



Resolución Directoral

Lima, 31 de Diciembre de 2019



VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 07920-2019, que contiene el proyecto del Documento Técnico: Plan de Acción en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2019, 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, 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, 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;

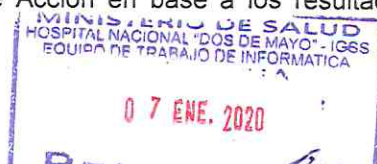
Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando 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 2019", 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 2019;

Que, mediante Memorandum Oficio N° 310-2019-OGC-HNDM, de fecha 18 de diciembre del 2019, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General el proyecto del Documento Técnico: Plan de Acción en base a los resultados de Autoevaluación 2019, para su aprobación;





Que, mediante Nota Informativa N° 126-2019-OEPE-HNDM, de fecha 26 de Diciembre de 2019, la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite el Informe N° 065-2019-EPP-OEPE-MBS- N° 055-HNDM, de fecha 23 de diciembre del 2019, del Coordinador del Equipo Trabajo de Planes y Programas, y el Informe N° 261-2019-EP-OEE-HNDM, de fecha 24 de diciembre de 2019, del Equipo de Trabajo de Presupuesto de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través de los cuales emiten su opinión técnica favorable con respecto al presupuesto institucional que involucra el citado plan, así como al cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente para su elaboración

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 la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 053-2017-MINSA, que encarga a la médico cirujano Rosario del Milagro Kiyohara Okamoto, el Cargo de Directora General 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 2019**, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; el que en sesenta y cinco (65) 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
Dra. ROSARIO DEL MILAGRO KIYOHARA OKAMOTO

RDMKO/CECQ/OCRO/GLDF/ELVF/WGCH/dlpa.

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

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	2
II. Finalidad	2
III. Objetivo.	3
IV. Ámbito y Alcance	3
V. Base Legal.	3
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 2019**

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 2019, obteniéndose un puntaje final de 67%.

En el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2019 se han anexado las Hojas de Recomendaciones para los 342 criterios, los cuales 165 criterios obtuvieron puntajes 0 y 1 durante el proceso de Autoevaluación, recomendaciones que se tornarán 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 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Incrementar el porcentaje del cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2020.
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 y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su modificatoria: Ley N° 28496.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 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° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA que aprueba las Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 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° 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° 744-2012/MINSA que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSP V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".
- 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-MINSAIDGSP-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, que aprueba la NTS N° 089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica".
- Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA se aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que 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° 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 N° 040-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño", modificada por la Resolución Ministerial N°701-2015/MINSA.
- Resolución Ministerial. N° 143-2006-MINSA, se Conforman el Comité Técnico 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-MINSAIDGSP 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° 130-2017/D/HNDM, que aprueba el Retiro Voluntario, Desistimiento de Retiro Voluntario, Desistimiento Voluntario de Procedimiento
- Resolución Directoral N° 219-2018/D/HNDM que aprueba el Listado de Evaluadores Internos 2019 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- Resolución Directoral N° 036-2019/D/HNDM que aprueba el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2019 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

El Hospital Nacional "Dos de Mayo" ha culminado el proceso de Autoevaluación 2019. 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 porcentaje 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 2019).

Como resultado de esta Evaluación Interna, se elaboró el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2019, el cual contiene las Recomendaciones a ser implementadas para cada uno de los criterios que obtuvieron puntajes 0 y 1 (165 criterios: 62 de Estructura, 84 de Proceso y 19 de Resultado), dichas recomendaciones se tornarán en actividades en el presente Plan de Acción.

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 acción en base a los resultados de la autoevaluación 2019:

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 HNDM.

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 generará el reporte para elevarlo a Dirección.

5. Elaborar e implementar el Plan de Autoevaluación 2020

Los evaluadores internos elaboraran el Plan de Autoevaluación 2020 y lo implementarán. Los resultados de la autoevaluación medirán el impacto de las acciones de mejora del Plan.

6. Elaborar informe final del Plan de Mejora del HNDM

La Oficina de Gestión de la Calidad elaborará el Informe Final del Plan de Acción en base a los resultados de la Autoevaluación 2019, previo a la Autoevaluación 2020.

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 mil cien soles (S/. 1100.00).

