe	1											1		0	Oficina de Gestión de la Calidad
															S/. 500,00	



ANEXO N° 02

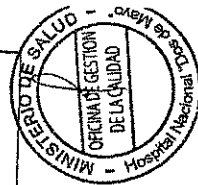
MATRIZ DEL PLAN DE ACCIÓN EN BASE A RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN 2017

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Evaluar e informar los indicadores prenatal (Funciones obstétrica neonatales - MINSA)	Informe	2						1						1	S/. 0	Departamento de Gineco Obstetricia
Elaborar Guías de Práctica Clínica	Guías	8			2			2			2			2	S/. 200,00	Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría, Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Odontostomatología Departamento de Especialidades Médicas, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular,
Elaborar Guías de Procedimientos	Guías	8						2			2			2	S/. 200,00	Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría, Departamento de Enfermería, Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Odontostomatología Departamento de Especialidades Médicas, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico,
Medir la adherencia a Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos en Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa	Informe	4			1			1			1			1	0	Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría, Departamento de Gineco Obstetricia, Departamento de Especialidades Médicas, Departamento de Odontostomatología Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Elaborar Guías de intervención de enfermería	Guías	8			2			2			2			2	S/. 200,00	Departamento de Enfermería



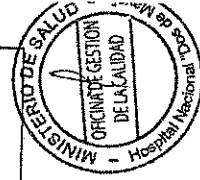
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	PRESUPUESTO												RESPONSABLE		
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
Realizar auditorías de calidad de atención	Informe	4			1			1							1		Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría, Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Odontostomatología Departamento de Especialidades Médicas, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico,
Elaborar e implementar acciones, planes y/o Proyectos de Mejora en Seguridad de Paciente, Tiempo de espera, Auditoría de calidad de atención, Autoevaluación.	Informe	4								1					1		Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría Departamento de Enfermería Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Odontostomatología, Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
Implementar estrategias educativas- comunicacionales para paciente con enfermedades degenerativas. Implementar estrategias educativas- comunicacionales sobre signos de alarma y complicaciones obstétricas para gestantes	Informe	4								1					1		Departamento de Cirugía, Departamento de Medicina, Departamento de Pediatría Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Odontostomatología Departamento de Especialidades Médicas, Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos,
Elaborar e implementar el manual de medidas de protección al trabajador y prevención y atención de riesgos relativos al tipo de trabajo que realizan	Manual	1													1		Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental Comité de Seguridad para el Trabajo



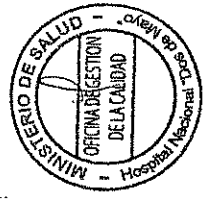
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Elaborar e implementar el programa de capacitación para el personal según el PDP en todas las áreas (Bioseguridad, procesos de mejoramiento continuo de la calidad, procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos, deberes y derechos de los usuarios, elaboración de proyectos de inversión, actividades de la gestión de la información, actividades en el área de admisión del establecimiento, atención de triaje	Persona capacitada	200			20			60			60			60	Costos programados en actividades en el PDP	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
Verificar que el personal del área médica en entrenamiento trabaje bajo supervisión de los profesionales de la salud	Reporte	4			1			1			1			1	0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
Actualizar Manuales relacionados en: Desinfección y Esterilización Hospitalaria, Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad	Manual	2											2		Costos programados en actividades de la diferentes UPSS	Departamento de Enfermería - Servicio Central de Esterilización, Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
Elaborar el mapa de riesgo e implementar programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosivos e incendios.	Mapa de riesgos	1											1		Costos programados en actividades de la diferentes UPSS	Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental Comité de Seguridad para el Trabajo Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres.
	Programa preventivo	1											1			



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

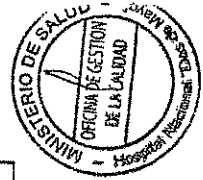
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE																
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	PRESUPUESTO				
Implementar medidas para prevenir Infecciones Intrahospitalarias	Informe	4			1			1										Costos programados en actividades de la OESA	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Elaborar Manual de Seguridad para el Manejo de medicamentos e insumos	Manual	1													1			Costos programados en actividades del DF	Departamento de Farmacia
Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de equipos	Informe	4			1				1									Costos programados en actividades de la OGTH	Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria
Medición de clima laboral	Informe	1														1		Costos programados en actividades de la OP	Oficina de Personal
Medir la satisfacción del usuario	Informe	2														1		Costos programados en actividades de la OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
Las actividades del Plan de Acción implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán S/. 1100.00																			



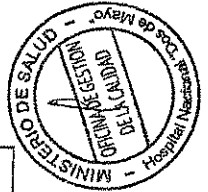
ANEXO N° 03

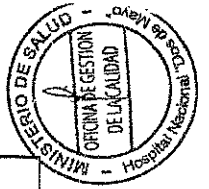
MATRIZ DEL PLAN DE ACCIÓN EN BASE A RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN 2017 POR MACROPROCESO

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
<p>Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar el recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales</p> <p>CRITERIOS EN "0"</p> <p>Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)</p>						
GRH1-4	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. 0: No analizan 1: Algunos analizan 2: Todos analizan.	Estándares de productividad individual establecidos por la institución Informes de los análisis de productividad individual	El Hospital no tiene un documento oficial que señale los estándares de productividad. Tampoco se ha determinado que unidad debe consolidar la productividad individual	<ol style="list-style-type: none"> Ratificar o nombrar nueva Comisión encargada de diseñar los Estándares e Indicadores Hospitalarios. Dar un plazo para que emita su Informe y documento técnico antes del próximo ejercicio fiscal (2018). Elaborar una Directiva que señale la obligatoriedad de que las unidades orgánicas realicen el análisis de la productividad individual y remitan sus informes mensualmente a la Dirección General o la Dirección Adjunta, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Personal y la Oficina de Estadística e Informática. 	Departamentos Oficinas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH2-2	<p>El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.</p>	<p>Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.</p> <p>0: Sólo identifican; 1: identifican y proponen; 2: identifican, proponen y participan en las decisiones.</p>	<p>Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos</p> <p>Informe de propuestas a: área respectiva</p>	<p>Se han conformado equipos de mejora enfocados en ocho (8) macroprocesos del listado de autoevaluación y de nueve (9) áreas específicas. Presentan evidencia del trabajo del Equipo de Mejora de Gestión de Recursos Humanos (actas, notas informativas).// La resolución que aprueba estos Equipos de Mejora no especifica que éstos se encuentren autorizados a analizar, proponer y tomar decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. Sin embargo, cabe señalar que en el Equipo de Mejora de la Oficina de Personal se ha identificado como Problemas de Repercusión Transversal Institucional los siguientes: Ausentismo, Reclutamiento, Comunicación, Retención de Personal, Clima organizacional, Resolución de Conflictos, Negociación Colectiva, facultades a los jefes inmediatos.</p>	<p>1. Las diferentes unidades orgánicas deben desarrollar mensualmente reuniones administrativas en las que se analice la situación de su respectiva unidad (problemática, oportunidades de mejora, etc.), evalúen el desempeño global e individual y propongan medidas a tomar para superar o mejorar su desempeño. Esas reuniones administrativas deben quedar registradas en actas y mensual o trimestralmente deben ser comunicadas a su Jefe inmediato.</p> <p>2. Los Jefes de Departamento y Oficina deben participar y supervisar dichas reuniones y solicitar los Informes y Actas que se emitan en su área.</p> <p>3. La Oficina de Estadística e Informática debe registrar e informar mensualmente el desempeño individual de los trabajadores, en las áreas asistenciales, inicialmente; y remitirlas mensualmente a sus respectivas Jefaturas, para que sean difundidas y analizadas en sus reuniones administrativas</p> <p>4. El Equipo de Gestión de la institución debe recabar la información de todas las áreas y unidades orgánicas para conocer las propuestas y tomar las decisiones más adecuadas para la institución.</p>	<p>Departamentos Oficinas.</p>



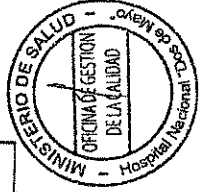


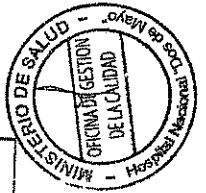
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
GRH1-1	<p>El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recursos humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.</p>	<p>El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.</p> <p>0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2: Cumple con lo establecido.</p>	<p>MOF aprobado con RD Reglamento del proceso de selección del personal según norma vigente</p>	<p>Los documentos de gestión aprobados por RD de la Oficina de Personal (MOF y MAPRO) tienen más 6 años de antigüedad. Considerando que se han dado muchas nuevas disposiciones específicas del ámbito de acción de las Oficinas de Gestión de Recursos Humanos, es necesario alinearse a la nueva normatividad. Por ejemplo a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 238-2014-SERVIR-PE que aprueba la Directiva N° 002-2014-SERVIR/GDSRH "Normas para la Gestión del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos en las entidades públicas". Esta norma señala que la Selección de Personal es un proceso perteneciente al subsistema Gestión del Empleo. // Otra nueva norma emitida sobre la Gestión de los Recursos Humanos que debe ser considerada es la Directiva Administrativa N° 228-MINSA/2017/OGRH aprobada en febrero de este año y modificada este mes (por sendas Resoluciones Ministeriales) // Según lo dispuesto en la Directiva N° 001-2013-SERVIR/GDSRH "Normas para la Formulación del Manual de Perfil de Puestos - MPP" (aprobada por la Resolución Ejecutiva de Presidencia N° 161-2013-SERVIR/PE) que entró en vigencia el 02 de enero del 2014, tener las entidades mantienen su vigencia, sin embargo, no pueden ser modificadas, pues sus lineamientos han quedado sin efecto; por tanto las diferentes unidades orgánicas deberán trabajar el Manual de Perfil de Puestos - MPP que reemplazará al MOF.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Continuar la actualización del MAPRO de la Oficina de Personal, incorporar a la base legal lo señalado por la Directiva Administrativa N° 228-MINSA/2017/OGRH. Las unidades orgánicas que a la fecha no hayan actualizado sus Manuales de Procedimientos, deben trabajar coordinadamente con el Equipo de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico para lograr este cometido. La Oficina de Personal es responsable de emitir los lineamientos para el proceso de elaboración del Mapa de Perfil de Puestos (MPP) y de brindar acompañamiento técnico a las diferentes unidades orgánicas en el desarrollo de sus respectivos de perfiles de puesto. Dado que la Directiva N° 001-2013-SERVIR/GDSRH "Normas para la Formulación del Manual de Perfil de Puestos - MPP", establece que a partir del 2 de enero del 2014, los procesos de selección deberán tener los perfiles del MPP como única fuente formal, sería recomendable que se complete la elaboración de los perfiles de puesto que nuestra institución requiere. 	<p>Oficina de Personal</p>



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH1-3	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. 0: Define para algunos puestos y no comunica; 1: Define formalmente para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente.	Manual de Organización y Funciones aprobado Documentación de asignación de funciones después de aprobado el MOF y/o acta de reuniones de difusión del MOF	La Oficina de Personal cuenta con copias de los documentos de asignación de funciones, incluidas en los MOFs aún vigentes. Sin embargo no cubren todos los puestos y funciones de los RRHH de la institución. Ha cumplido con asignar funciones al personal que ha rotado, se ha reasignado o destacado en esta institución.	1. Continuar la elaboración de los Perfiles de Puesto en cada una de las unidades orgánicas, que estén acordes con lo que se está trabajando en el Manual de Operaciones de la institución, para finalmente integrarlos en el Manual de Perfiles de Puesto. 2. Se deben precisar las funciones que cumple todo el personal de la institución.	Departamentos Oficinas
GRH2-1	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. 0: No se organizan 1: Se organizan y no se reúnen. 2: Cumplen con todo lo establecido.	Documentos de conformación de equipos todos los servicios, unidades o procesos. Libro de actas de reuniones	Se han conformado equipos de mejora enfocados en ocho (8) macroprocesos del listado de autoevaluación y de nueve (9) áreas específicas. Sólo muestran evidencia del trabajo del Equipo de Mejora de Gestión de Recursos Humanos (actas, notas informativas).	1. Supervisar que los Equipos de Mejora se reúnan y lleven al día su Libro de Actas. 2. Dar las disposiciones pertinentes para que el tiempo dedicado a esta labor esté comprendido dentro de la jornada laboral. 3. Elaborar Directiva o Norma que estipule que unidad orgánica es responsable de velar por el avance de los Equipos de Mejora, la obligación del Líder de equipo de enviar informes del avance de su grupo de trabajo a la unidad responsable y que unidad es responsable de supervisar a los equipos de mejora.	Departamentos Oficinas

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH3-1	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. 0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos.	Manual de bioseguridad. Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario	Cuenta con el "Manual de Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad" elaborado por el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, Manejo de Antibióticos y Bioseguridad de la institución. Este manual requiere ser actualizado, tanto en las normas legales, como en sus referencias bibliográficas. No cuentan con informes de cumplimiento de medidas de aislamiento; pero hay algunos informes sobre lavado de manos (no precisa grado de cumplimiento) y de uso adecuado de respirador N95 que es bajo: 39%. La pequeña observación del cumplimiento de uso de barreras de bioseguridad sugiere que la adherencia al empleo de los respiradores es muy baja, tal como lo muestra el informe de la Oficina de Epidemiología; en especial entre el personal médico.	1) Actualizar el Documento Técnico: "Manual de Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad" de la institución. 2) Elaborar una norma o directiva que defina las áreas de mayor riesgo de bioseguridad para que sean prioritizadas en la atención de sus insumos. 3) El Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, Manejo de Antibióticos y Bioseguridad debe establecer un mecanismo para supervisar el cumplimiento de las normas de aislamiento y emitir los respectivos informes tal como lo establece la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias" o delegar la elaboración de dichos informes a la Oficina de Epidemiología, que incorporaría en su MAPRO el procedimiento: Supervisión del cumplimiento de las normas de aislamiento. 4) Debe reforzarse la capacitación en Bioseguridad entre el personal asistencial y realizarse supervisiones periódicas para verificar el cumplimiento de las medidas en los ambientes asistenciales, sobre todo los de mayor riesgo de contaminación para el personal y los pacientes. 5) Priorizar la dotación de equipos de protección personal a las áreas de riesgo alto e intermedio de infectocontagiosas.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

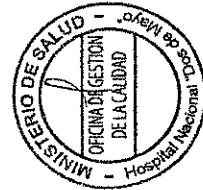


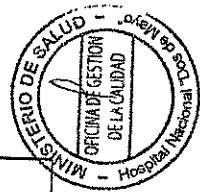


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH4-1 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	Plan anual de capacitación Informe de evaluaciones trimestrales del plan PDP estructurado	El Hospital cuenta con un Plan de Desarrollo de las Personas como lo establece la normativa vigente. // No se realizan informes trimestrales de la ejecución del Plan y su grado de cumplimiento // La información que OACDI ha entregado es inespecífica, comprende todas las actividades de capacitación que se realizan, incluyendo las de los internos de Medicina, los Médicos Residentes, y otras actividades no incluidas en el PDP. // No se identifica la cantidad precisa de personal nombrado y CAS capacitado.	1) El PDP debe enunciar que acciones de las planificadas corresponde a Fortalecimiento de Competencias relacionadas al MAIS 2) Los Informes de evaluación trimestral deben efectuarse obligatoriamente y ser remitidos, bajo responsabilidad a la Oficina de Personal con copia a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico que hace el monitoreo y seguimiento de las actividades. Estos Informes deben detallar la cantidad de personal capacitado, individualizado, por grupo ocupacional y además debe de emitirse una constancia que se añada el legajo de cada trabajador capacitado, asimismo debe constar las capacitaciones autofinanciadas por los propios trabajadores.	Oficina de Personal
GRH4-2	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	Plan Operativo Anual Plan anual de capacitación de los recursos humanos Informe de evaluaciones trimestrales del plan	El PDP del Hospital no especifica que actividades de capacitación corresponden al fortalecimiento de competencias genéricas y específicas. Los Informes trimestrales no se emitieron oportunamente. No se emiten Informe de evaluación trimestral ni semestral. Se remiten cuadros y tablas con las actividades realizadas, sin hacer análisis de lo programado en el PDP.	1. El PDP debe especificar cuáles de las actividades de capacitación corresponden al fortalecimiento de competencias genéricas y específicas. 2. Los Informes de evaluación trimestral del PDP deben emitirse oportunamente y entregarse a la Oficina de Personal con copia a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico que hace el monitoreo y seguimiento de las actividades. Estos Informes deben detallar la cantidad de personal capacitado, individualizado, por grupo ocupacional y régimen laboral. Asimismo, debe de expresarse claramente el grado de cumplimiento de las actividades programadas en el PDP.	Oficina de Personal

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. 0: El personal no ha sido capacitado 1: El personal ha sido capacitado pero el establecimiento no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan anual de capacitación que incluye el tema deberes y derechos de los usuarios externos Herramienta para evaluar comprensión Herramienta para evaluar cumplimiento Informe de capacitación Encuesta de percepción del usuario externo Difusión del manual	El PDP no prioriza la capacitación en deberes y derechos de los usuarios, la programación hubiera tenido, de realizarse, un público objetivo de 300 personas o trabajadores. Considerando que somos 2654 trabajadores entre nombrados y CAS, en el PDP sólo se programó capacitar en ese tema al 1% de la PEA del hospital. // Si no fuera por la actividad realizada durante la XIV Jornada Administrativa donde participaron 387 personas (14%), no hubiera existido capacitación al personal en este tema durante estos tres primeros trimestres // Informan que han diseñado una herramienta (encuesta) para evaluar la opinión por parte del personal en este tema, pero no la han aplicado.	1) Priorizar la capacitación en el tema de deberes y derechos de los usuarios externos y fijarse como meta que al menos el 80% del personal de la institución (asistencial, administrativo contratado, nombrado) la reciba durante el año. 2) Difundir entre todo el personal el "Manual de Derechos del Paciente del Hospital Nacional Dos de Mayo" aprobado por la RD N° 0161-2013/DHNDM 3) Elaborar las herramientas que permitan evaluar la comprensión y el cumplimiento de los trabajadores en aspectos relativos a este documento (en sus cuatro dimensiones: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados). Aplicarlas a muestras significativas del personal.	Oficina de Personal Oficina de Comunicaciones.

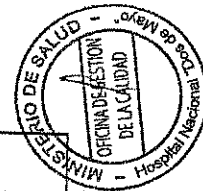




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales						
CRITERIOS EN "1"						
GCA1-2	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 0: No cuenta con personal; 1: El personal que ejecuta estos procesos no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.	Proyectos de mejora implementados Constancias de capacitación	No se evidencia capacitación del personal que va implementar los procesos de mejora continua	Elaborar constancias de la capacitación recibida para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad	Oficina de Gestión de la Calidad
GCA1-3	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo que cumplen actividades según planificación. 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no cumplen actividades según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento oficial de conformación de los equipos de mejoramiento continuo Actas de reuniones de las actividades de los equipos de mejora continua Informes de avance de los proyectos de mejora continua	Cuenta pero no cumplen actividades según lo planificado.	Elaborar un plan de actividades para el próximo año.	Departamentos Oficinas
GCA1-4	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. 0: No se cuenta; 1: Se cuenta para procesos asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados	No cuenta con listado actualizado de procedimientos asistenciales y administrativos priorizados	Elaborar listado de procedimientos asistenciales y administrativos priorizados para establecer ciclos de mejoramiento continuo de la calidad	Departamentos Oficinas

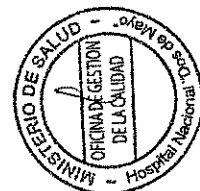
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

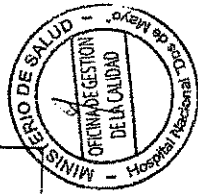
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GCA2-5	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. 0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para superarlas 2: Cumple con todo lo establecido.	Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar.	Se ha identificado las barreras de acceso de los usuarios, pero no se implementan aun el 100% de acciones.	Realizar identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar.	Departamentos
GCA2-6	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. 0: No se ha desarrollado; 1: Se ha desarrollado menos del 50% de acciones identificadas; 2: Se ha desarrollado más del 50% de lo identificado.	Informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas	Existe informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas	Elaborar Informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas en más del 80%	Departamentos Oficinas Oficina de Comunicaciones
GCA2-8	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	El establecimiento tiene Fluxogramas de atención general, por servicios y señalización. 0: No tiene fluxograma ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Fluxogramas oficiales general, por servicio. Elementos de señalización.	No cuenta con Fluxograma oficial de atención en todos los servicios y señalización.	Elaborar Fluxogramas oficiales de atención para todos los servicios, especialmente en las áreas de hospitalización y mejorar la señalización.	Departamentos Oficinas Oficina de Comunicaciones
GCA3-1	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. 0: No evalúa 1: Evalúa anualmente; 2: Cumple lo establecido	Informe oficial de la evaluación de la satisfacción del usuario interno en forma semestral	Existe informe oficial de la evaluación de satisfacción del usuario externo anual	Elaborar informes semestrales de la satisfacción del usuario externo e interno	Oficina de Gestión de la Calidad



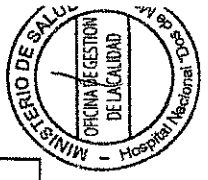
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GCA3-7	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	Documento que define metas de trabajadores satisfechos en su centro laboral. Informe de Encuestas de Clima Organizacional	Informe de reporte oficial de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y el resultado es menor a lo esperado	Medir porcentaje de trabajadores satisfechos en su centro laboral	Oficina de Gestión de la Calidad
GCA3-8	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. 0: No mantiene ninguno; 1: Mantiene pero no como producto de la implementación de los proyectos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados Proyectos de mejora implementados Informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora	No cuenta con Proyectos de Mejora implementados	Implementar Proyectos de Mejora	Departamentos Oficinas