IX. ANEXOS:



**ANEXO N°01
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2019-2020												PRESUPUESTO	RESPONSABLE		
			DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT					
Difusión del Plan de Acción en Base a los Resultados de la Autoevaluación 2019	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 2020	Informe	2												1	1		0	Evaluadores Internos
																		0
Elaborar Informe Final del Plan de Acción 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 2019**

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	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			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 Quiroscópico
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 Quiroscópico
Elaborar Guías de intervención de enfermería	Guías	8		2			2			2			2		S/. 200,00	Departamento de Enfermería
Realizar auditorías de calidad de atención	Informe	4		1			1			1			1		Costos programados en actividades de las diferentes UPSS	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 Quiroscópico

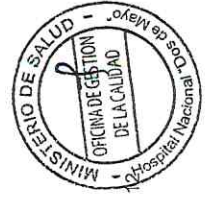
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Elaborar e implementar acciones, planes y/o Proyectos de Mejora en Seguridad de Paciente, Tiempo de espera, Auditoría de calidad de atención, Autoevaluación.	Informe	4		1		1	1			1			1		Costos programados en actividades de las diferentes UPSS	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 educativo-comunicacionales para paciente con enfermedades degenerativas. Implementar estrategias educativo-comunicacionales sobre signos de alarma y complicaciones obstétricas para gestantes	Informe	4		1			1			1			1		Costos programados en actividades de las diferentes UPSS	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								Costos programados en actividades de la OESA	Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental Comité de Seguridad para el Trabajo
Elaborar e implementar el programa de capacitación para el personal según el PDP en todas las áreas (Biosseguridad, 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 Biosseguridad	Manual	2					2								Costos programados en actividades de las diferentes UPSS	Departamento de Enfermería - Servicio Central de Esterilización, Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Elaborar el mapa de riesgo e implementar programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones 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 Anatómica Patológica, Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgo Desastres.
	Programa preventivo	1			1										
Implementar medidas para prevenir Infecciones intrahospitalarias	Informe	4	1		1			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			1				1		Costos programados en actividades de la OGTB	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					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. Entónces generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán \$1.100.00



**ANEXO N°03
MATRIZ DEL PLAN DE ACCIÓN EN BASE A RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN 2019 POR MACROPROCESO**

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.						
CRITERIOS EN "0"						
DIR1-6 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSa	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. 0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados.	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)	No se evidencian reportes de los últimos dos semestres del FON	Se recomienda tener el consolidado 2019	Departamentos y Oficinas involucradas
CRITERIOS EN "1"						
DIR1-7	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. 0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%.	R.D. de aprobación de Guías de Práctica Clínica Las Guías de Práctica Clínica Historias clínicas seleccionadas (de patologías que cuentan con GPC)	Reporte de adherencia de GPC remitidos por los Departamento de Pediatría, Departamento de Cirugía, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Departamento de Gineco - Obstetricia (85% de adherencia)	Realizar a través de los comités de Auditoría de los diferentes departamentos la medición de la adherencia a las Guías de Prácticas. Actualizar las GPC de las patologías más frecuentes.	Departamentos Asistenciales Oficina de Gestión de la Calidad

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales						
CRITERIOS EN "0"						
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. C: 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.	Elaborar trimestralmente informes de análisis de productividad por cada área orgánica.	Departamentos Oficinas
GRH2-2	El (los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	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. 0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones.	Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos Informe de propuestas al área respectiva	Se han conformado equipos de mejora enfocados en Macroprocesos. Sólo muestran evidencia del trabajo del Equipo de Mejora de Gestión de Recursos Humanos y manejo de riesgos (actas, notas informativas).	Las diferentes unidades orgánicas deben desarrollar mensualmente Reuniones administrativas en las que se analice la situación de su respectiva unidad, deben quedar registradas en actas y mensual o trimestralmente deben ser comunicadas a su Jefe inmediato	Departamentos Oficinas
CRITERIOS EN "1"						
GRH1-1	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 cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. 0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2: Cumple con lo establecido.	MOF aprobado con RD Reglamento del proceso de selección del personal según norma vigente	Con respecto a la actualización del MOF, aun no puede ser modificada ya que existe 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)	Actualización del MAPRO de la Oficina de Personal	Oficina de Personal

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH1-2	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 tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos. 0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%.	Procedimiento oficializado de inducción del personal. Informe de inducción del personal del último semestre.	Se espera la actualización del MAPRO donde se incorpora el Procedimiento de Inducción del Personal.	Incorporar la "Inducción del personal nuevo en la institución" en el MAPRO de la Oficina de Personal.	Oficina de Personal
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 Documentos 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. Ha cumplido con asignar funciones al personal que ha rotado, se ha reasignado o destacado en esta institución.	Continuar la elaboración de los Perfiles de Puesto en cada una de las unidades orgánicas.	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 Macroprocesos. Sólo muestran evidencia del trabajo del Equipo de Mejora de Gestión de Recursos Humanos y manejo de riesgos (actas, notas informativas).	Supervisar que los Equipos de Mejora se reúnan y lleven al día su Libro de Actas. Elaborar un plan de trabajo que indique el cronograma de trabajo del mismo, para poder lograr el objetivo.	Departamentos Oficinas
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	Actualización del "Manual de Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad". La pequeña observación del cumplimiento de uso de barreras de bioseguridad sugiere que la adherencia al empleo de los respiradores es muy baja.	Actualizar el Documento Técnico: "Manual de Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad" de la institución. Debe reforzarse la capacitación en Bioseguridad entre el personal asistencial. Priorizar la dotación de equipos de protección personal a las áreas de riesgo alto e intermedio de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