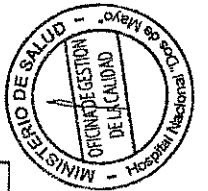




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones						
CRITERIOS EN "0"						
MRA1-3	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. 0: No realiza reuniones 1: Se dan reuniones, las documenta pero no propone mecanismos para disminuir su ocurrencia; 2: Cumple con todo lo establecido.	Actas de reuniones de análisis de gestión de riesgos en la atención Informe con propuestas para la disminución de riesgos de la atención	No existe sistema de gestión de riesgos de la atención salvo algunas actividades aisladas de discusiones de casos de eventos adversos por servicio	Sistematizar el manejo de riesgos de la atención	Departamentos
MRA1-11	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización 0: No se implementa 1: Se implementa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que contiene la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejos de riesgo de la atención. Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno	La Oficina de Calidad realizará una encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente la cual se encuentra en proceso de análisis.	Resultados de la encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente.	Departamentos Asistenciales
MRA2-8	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas 0: No se evalúa; 1: Se evalúa pero no según lo indicado o no se aplican las medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo	El Departamento de Enfermería debe elaborar la guía de procedimientos de enfermería de evaluación de riesgo de aspiración	El Departamento de Enfermería elaborará la guía de procedimientos de enfermería de evaluación de riesgo de aspiración	Departamento de Enfermería



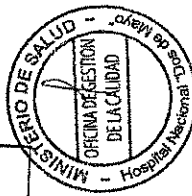
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA6-3	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados 0: No se cumple procedimientos; 1: Se cumplen procedimientos parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido.	Documento de procedimiento para la descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)	Se ha tercerizado el servicio	Realizar supervisiones trimestrales del buen manejo de la descontaminación de la ropa	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-7	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios. 0: Se implementan programas para menos del 50% de los riesgos según mapa; 1: Se implementan para el 50% y 80% de riesgos y/o procedimientos parcialmente; 2: Se implementan para más del 80% de riesgos.	Documento que contiene la identificación de riesgos Programas preventivos en base a identificación de riesgos Informe de evaluación de la implementación de los programas	Realizar la identificación de riesgos para crear programas preventivos e implementarlos.	Realizar la identificación de riesgos para crear programas preventivos e implementarlos.	Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Oficina de Personal Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
MRA8-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSa	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. 0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.	Documentos de coordinación y/o fotografías	No cumple con lo establecido	Coordinar con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA8-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSa	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. 0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.	Documentos de coordinación y/o fotografías	No cumple con lo establecido	Coordinar con el Gobierno local para informar y capacitar a la población.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA8-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSa	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. 0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.	Documentos de coordinación y/o evidencias (fotografías; etc.) Informe de capacitaciones realizadas a la comunidad	No cumple con lo establecido	Coordinar con el Gobierno local para informar y capacitar a la población.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
CRITERIOS EN "4"						
MRA1-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud ha definido responsables por los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta 0: No los tiene definidos; 1: Tiene definidos pero no realiza acciones o no las documenta; 2: Cumple con lo establecido.	Documento de designación de responsables por servicios/áreas para el manejo de riesgos Informes de acciones realizadas para el manejo de riesgos	Tiene definidos, pero no se realiza acciones o no las documenta	Elaborar informes de actividades realizadas	Departamentos Oficinas
MRA1-5	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas 0: No realiza; 1: Se realiza pero no de acuerdo a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido.	Tres últimos informes de análisis de efectividad de la atención materna. Indicadores de calidad materno neonatal.	El Departamento de Gineco-Obstetricia debe revisar los indicadores de la efectividad de la atención materna	El Departamento de Gineco-Obstetricia documentara los indicadores de la efectividad de la atención materna	Departamento de Gineco-Obstetricia

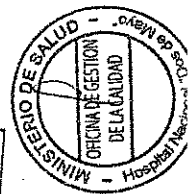
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA1-8	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. 0: No tiene definido o tiene definido para algunos procedimientos; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido.	Documento que contiene el Mapa Global de procesos o fluxograma del consentimiento informado. Resultados de entrevista a diez pacientes informados sobre consentimiento informado	Implementar el proceso de consentimiento informado en las Historias Clínicas deberán tener el consentimiento informado de Docencia	Implementar el proceso de consentimiento informado institucional en los pacientes hospitalizado para adultos y en las Historias Clínicas deberán tener el consentimiento informado de Docencia	Departamentos
MRA1-9	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo. 0: No se cuenta; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.	Formato/s de consentimiento informado	Implementar el proceso de consentimiento informado institucional y consentimiento informado de Docencia	Implementar el proceso de consentimiento informado institucional y consentimiento informado de Docencia	Departamentos Asistenciales
MRA2-3	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía 0: No se indican 1: Se indican, pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con todo.	Manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos Documento que contiene las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos	Se evaluó la Sala El Carmen y al Servicio de Obstetricia H-2; observando que el personal de Enfermería y Obstetricia realiza los 5 correctos	Elaborar Manual de Seguridad para el Manejo de medicamentos e insumos	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Farmacia



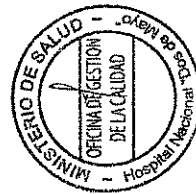
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

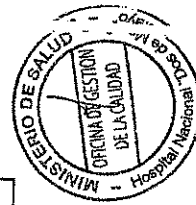
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA2-6	El establecimiento de salud vea por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas 0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de procedimientos en enfermería en pacientes postoperatorios Historias Clínicas de pacientes en riesgo	El Departamento de Enfermería debe implementar la guía de intervención	El Departamento de Enfermería debe implementar la guía de intervención	Departamento de Enfermería
MRA3-1	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres 0: No se emplea 1: NO VALIDO 2: Se cumple con lo establecido.	Documento estableciendo métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres	El Departamento de Enfermería debe elaborar la guía estableciendo métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres	El comité de control y prevención de infecciones asociadas a atención de salud (CCPIAAS) debe ser el que elabore las normas, puede ser con participación del Departamento de Enfermería	Comité de control y prevención de infecciones asociadas a atención de salud (CCPIAAS)
MRA5-1	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. 0: No cuenta 1: Cuenta, pero no aplica o aplica parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con R.D Historias clínicas	El Departamento de Enfermería deberá actualizar la guía de atención en todos los Servicios de Hospitalización	El Departamento de Enfermería deberá actualizar la guía de atención en todos los Servicios de Hospitalización	Departamento de Enfermería
MRA5-2	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. 0: No elabora; 1: Elabora, pero no aplica o no registra; 2: Elabora, aplica y registra.	Plan de intervención de enfermería Historias Clínicas	El Departamento de Enfermería aplicara el Plan de intervención en todos los servicios	El Departamento de Enfermería aplicara el Plan de intervención en todos los servicios	Departamento de Enfermería



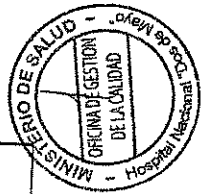
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA5-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal 0: No realiza; 1: A veces realiza según caso de eventos adversos; 2: Siempre realiza según caso de eventos adversos.	Actas de reuniones de análisis de eventos adversos Documento de acciones de mejora.	Todos los Departamentos deberán realizar reuniones de análisis de los incidentes/ eventos adversos ocurridos en los servicios a su cargo, utilizando el instrumento de análisis "Protocolo de Londres"	Todos los Departamentos deberán realizar reuniones de análisis de los incidentes/ eventos adversos ocurridos en los servicios a su cargo, utilizando el instrumento de análisis "Protocolo de Londres"	Departamento de Enfermería
MRA6-8	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral. 0: No cumplen 1: Cumplen con los procesos parcialmente; 2: Cumplen con lo establecido.	Documento de procedimiento de descontaminación de las áreas de riesgo	Cumplir con el procedimiento de descontaminación	Cumplir con el procedimiento de descontaminación.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-9	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	El personal del establecimiento aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. 0: Aplica menos del 50% del personal; 1: Aplica del 50% al 80%; 2: Aplica más del 80%.	Manual de prevención y atención de riesgos	Aplicar el manual de prevención y atención de riesgos	Aplicar el manual de prevención y atención de riesgos	CSST - unidad funcional de seguridad y salud en el trabajo de la oficina de personal

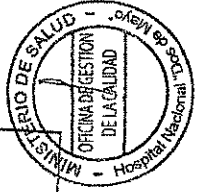




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 6: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna						
CRITERIOS EN "0"						
GSD1-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente	Certificado de Inspección Técnica, vigente	Ausencia de Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil.	Obtener Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil	Dirección Oficina de Servicios Generales y Mantenimientos
GSD1-2	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. 0: Menos del 50% de las obras cumplen con los estándares; 1: Entre el 50 a 80% de las obras cumplen con estándares; 2: Más del 80% de las obras cumplen.	Informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad, en las dos últimas obras (ampliación, rehabilitación y remodelación).	No cuenta con Informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad, en las últimas dos obras.	Elaborar Informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad, en las últimas dos obras. Hacer seguimiento de los documentos enviados para cumplir con el indicador.	Dirección Oficina de Servicios Generales y Mantenimientos
GSD1-5	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. 0: No se ha señalado o se ha señalado parcialmente; 1: Se ha señalado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nítrico, aire comprimido) señalizados	Falta señalar todos los conductos y tuberías peligrosos.	Señalar los conductos y tuberías peligrosos.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimientos

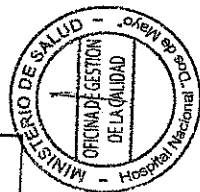


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias						
CRITERIOS EN "0"						
CGP2-6	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Informes de auditoría de la calidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia o Informe de FON. Historias clínicas de pacientes obstétricas y neonatales de emergencia. Guías de práctica clínica para atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.	No evalúa la aplicación de las Guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.	Realizar auditorías de calidad en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales	Departamento de Gineco Obstetricia
CRITERIOS EN "1"						
CGP2-5	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Informes de auditoría de la calidad de atención en emergencia	Se evalúa solo el servicio de cuidados críticos.	Realizar auditorías de calidad en la atención en emergencia.	Oficina de Gestión de la Calidad
CGP2-9	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización. 0: No se realizan; 1: Se realizan auditorías y los procesos de atención no cumplen con los estándares; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.	Informes de auditoría de proceso en las áreas/servicios de atención	Se realizan auditorías de los procesos de atención, pero no en todas las áreas de atención	Realizar auditorías de procesos en las áreas y/o servicios de atención	Oficina de Gestión de la Calidad



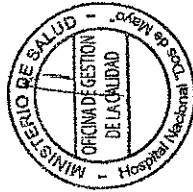
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia						
CRITERIOS EN "0"						
ATA1-4	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. 0: No ha establecido una política; 1: Existe una política pero no se cumplen los resultados esperados; 2: Ha establecido política y se cumplen los resultados esperados.	Documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria Registros o informes de evaluación de demanda insatisfecha de los dos últimos trimestres.	No cuenta con una política para reducir el número de usuarios ambulatoria en los días solicitados. Se elaboró "Directiva para la reducción del Número de Usuarios que no acceden a la Consulta Externa". Tiene Informe de Reclamos - Producción de la PAU II trimestre 2017.	Elaborar un documento oficial que contiene políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados.	Departamento de Consulta Externa
ATA2-4	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. 0: No se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.	Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), de los últimos trimestres.	No se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal.	Cumplir con la evaluación de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal.	Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Consulta Externa
ATA3-2	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. 0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales para uno de ellos; 2: Implementa estrategias educativo-comunicacionales según lo establecido.	Documento oficial que indica estrategias educativo-comunicacionales en informe de actividades educativas comunicacionales desarrolladas Actividades educativas comunicacionales en ejecución.	No se implementan estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. Existen algunas actividades no oficiales.	Implementar estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda, que se encuentren referendadas en documentos oficiales.	Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Consulta Externa
ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO						

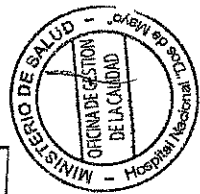
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
ATA1-2	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. 0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensible por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido. El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.	Cartera de servicios publicada Encuesta a usuarios	Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa a través de 5 gigantografías. Falta medir periódicamente la comprensión de los usuarios en relación a la Cartera de Servicios de Consulta Externa y los mensajes relacionados.	Medir anualmente la comprensión de los usuarios en relación a la Cartera de Servicios de Consulta Externa y los mensajes relacionados.	Oficina de Comunicaciones
ATA1-3	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal capacitado 2: Dispone y está a cargo de personal capacitado.	Servicio de triaje Informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación	El establecimiento de salud cuenta con un área de triaje a cargo de un Médico Cirujano que ha ingresado a laborar en agosto 2017. No ha recibido inducción ni capacitación.	Capacitar al personal a cargo del área de triaje. Solicitar actualización de legajo.	Departamento de Consulta Externa
ATA1-5	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. 0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento oficial que define mecanismos de atención preferencial Lista de chequeo de acuerdo a normativa interna.	Se cuenta con Directiva Administrativa N° 005 - 2016-DG/OGC/HNDM-V.01 "Atención preferente a mujeres embarazadas, mujeres y varones acompañados de niñas y/o niños, adultos mayores y personas con discapacidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobada con RD. No todas las áreas de atención han implementado estos mecanismos de atención preferente.	Implementar los mecanismos de atención preferente establecidos en la Directiva Administrativa "Atención preferente a mujeres embarazadas, mujeres y varones acompañados de niñas y/o niños, adultos mayores y personas con discapacidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo", en todas las áreas de atención.	Departamento de Gineco Obstetricia



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATA2-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios 0: No cuenta con mecanismos 1: Tiene mecanismos pero no son operativos; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC. Informes de auditoría de la calidad de registros de la atención. Informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año.	Existen algunos informes no oficiales en el primer trimestre 2017, como mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC.	Elaborar Documento oficial de mecanismos para evaluar el nivel del cumplimiento de GPC.	Departamentos Asistenciales
ATA2-3	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). 0: Menos de 50% del plan de trabajo de las HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.	Informes de auditoría de la calidad de registros de atención de las HC, con adherencia a las GPC.	Se evidenció informe de la auditoría de la calidad de registros de atención de consultorio externo de los servicios de pediatría y cirugía de las historias clínicas con adherencia a las GPC.	Se insiste en realizar la verificación periódica de las Historias Clínicas de todos los servicios de consultorio externo y capacitar al personal de salud para que se cumplan los lineamientos establecidos en las GPC.	Departamentos Asistenciales
ATA3-6 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. 0: No se tiene programas; 1: Desarrolla programas para algunas patologías más frecuentes; 2: Desarrolla programas para todas las patologías más frecuentes.	ASIS Institucional Plan Operativo Institucional Informes de desarrollo de Programas de prevención para patologías más frecuentes	Se cuenta con Análisis de Situación de Salud Hospitalario y Plan Operativo Institucional 2016. Se tiene determinado las 20 patologías más frecuentes de la atención ambulatoria. No se cuenta con informes de Programas de prevención para patologías más frecuentes.	Efectivar el desarrollo e implementación de Programas de prevención de las patologías más frecuentes.	Departamentos

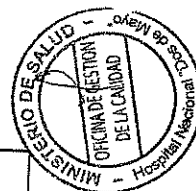




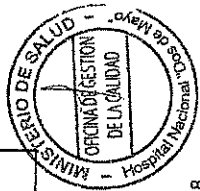
Código Criterio	Estándar	Criterio	Formas de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
<p>Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)</p> <p>Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa</p> <p>CRITERIOS EN "0"</p>						
ATH1-3	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto 0: No se permite; 1: A veces se permite el acompañamiento; 2: Se permite de manera continua.	FON o informe de encuestas a familiares o pareja	Se ha considerado como una meta o logro del servicio de Obstetricia el parto con acompañante	Realizar las coordinaciones para la implementación del parto con acompañante.	Departamento de Gineco-Obstetricia
ATH2-1	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada 0: Cumple con atender menos del 50% de lo priorizado; 1: Cumple con atender del 50 al 80%; 2: Cumple con atender más del 80%.	Cuadro de necesidades, requisiciones y peticiones de los servicios hospitalarios o SIGA.	En general se cumple con atender menos del 50% del requerimiento mensual en los servicios.	Dirección debe atender los requerimientos de los servicios, especialmente de los insumos e instrumental a fin de mejorar la calidad de atención del usuario interno y externo.	Oficina de Logística
ATH2-3	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución 0: No ha establecido mecanismos o no realizan mediciones; 1: Realizan mediciones pero no acciones para su disminución; 2: Cumple con todo lo establecido.	Informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	En general, refieren que los pacientes son internados el mismo día que se genera la solicitud de internamiento por lo cual no han establecido mecanismos para la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento.	Se deben establecer mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento en los diferentes servicios de hospitalización para mejorar la calidad de atención al paciente.	Departamentos Asistenciales

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH3-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar decisiones de corresponder. 0: No son auditados; 1: Son auditados, pero no se toman decisiones cuando corresponde; 2: Se auditan y se toman decisiones cuando corresponden.	Informes de auditoría del último año. Informe de implementación de las recomendaciones del último año.	Refieren que no tienen muertes por Infecciones Intrahospitalarias, sin embargo no se realizan auditorías de caso mediante los comités de auditoría de sus departamentos ni solicitan su realización a la Oficina de Gestión de la Calidad.	Solicitar la realización de auditorías de caso si presentase algún caso de mortalidad por enfermedad transmisible ocurrida en hospitalización.	Comités de auditoría de Departamentos Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ATH3-4	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento. 0: No se auditan; 1: Se auditan pero no se toman decisiones; 2: Se auditan y se toman decisiones.	Informes de auditoría del último año Informe de implementación de las recomendaciones del último año	Obstetricia hace discusiones de muerte materna, dentro del comité hospitalario de mortalidad materna. De aquí sale un informe análisis con las recomendaciones a ser adoptadas por los involucrados en los procesos defectuosos	Solicitar al Departamento de Gineco-obstetricia auditar todos los casos de muerte materna ocurridas durante el año.	Departamentos Involucrados Oficinas Involucradas. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ATH4-2	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes. 0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan parcialmente o no permanentemente; 2: Cumple con lo establecido en la norma vigente.	Informe de evaluación trimestral/semestral de indicadores (FON), según norma.	Es un trabajo multidisciplinario que lo reportan a INEI y no se cuenta con estadística física.	Solicitar que a pesar que se registra y se envían datos de manera electrónica exista el informe del FON de manera física para saber si cumplimos con los indicadores.	Departamento de Gineco-Obstetricia
ATH5-1	El paciente y su familia reciben educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. 0: Menos del 50% comprende la información; 1: Del 50% al 80% comprende; 2: Más del 80% comprende la información.	Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida o Cuestionario aplicado	En ninguno de los servicios se realizan encuestas a los pacientes para evaluar su grado de comprensión con respecto a la información brindada sobre los procedimientos, los diagnósticos y tratamientos recibidos.	Elaborar encuesta a cargo de la oficina de calidad y Jefaturas para ser aplicado según cronograma de trabajo	Departamentos

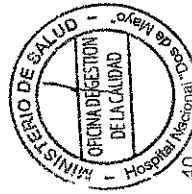


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH7-1	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución. 0: No cuenta con mecanismo; 1: Cuenta con mecanismo pero no se realiza de acuerdo a lo establecido; 2: Cumple con lo establecido.	Documento que establece mecanismos de evaluación periódica de HCl por pares (en cada servicio) Informes/reporte de aplicación de mecanismos de evaluación periódica de HCl por pares y de las mejoras de los procesos (en cada servicio)	En ninguno de los servicios evaluados se cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de las historias clínicas por pares. Dentro de la institución se cuenta con el Plan Anual de Auditoría donde se establece el mecanismo y cronograma anual de auditoría de historias clínicas que es ejecutado por la Oficina de Gestión de la Calidad, pero no se realiza en pares.	Incluir en el Plan Anual de Auditoría los mecanismos para realizar la auditoría de historias clínicas por pares. Promover a través de los comités de auditoría de los diferentes Departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad establecer mecanismos de evaluación periódica de las historias clínicas por pares en los servicios.	Comités de auditoría de Departamentos
ATH7-6	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones 0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se implementan recomendaciones o se realiza parcialmente; 2: Se realiza y se implementan las recomendaciones.	Reporte de eventos adversos Documento de análisis de eventos adversos del último trimestre Informe de seguimiento de recomendaciones, del último trimestre	No se realiza análisis de los eventos adversos en los servicios evaluados.	Promover el análisis de los Eventos Adversos mediante trabajo conjunto entre las Jefaturas de Servicios, Departamentos de Hospitalización, Departamento de Enfermería y la Oficina de Gestión de la Calidad.	Departamentos
CRITERIOS EN "1"						
ATH7-2	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución 0: No identifican necesidades; 1: Identifican pero no formulan propuestas o no las comunican; 2: Cumple con lo establecido.	Acta de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio Informe de implementación de las mismas.	Pocos servicios se reúnen con sus integrantes y dentro de sus reuniones identifican oportunidades de mejoras en los procesos de atención, sin embargo no se establecen las medidas necesarias para su implementación.	Los Jefes de Servicios y Departamentos deben realizar reuniones periódicas para identificar e implementar las oportunidades de mejoras de los procesos de atención y proponer las propuestas a la alta dirección. Asimismo deben tener sus libros (o cuadernos) de actas	Departamentos Asistenciales



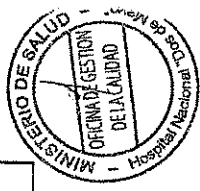
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH3-1	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad. 0: Menos del 70% del personal cumple 1: Entre el 70 y el 90% del personal cumple; 2: Más del 90% del personal lo cumple.	Lista de chequeo aplicada	En general, el lavado de manos se cumple adecuadamente con respecto a todos los pasos que se deben hacer, sin embargo, la mayoría no usa el equipo de protección personal adecuadamente.	Es necesario que las Jefaturas de los Servicios y Departamentos en conjunto con la Oficina de Epidemiología supervisen el adecuado lavado de manos y el uso correcto del EPP del personal.	Departamentos Asistenciales
ATH4-3	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica. 0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas o son implementadas por alguno de los miembros; 2: Siempre son implementadas por todos los miembros.	HCI seleccionadas GPC seleccionada, Lista de chequeo para revisión de HCI	Se evaluó la adherencia a la GPC de historias clínicas encontrándose adhesión al 80%	Promover a través de los comités de auditoría de los departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad la realización periódica de la adherencia a las GPC.	Departamentos Asistenciales
ATH4-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas). 0: La adherencia es menor al 50% 1: La adherencia es entre 50 y 80%; 2: La adherencia es mayor al 80%.	Informe de monitoreo de adherencia a las GPC del último semestre	Se evaluó la adherencia a la GPC de historias clínicas en los diferentes servicios, encontrándose adhesión al 80%. Sin embargo en los servicios no se realiza la adherencia a las GPC.	Promover a través de los comités de auditoría de los diferentes departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad la realización periódica de la adherencia a las GPC.	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad
ATH4-5	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. 0: No se audita; 1: Se audita pero no se toman acciones; 2: Se audita y se toman acciones	Informes de auditoría de HCI Informes de seguimiento de recomendaciones	En los servicios de Medicina Interna el Comité del Departamento y la OGC realizaron auditorías de Calidad de registro de la Historia Clínica, sin embargo no se implementaron las recomendaciones dadas.	Promover, a través de los comités de auditoría de los diferentes Departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad la realización periódica de auditorías de calidad e informar sobre el levantamiento de observaciones	Comités de auditoría de Departamentos

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH6-1	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (interinstitucionales y interinstitucionales)	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. 0: No los tiene documentados o no se aplican; 1: Tiene documentados, se aplican parcialmente o no se mejoran; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO: Procedimiento de interconsulta Informe/reporte de la aplicación del Procedimiento documentado Actas de reuniones de mejora del procedimiento	Todos los servicios evaluados tienen un cuaderno de interconsultas, se conversó con el personal y se revisaron las historias clínicas evidenciando que se cumplía con lo establecido en el MAPRO. Observando además que en algunos servicios la respuesta de la interconsulta solicitada superaba las 48 horas.	Se debe incluir un indicador de calidad relacionado a las interconsultas. Tiempo de respuesta a las interconsultas, el cual no debe ser mayor de 24 horas. Asimismo se recomienda que los servicios establezcan un mecanismo de evaluación periódica de cumplimiento de lo establecido en el MAPRO.	Departamentos Asistenciales
ATH7-4	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica 0: Menos de 50% de planes de trabajo están de acuerdo con GPC; 1: Entre el 50% y 80% de los planes están de acuerdo; 2: Más de 80% cumplen con GPC.	Reporte de concordancia de Planes de trabajo de las HCI y las GPC o HCI seleccionadas GPC oficiales	En general entre el 50-80% de los planes de trabajo están de acuerdo a la Historia Clínica. En los servicios evaluados, la mayoría contaba con el plan de trabajo acorde a las Guías de Práctica Clínica.	Promover a través de los comités de auditoría de los diferentes Departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad la realización periódica de la adherencia a las GPC.	Departamentos
ATH7-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución 0: No se registra; 1: Se registra, pero no se evalúa o se evalúa y el nivel no es el esperado; 2: Cumple con lo establecido.	Informes de encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)	Se realiza la encuesta pero el nivel no es el esperado	La oficina de calidad en conjunto con la Jefatura del departamento de Gineco-obstetricia debe establecer una evaluación periódica a los usuarios sobre el grado de satisfacción en la atención del parto.	Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de Gineco-obstetricia

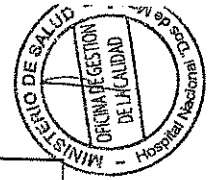


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)						
Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención						
CRITERIOS EN "1"						
EMG1-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está operativo o está parcialmente establecido; 2: Cumple con lo establecido.	Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio	Se encuentra parcialmente operativo	Coordinar con el área correspondiente para operativizar todos los mecanismos de información en el servicio de emergencia.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
EMG1-4	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. 0: Menos del 50% de las atenciones cumplen con las GPC para una determinada etapa de vida; 1: Del 50% al 80% de las atenciones cumplen; 2: Más del 80% de atenciones cumplen con las GPC.	ASIS institucional Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida. Informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida; por indicadores.	Solo se realizan auditorías de adherencia a GPC en el servicio de Cuidados Críticos	Realizar adherencia a GPC en todos los servicios del departamento de Emergencia y cuidados críticos.	Comité del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
EMG1-6	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.). 0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documentos oficiales que establecen medidas para la atención de emergencias sin restricciones	La atención se realiza en Emergencia, con la hoja de atención rosada El registro de Servicio Social de atención, se realiza con el formato de estudio social	Realizar evaluaciones sociales a todos los pacientes que acudan a emergencia.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EMG2-5	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. 0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Rol de personal de emergencia, según nivel de complejidad	No todas las especialidades	Garantizar la oportunidad de la atención de todo paciente que acuda por emergencia las 24 horas.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos



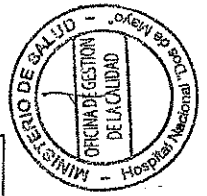
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes						
CRITERIOS EN "0"						
ATQ3-7	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas. 0: No se cuantifica las tasas de mortalidad; 1: Se cuantifican, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido.	Informe mensual de análisis de mortalidad intra y post-operatoria Informe de implementación de medidas correctivas	Se refiere que no existe ningún caso de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.	Realizar informes de reportes de casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, aunque esta sea cero.	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía
ATQ4-2	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. 0: No implementa proyectos de mejora; 1: Implementa proyectos esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido.	Proyectos de mejora continuos Implementados producto de las auditorías	No se implementan proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso	Implementar proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso	Departamento de Cirugía Departamentos
CRITERIOS EN "1"						
ATQ1-3	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología) 0: Menos del 60% del personal aplican las guías; 1: Del 60% al 90% las aplican; 2: Más del 90% las aplican.	Guías de manejo quirúrgico y anestésico Informe de cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las diez intervenciones más frecuentes, por indicadas.	Se verifica que el 85% aplica las guías de manejo sobre la misma muestra.	Realizar Auditorías de Adherencia de GPC para alcanzar el 100%.	Departamento de Cirugía

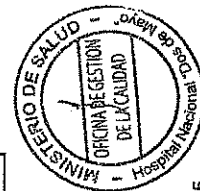


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos						
CRITERIOS EN "1"						
DIV1-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente 0: Cumple los requisitos en más del 60%; 1: Cumple requisitos entre el 60% y 80%; 2: Cumple los requisitos en más del 80%. El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica	Lista de Chequeo (RM como sede docente, RD de convenios con universidades)	No tiene resolución ministerial como sede docente.	Insistir en la respuesta del MINSA al trámite realizado. Faltan las resoluciones directorales de la Universidad del Hospital A. Loayza, Universidad Científica Del sur y U. Ricardo Palma.	Dirección Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-3	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	0: No ha definido políticas de investigación; 1: Tiene políticas pero no las aplica; 2: Tiene políticas y las aplica. El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo	RD de Políticas de Investigación Trabajos de investigación acorde a políticas	Cuenta con un Plan de desarrollo de Investigación 2017, pero no está aprobado	Aprobar el plan de desarrollo de investigación.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-5	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Cuenta con comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cuenta con comité, está operativo y es multidisciplinario. El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Cuenta con Comité, es multidisciplinario pero no está operativo.	Actualizar la RD de Comité Investigación y operarlo.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-6	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	0: No cuenta con comité de ética/bioética; 1: Cuenta con comité pero no está operativo; 2: Cumple con lo establecido.	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Cuenta con Comité, es multidisciplinario pero no está operativo.	Actualizar la RD de Comité Investigación y operarlo.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DIV1-8	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado 0: No cuenta con plan anual para ninguna de las dos; 1: Cuenta sólo con plan para una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Planes oficializados con RD de pre y post grado	Se cuenta con un Plan pero no está oficializado	Aprobar el plan de docencia 2018	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-9	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y posgrado y se cumple 0: No cuenta con programa de tutorías para ninguno de los dos; 1: Cuenta con programa pero no se cumple o se cumple para uno de los dos; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	Programa de tutoría oficial de pre grado Programa de tutoría oficial de post grado Programa de asesoría oficial de pre grado Programa de asesoría oficial de post grado Informes de cumplimiento de los programas e establecidos de tutoría y asesoría de pre y post grado.	Faltan programas de tutoría y asesoría de algunas facultades.	Completar los programas de tutoría y asesoría para todas las facultades de las universidades que tienen convenio con la Institución.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV2-1	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades 0: No se reúnen; 1: Se reúnen a solicitud o demanda; 2: Se reúnen de acuerdo con lo planificado.	Actas de reuniones de evaluación del Comité de Docencia Actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación Actas de reuniones de evaluación del Comité de Ética/bioética	No se realiza reuniones mensuales de comité de Docencia y comité de investigación	Realizar reuniones mensuales de comités de docencia y de investigación	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV2-6	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados 0: El personal y/o alumnos no tiene acceso a los servicios bibliográficos; 1: El personal y/o los alumnos tiene acceso, pero no de acuerdo a los horarios establecidos; 2: Cumple con lo establecido.	Horario establecido para uso de servicios bibliográficos Libro de registro de uso de biblioteca Informe de encuesta	Falta libro de registro de uso de biblioteca física.	Implementar estrategias para optimizar el uso de la biblioteca tanto Física como virtual. Abrir libro de registro de biblioteca física.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

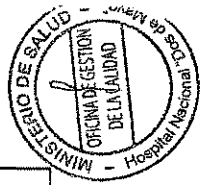




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad						
CRITERIOS EN "1"						
ADT1-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Información del Registro de Control y Supervisión del MAPRO, reportado por Coordinadores de las Áreas de Trabajo de los servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Actualizar el MAPRO Mejorar el Reporte de Control y Supervisión del MAPRO, realizado por Coordinadores de las Áreas de Trabajo del servicio de Patología Clínica, incorporando las Áreas de Trabajo del Servicio de Anatomía Patológica	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT1-2	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado con RD, no presenta acciones de control de calidad en el servicio de Anatomía Patológica.	Elaborar el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2018, El Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad deberá de ser ejecutado en todos los servicios que pertenecen al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica. Programar informes trimestrales de evaluación del Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad, a ejecutarse durante el año 2018	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

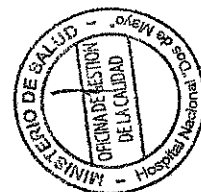
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT2-1	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Exámenes (Análisis) realizados en el servicio de Anatomía Patológica, servicio perteneciente al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica no cuenta con estándares de tiempo para la entrega de resultados	Elaborar estándares de tiempos para la entrega de exámenes realizados en la totalidad de servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y elaborar un informe por trimestre y remitirlo a la Dirección General u Oficina de Gestión de la Calidad.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT2-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. 0: No se registra; 1: Se registra algunos parámetros 2: Se registra siempre.	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registro en el sistema informático de laboratorio de la recepción o toma de muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido Historia Clínica	Los registros existentes en Patología Clínica: Libros de registro de Toma o Recepción de Muestra y entrega de resultados permiten calcular el tiempo transcurrido, de los exámenes solicitados con excepción de emergencia, debido a que no se registra la fecha y hora de entrega del resultado. Herramienta informática con que cuenta el servicio no permite el registro de la recepción o toma de la muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido. Los registros existentes en Anatomía Patológica: Libros de registro de Recepción de Muestra y entrega de resultados no permite calcular el tiempo transcurrido con exactitud. No cuenta con herramienta informática que permita el registro de la recepción de la muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática un informe de los resultados de los exámenes de las muestras procesadas en los servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, en los que se incluyan los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la orden y la entrega del resultado.	Oficina de Estadística e Informática en coordinación con el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

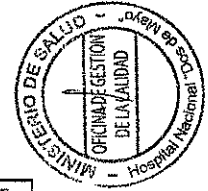


Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-1	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. 0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento no cuentan con la totalidad de indicadores de calidad relacionados a la entrega oportuna de todos sus productos y en función a las necesidades del paciente.	Elaborar el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse en los servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, durante el año 2018.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT3-5	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Carencia de Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha.	Elaborar Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica



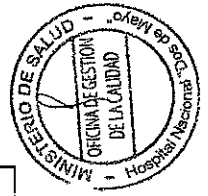
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad						
CRITERIOS EN "0"						
ADT1-2	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Carencia de Documentos que acrediten la implementación y evaluación del Plan de Mejoramiento continuo de la calidad durante el año 2017.	Elaborar el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2018. El Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad deberá de ser ejecutado en todos los servicios que pertenecen al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica. Programar informes trimestrales de evaluación del Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad, a ejecutarse durante el año 2018.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
ADT2-1	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Carencia de Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes	Elaborar y Establecer los Estándares de Tiempos para la entrega de los resultados de exámenes, de acuerdo a la variabilidad de los mismos (con contraste, sin contraste, especiales, etc.). Se sugiere establecer el estándar considerando un rango que contenga el tiempo mínimo y máximo para la entrega de resultados. El tiempo se inicia desde que la orden es inscrita en el Registro de Órdenes y Citas y culmina con la evidencia física de la entrega del reporte de resultado.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-1	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. 0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes.	Programa o Plan de Control de Calidad o Plan de Mejoramiento continuo de la calidad carece de indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función a las necesidades del paciente.	Se sugiere establecer los siguientes indicadores de calidad en el Programa o Plan de Control de Calidad o Plan de Mejoramiento continuo de la calidad: a) % de exámenes duplicados, b) % de Inoperatividad de equipos, c) % de repetición de exámenes, d) % de exámenes no realizados, e) % de cumplimiento de órdenes de exámenes de emergencia, f) % de entrega errónea de resultados, g) % de exámenes perdidos.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
ADT3-6	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen. 0: No se efectúan capacitaciones; 1: Se efectúan capacitaciones pero el personal no las cumplen o las cumplen parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo Informe de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	Carencia de PDP – 2017 y Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio.	Elaborar PDP 2018 y gestionar su programación y aprobación ante la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia Investigación, Elaborar Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
CRITERIOS EN "1"						
ADT1-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.	Carencia de Documentos que acrediten la realización de Control y Supervisión de los procedimientos establecidos en el MAPRO.	Actualizar el MAPRO. Elaborar un registro de Control y Supervisión el mismo que debe incluir el Control de Insumos.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes

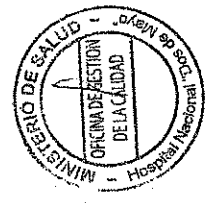
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). 0: No se cumplen normas de seguridad en los procedimientos; 1: Se cumplen las normas de seguridad para algunos procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos por cada servicio de apoyo.	Carencia de registro en que se consigne información referente a documentos que acrediten la realización de Control y Supervisión de los procedimientos establecidos en el MAPRO.	Elaborar Registro de Control y Supervisión (incluye, consentimiento informado, y control de insumos) Elaborar registro de reacciones adversas al contraste. Elaborar listas de Chequeo de control y supervisión por servicio.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
ADT3-5	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda o insatisfecha	Carencia de: Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha	Elaborar Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha - 2018. Programar informes trimestrales de evaluación del Plan de implementación de medidas correctivas para la demanda insatisfecha, a ejecutarse durante el año 2018.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
ADT3-7	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica las reacciones adversas o no se analizan; 1: Se cuantifica las reacciones adversas, se analizan pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Registro de eventos adversos en el servicio Informe trimestral de eventos adversos ocurridos en el servicio Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos en el servicio Evaluación del plan de implementación	Carencia de: Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos	Elaborar Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos - 2018. Programar informes trimestrales de evaluación del Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos, a ejecutarse durante el año 2018.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes

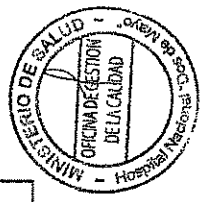
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad						
CRITERIOS EN "1"						
ADT1-2	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad aprobado no cuenta con aprobación con RD de la institución	Elaborar el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2018. Programar informes trimestrales de evaluación del Programa o Plan de Control de Calidad, a ejecutarse durante el año 2018.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia
ADT2-1	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento oficial que consigne los estándares de entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes realizados por el servicio, no es oficial por no contar con aprobación con RD de la institución.	Elaborar y Establecer los Estándares de Tiempos para la entrega de los resultados de Exámenes, de acuerdo a la variabilidad de los mismos, e incluir esta información como parte del Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad. Se sugiere establecer el estándar considerando un rango que contenga el tiempo mínimo y máximo para la entrega de resultados. El tiempo se inicia desde que la orden es inscrita en el Registro de Ordenes o solicitudes de examen y culmina con la evidencia física de la entrega del reporte de resultado. Remitir el documento a la Dirección General y Oficina de Gestión de la Calidad para su Aprobación.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia



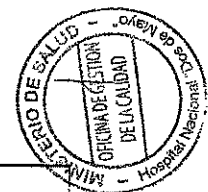
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estandar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-1	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subseccional o institucional.	<p>Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.</p> <p>0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.</p>	RD que apoya el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes.	Programa de Control de la Calidad y Plan Anual de Calidad, cuentan con Indicadores de calidad relacionados a la entrega oportuna de sus productos en los pacientes, los documentos no son oficiales por carácter de R.D.	Elaborar el Programa y Plan Anual de Calidad a implementarse el año 2018, e incluir los siguientes indicadores de calidad: a) % de solicitudes de donación atendidas b) % de solicitudes de exámenes de laboratorio atendidos por servicio solicitante (hospitalización, consulta externa y emergencia), c) % de exámenes duplicados, d) % de inoperatividad de equipos, e) % de repetición de exámenes, f) % de exámenes no realizados, g) % de incumplimiento de órdenes de exámenes de emergencia, h) % de entrega errónea de resultados, i) % de muestras perdidas, j) % de roturación inadecuada, k) % de sueros de referencia inadecuados, l) % de muestras hemolisadas, m) % de falta de correlación entre resultados vinculantes, n) % de transcripción errónea de resultados, ñ) % de transcripción inoportuna de resultados, o) % de exámenes no informados en el tiempo previsto, al servicio solicitante, p) % de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico (procesados o no procesados).	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia

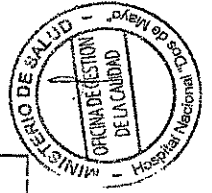




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad						
CRITERIOS EN "0"						
ADT2-1	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento oficial que consigne los estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Carencia de documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes e informes relacionados a la evaluación de la entrega oportuna de resultados de los exámenes	Elaborar y Establecer los Estándares de Tiempos para la entrega de los resultados de Exámenes. Se sugiere establecer el estándar considerando un rango que contenga el tiempo mínimo y máximo para la entrega de resultados. El tiempo se inicia desde que la orden es inscrita en el Registro de Ordenes o solicitudes de examen y culmina con la evidencia física de la entrega del reporte de resultado. Elaborar informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos al menos un informe por trimestre y remitirlo al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica
ADT3-1	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normativa nacional, subsectorial o institucional.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. 0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes	Carencia de Programa de Control de Calidad e indicadores de calidad relacionados a la entrega con productos y en función a las necesidades del paciente	Incluir indicadores de calidad del servicio de Anatomía Patológica relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función a las necesidades del paciente, en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2018 en el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica. Los informes de evaluación del Programa o Plan de Control de Calidad deben corresponder como mínimo al reporte de los avances del Programa o Plan durante cada trimestre.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica

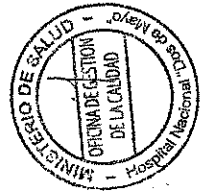


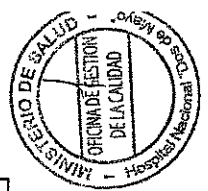
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-2	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. 0: No se realizan calibraciones ni control de calidad; 1: Se realizan calibraciones pero no control de calidad del procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de Calidad respecto a los procesos realizados	Carencia de control de calidad de calibración de equipos y procesos descritos en el MAPRO.	Incluir el control de calidad de calibración de equipos y procesos desarrollados en el servicio de Anatomía Patológica en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2018 en el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica. Elaborar listas de Chequeo de control y supervisión por servicio.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica
ADT3-5	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Carencia de Registro y Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha e Informes relacionados a la evaluación y análisis de la demanda insatisfecha	Elaborar Registro y Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha y elaborar Informes de correspondientes a la presentación o no de demanda insatisfecha, previstos en el plan.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica
CRITERIOS EN "1"						
ADT1-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Carencia de Documentos que acrediten la realización de Control y Supervisión de los procedimientos establecidos en el MAPRO.	Elaborar registro de Control y Supervisión que debe incluir el Control de Insumos, a ejecutar durante el año 2018. Elaborar Informes de evaluación y análisis de la Supervisión y Control de los procedimientos establecidos en el MAPRO, al menos un informe por trimestre y remitirlo al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT1-2	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Carencia de Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad (Plan de Continuo de la Calidad).	Elaborar el Programa de Control de Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad (Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad), documento Técnico Administrativo que deberá implementarse con los siguientes registros e Instrumentos de gestión Técnico Asistencial: a) Registro de Indicadores de Producción y Calidad. b) Registro de Contratos mantenimiento de equipos. c) Registro de Servicios Externos y Suministro. d) Registro de Quejas y no conformidades. e) Registro de Acciones correctivas y preventivas. f) Registro de Auditorías Internas. g) Registro de Control y Supervisión. h) Registro de codificación de personal. i) Manual de Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos. j) Registro de mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos. k) Registro de control y calibración de equipos. Registro de Control de Calidad. l) Registro de accidentes de trabajo.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica
ADT2-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. 0: No se registra; 1: Se registra algunos parámetros; 2: Se registra siempre.	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registro en el sistema informático de laboratorio de la recepción y toma de muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido Historia Clínica	Carencia de herramienta informática que permita el registro de la recepción de la muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido. Resultados de exámenes realizados en el Servicio de Anatomía Patológica que son entregados al paciente no registran Nº de Historia Clínica, solo Nº de Código, correspondiente al Registro de Recepción de Muestra	Solicitar a la Oficina de Estadística e Informática brinde apoyo y opinión técnica, respecto al registro en medios manuales o informático de los resultados de los exámenes, en los que se incluyan los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la orden y la entrega del resultado.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica

Código Criterio	Estandar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-6	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen. 0: No se efectúan capacitaciones; el personal no las cumplen o las cumplen parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo Informe de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	Carencia de Encuesta de satisfacción de Usuario ambulatorio. Carencia de información respecto de la capacitación del personal durante el año 2017.	Incluir los cursos de capacitación del personal del Servicio de Anatomía Patológica a ejecutarse en el año 2018 en el PDP-2018 del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Los informes de correspondientes a la ejecución de los cursos de capacitación deben corresponder como mínimo al reporte de los avances del cumplimiento del Plan de desarrollo de las personas durante cada trimestre. Solicitar asesoría a la Oficina de Gestión de la Calidad para elaborar Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Servicio de Anatomía Patológica

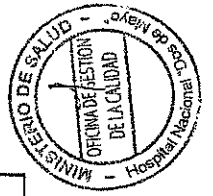




Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)						
<p>Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar</p>						
CRITERIOS EN "0"						
ADA2-4	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución 0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero los niveles están por encima de lo establecido; 2: Se registra y se monitorea y los niveles están acordes a lo establecido o por debajo.	Libro de Registro de citas que no se efectivizaron Informe del análisis de libro de registro Implementación de proyecto de mejora	No cuenta con informe de análisis del libro de registros de citas que no se efectivizaron	Elaborar informe de análisis del libro de registros de citas que no se efectivizaron para lo cual se deberá comparar con las hojas HIS.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-6	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución. 0: No se registra el porcentaje de reprogramación de citas; 1: Se registra, pero no se monitorea o se hace pero no está de acuerdo a lo establecido por la institución; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de registro de citas atendidas en el EESS Informe y análisis de datos del libro de registro de citas	No se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas de manera mensual.	Realizar informes sobre los motivos que originan las reprogramaciones de las citas.	Oficina de Estadística e Informática

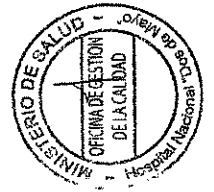
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuertes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
ADA1-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. 0: El establecimiento no tiene un sistema de registro; 1: Tiene sistema de registro, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD que aprueba el sistema de registro para el E.I.S.S según normatividad vigente	El sistema Galen plus no cuenta con R.D.	Iniciar los trámites para la aprobación de R.D. debiendo ser informado a la dirección general.	Oficina de Estadística e Informática
ADA1-3	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El proceso diario de recojo/archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Informe trimestral sobre los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros médicos	No se realizan informes sobre los problemas detectados en el proceso de recojo y archivamiento de historias clínicas	Mejorar lo establecido a través de la emisión de informes adjuntando los reportes donde se identifican los aspectos críticos del proceso diario de recojo.	Oficina de Estadística e Informática
ADA1-5	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. 0: El personal capacitado es menor al 60%; 1: El personal capacitado está entre el 60% al 90%; 2: Más del 90% del personal está capacitado.	RD que aprueba el Plan de Capacitación del área a evaluar Informes de Capacitación al personal del área Entrevista al personal de admisión capacitado en el área de administración.	La capacitación solo es interna	Concientizar a la dirección general sobre la importancia de capacitaciones para el personal de archivo documentario.	Oficina de Estadística e Informática

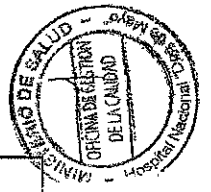


Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADA3-2	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. 0: No se registra las estancias hospitalarias prolongadas; 1: Se registran pero no se analizan o no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio Informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas ocurridos en el servicio. Evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio	No se emiten informes mensuales en físico sobre la estancia hospitalaria prolongada	Se deberá emitir un informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas y a su vez deberá comunicarse a la oficina de epidemiología la supervisión respectiva.	Oficina de Estadística e Informática

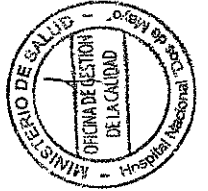


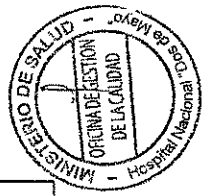
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.						
CRITERIOS EN "0"						
GMD3-4 ESPECIFIC O SECTOR PUBLICO	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. 0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado.	Informe de capacitación al personal de farmacia Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia	Falta Capacitar a personal sobre procedimientos de farmacia de manera horizontal. Se debe promover un programa anual	Preparar un programa anual obligatorio para el 80% del personal sobre procedimientos de farmacia e informes documentarios.	Departamento de Farmacia
CRITERIOS EN "1"						
GMD1-4	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. 0: No cumple las buenas prácticas de almacenamiento; 1: Cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento; 2: Cumple con lo establecido.	Lista de chequeo según manual de Buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos	Falta infraestructura, equipamiento, personal, para el cumplimiento de BPA, no se cumple con Normo stock	Las áreas de farmacia se vienen implementando de acuerdo con las Normas y la infraestructura asignada, que en el último año recién ha crecido pero aún es deficitario para el número de productos que administra. Se requiere mayor espacio de 2000 m2 para el Almacén Especializado, para dar cumplimiento a las exigencias de las normativas vigentes, también falta implementar equipamiento y personal que se requiere para el cumplimiento de BPA	Departamento de Farmacia



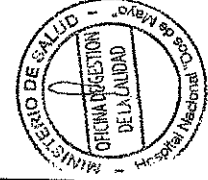
Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GMD2-4	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación 0: No cuenta con mecanismos de información al paciente; 1: Cuenta con mecanismos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación Materiales y medios de información al usuario	Falta Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación	Diseñar un método ordenado y secuencial de otorgamiento de información a los usuarios. Validación de formato empleado	Departamento de Farmacia
GMD2-5	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. 0: No registra errores de prescripción; 1: Registra los errores pero no son corregidos; 2: Cumple con lo establecido.	Registros de los errores en la Prescripción de medicamentos reportados por Farmacia. Informes de farmacia a jefes de servicio o departamentos. Informe de Jefes de Servicio con medidas correctivas.	Existen Registros de los errores en la prescripción de medicamentos reportados por farmacia, pero no existe informes.	Implementar un sistema de seguimiento de medicas correctivas de forma sistematizada de la vigilancia de errores de dispensación.	Departamento de Farmacia





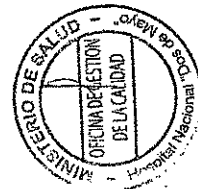
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 17: Gestión de la Información (GIN)						
Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.						
CRITERIOS EN "0"						
GIN1-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. 0: El establecimiento no identifica las necesidades; 1: Identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas respectivas; 2: Cumple con lo establecido.	Actas de Reuniones del personal de las distintas áreas administrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de información con el equipo de Estadística e Informática o su similar en el EESS	Cuaderno de Actas de Reuniones no fue presentado en la evaluación realizada.	Realizar Reuniones de sensibilización sobre la importancia de identificar las necesidades de información del Equipo de Estadística e Informática del EESS.	Oficina de Estadística e Informática
GIN1-5	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. 0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado.	Informe de capacitación sobre gestión de la información del personal del área Constancias o certificados de capacitación del personal del área	No se presentan Documentos que evidencien la Capacitación continua del personal.	Identificar las necesidades o problemas inherentes a la gestión de la información, que puedan mejorar dicha Gestión. Ingresar dicha identificación en el Plan de Desarrollo Continuo del EESS.	Oficina de Estadística e Informática
GIN2-1	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información. 0: El establecimiento no tiene mecanismos para la identificación de aspectos críticos; 1: Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información	Proyectos de Mejora no presentados	Realizar Proyectos de Mejora basados en la identificación de los Aspectos críticos en la Gestión de la Información del EESS.	Oficina de Estadística e Informática



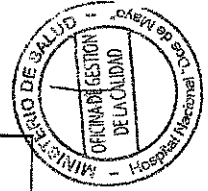
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuertes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GIN3-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información. 0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo establecido.	Información de proyectos de mejora continua de información actualizada del último año publicada en paneles, periódico mural, página web, etc. del EESS	Proyectos de Mejora no fueron realizados este año por el EESS.	Realizar Diagnóstico Situacional sobre la Gestión de la Información del EESS.	Oficina de Gestión de la Calidad
GIN3-4	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. 0: No se identifica las percepciones del usuario interno; 1: Se identifican las percepciones pero no semestralmente; 2: Cumple con lo establecido.	Resultados de Encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de información	No se ha realizado Encuesta semestral sobre percepción del manejo de la información	Realizar encuesta semestral al usuario interno para evaluar la percepción del manejo de la información.	Oficina de Estadística e Informática
CRITERIOS EN "1"						
GIN1-3	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. 0: Menos del 50% del personal lo conoce; 1: Del 50% al 80% del personal lo conoce; 2: Más del 80% del personal lo conoce.	Base de Datos del Sistema de información manual o electrónica. Resultados de la encuesta al personal sobre su conocimiento del sistema de información del EESS	Resultados de Encuesta: El 65% conoce el Sistema de Información del Establecimiento de Salud.	Realizar la difusión continua del Sistema de Información utilizada por el Establecimiento a través de la Web institucional. Incluir dentro del Plan Operativo las Necesidades de Capacitación y Difusión al Personal de Salud del Establecimiento.	Oficina de Estadística e Informática
GIN3-1	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. 0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido.	Reportes, web, boletines, pautas y otros de E para los servicios y áreas del EESS Acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas	Cuaderno de Actas de Reuniones no fue presentado en la evaluación realizada.	Formalizar las Reuniones realizadas mediante Acta de Reuniones con los diferentes servicios del EESS.	1. Oficina de Comunicaciones 2. Oficinas

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GIN3-2	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. 0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido.	Lista de participantes Documento de participantes Acta de reuniones para el análisis de la información difundida	La información generada por los servicios no es participativa, no se evidencia documento que lo sustente.	Realizar reuniones para el análisis de la información y documentarlas mediante actas.	Departamentos Oficinas

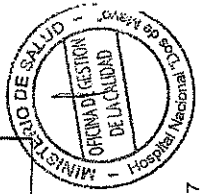


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)						
Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.						
CRITERIOS EN "0"						
DLDE2-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaquetado, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional. 0: El personal no clasifica o no realiza la descontaminación del material y/o equipo usado; 1: El personal clasifica y realiza la descontaminación pero no de acuerdo a lo establecido en el manual; 2: Cumple con lo establecido.	Lista de chequeo sobre el cumplimiento del Manual de Desinfección y Esterilización (10 trabajadores)	No cuenta con Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria aprobada	Elaborar Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.	Departamento de Enfermería Servicio Central de Esterilización
DLDE3-1	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y persona de acuerdo con procedimientos establecidos.	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. 0: Está protegido menos del 60% del personal; 1: Está protegido entre el 60% a 90%; 2: Está protegido más del 90% del personal.	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional (10 trabajadores)	No cuenta con informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional, ni lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones. No hay Manual de Salud Ocupacional de la institución.	Elaborar informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional, ni lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones	Departamento de Enfermería

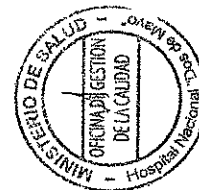


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuerzas de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DLDE3-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. 0: No se cuantifica el porcentaje de reclamos; 1: Se cuantifica, pero no se toman acciones correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería Informe Mensualización del libro/cuaderno de registros Informe de las medidas correctivas implementadas.	No cuenta con registro de reclamos y sugerencias en el Servicio de Lavandería	Realizar registro de reclamos y sugerencias en el Servicio de Lavandería	Departamento de Enfermería
DLDE3-4	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. 0: No se conocen las normas; 1: Conoce las normas, pero no se realiza el almacenamiento de acuerdo a éstas; 2: Cumple con lo establecido.	Documento técnico de almacenamiento de cama y ropa de acuerdo a la norma vigente Lista de chequeo del almacenamiento de los enseres de cama y ropa.	No cuenta con documento técnico de almacenamiento de cama y ropa, ni lista de chequeo de acuerdo a las normas vigentes. Anaqueles tienen menos de 30 cm de altura del piso. Ventanas del en mal estado de aseo.	Elaborar Documento técnico de almacenamiento de cama y ropa y lista de chequeo de acuerdo a las normas vigentes	Departamento de Enfermería
DLDE4-1	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. 0: Menos del 60% está vestido y protegido; 1: Está vestido y protegido entre el 60% a 90%; 2: Está vestido y protegido más del 90%	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones de los manuales de Salud Ocupacional y el Manejo de Residuos sólidos hospitalarios Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud ocupacional y el manejo de residuos sólidos	Aun no hay Manual de Salud Ocupacional, no hay informes ni listas de chequeo. Más del 90% del personal debe estar vestido y protegido según medidas de bioseguridad. No ocurre en todos los servicios. En áreas de hospitalización y Centro Obstétrico el personal labora con zapatillas de deporte, no usa botas de jebe.	Promover que más del 90% del personal se vista y proteja según medidas de bioseguridad	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

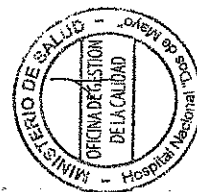
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DLDE4-3	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. 0: No participa(n); 1: Participa(n) solamente en la elaboración; 2: Participa(n) en la elaboración y supervisión.	Informe de las actividades del comité Actas de reunión del Comité de I.H. Informe de supervisión de los procesos de Limpieza.	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental no participan en la elaboración de normas de limpieza.	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental debe participar en la elaboración de normas de limpieza.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
DLDE4-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. 0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica la percepción, pero no se implementan acciones de mejora; 2: Se cuantifica y se implementan acciones.	Encuesta de percepción al usuario interno y externo (10 usuarios). Informe de la implementación de las mejoras de acuerdo a los resultados de la Encuesta.	No realizan encuestas a los usuarios internos o externos del hospital respecto a la limpieza del establecimiento de salud e implementación de acciones para su mejora	Realizar encuestas a los usuarios internos o externos del hospital respecto a la limpieza del establecimiento de salud e implementar acciones para su mejora	Oficina de Gestión de la Calidad
CRITERIOS EN "1"						
DLDE1-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso. 0: No cuenta con manual ni guía o no está adecuado a su categoría; 1: Se cuenta con manual/guía pero no es conocido por todo el personal o solo uno de ellos 2: Cumple con lo establecido.	Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria MINSA/CGE/VIGIA aprobada con R.M.N 1472-2002- SA/MINSA MAPRO de Desinfección y Esterilización del establecimiento con RD. Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	No cuenta con Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.	Elaborar Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria y realizar su difusión.	Departamento de Enfermería Servicio Central de Esterilización



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DLDE2-3	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. 0: No se cumple con los procedimientos establecidos o solamente se empaqueta el material y/o equipo; 1: Se empaqueta y esteriliza el material/equipo, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad de acuerdo a la norma.	El empaque y esterilización del material debe ser realizada de acuerdo a procedimiento oficial	Realizar el empaque y esterilización del material de acuerdo a procedimiento oficial, monitorizar con Lista de chequeo.	Departamento de Enfermería Servicio Central de Esterilización
DLDE2-6	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. 0: No se ha establecido un sistema de control; 1: Hay sistema de control, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro manual o electrónico de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa Informe mensual del registro	No cuenta con libro de registro oficial de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa, ni informes mensuales de registro	Implementar libro de registro oficial de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa, ni informes mensuales de registro	Departamento de Enfermería



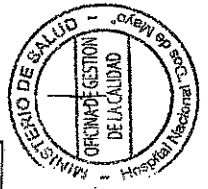
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuertes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.						
CRITERIOS EN "4"						
MRS2-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. 0: Las tarifas del establecimiento no se adecúan; 1: Las tarifas se adecúan parcialmente a la política tarifaria del MINSA; 2: Cumple con lo establecido	Tarifario diferenciado del EESS Informe de verificación del tarifario del EESS adecuados a las políticas del MINSA	El tarifario institucional no se adecúa completamente a la política del MINSA	Adecuar y mejorar el tarifario institucional a las políticas del MINSA (tarifario dado por el SIS Central 2013)	El tarifario es responsabilidad del comité de tarifario que aprueba los costos elaborados por el equipo de costos de la CIEPE



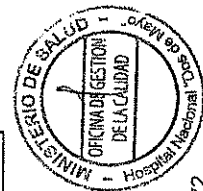
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.						
CRITERIOS EN "1"						
GIM1-3	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. 0: No se tiene establecidas medidas de protección; 1: Se ha establecido medidas de protección pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	R.D que aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales Informe de implementación de las recomendaciones Lista de chequeo del cumplimiento del manual de buenas prácticas de almacenamiento.	Cuenta con manual de buenas prácticas de almacenamiento de insumos y materiales .aprobado con resolución solo con administrativa	Cuenta con manual de buenas prácticas de almacenamiento de insumos y materiales .aprobado con resolución solo con administrativa	Oficina de Logística
GIM1-4	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). 0: No se han establecido procedimientos de control; 1: Se ha establecido procedimientos de control pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	R. D que aprueba el manual de procedimientos para el control de insumos y materiales Informe de implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén. Lista de chequeo del cumplimiento del manual.	Se han establecido procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén) año 2014	Se han establecido procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén) año 2014	Oficina de Logística



Oficina de Logística	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.						
CRITERIOS EN "0"						
EIF1-3	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. 0: No cuenta con personal capacitado; 1: Se cuenta con personal capacitado pero no se elaboran proyectos; 2: Cumple con lo establecido.	Evidencia documental de capacitación del personal en Elaboración de Proyectos de Inversión Proyectos de inversión elaborados en el último año evaluado o en proceso al momento de la evaluación.	No cuenta con evidencia documental de capacitación del personal en elaboración de proyectos de inversión.	Capacitar al personal en elaboración de proyectos de inversión.	El personal con capacitación para elaboración de proyectos de inversión está en OEPE.
EIF1-4	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. 0: El personal no ha sido capacitado 1: Ha sido capacitado hace más de un año; 2: Ha sido capacitado durante el último año. Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	Evidencia documental de Capacitación del personal de mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos	No cuenta con evidencia documental de capacitación en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.	Capacitar al personal en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.	Oficina de Servicio Generales y Mantenimiento Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
EIF2-1	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	0: No se tiene procedimiento; 1: Se tiene procedimiento pero no se realiza la verificación del inventario o este no se remite a los niveles directivos; 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba el Procedimiento de Verificación de Inventario Informe trimestral de verificación de Inventario	No cuenta con procedimiento de verificación de inventarios	Elaborar e implementar procedimiento de verificación de inventarios	Oficina de Servicio Generales y Mantenimiento Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria



Oficina de Logística	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
EIF1-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Mantenimiento Preventivo (VC) Recuperativo de la Planta Física y Servicios Básicos aprobado con documento oficial y se encuentra incorporado al POA oficial. Informe de evaluación trimestral del Plan.	En el POA 2017 – anexo 1 Planes de actividades se encuentra enunciado el plan multianual de infraestructura y equipamiento, como se denomina actualmente	El plan ya está incorporado en el POA	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
EIF1-2	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento de equipos; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos aprobado con documento oficial y está incorporado al POA oficial.	En el POA 2017 – anexo 1 Planes de actividades se encuentra enunciado el plan multianual de infraestructura y equipamiento, como se denomina actualmente	El plan ya está incorporado en el POA	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
EIF1-8	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. 0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba la Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras. Informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual. Lista de chequeo de los procedimientos realizados según manual de procedimientos. Consultar DGEM.	No cuenta con informe de la situación de áreas críticas de acuerdo a manual, para el último semestre.	Elaborar informe de la situación de áreas críticas de acuerdo al manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras, para el último semestre.	Oficina de Servicio Generales y Mantenimiento



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2017

Oficina de Logística	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EIF1-9	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. 0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que aprueba la Manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos Informe de las actividades realizadas según el manual Lista de chequeo del cumplimiento del manual.	No cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de equipos y servicios básicos	Elaborar manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de equipos y servicios básicos	Oficina de Servicio Generales y Mantenimiento Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria

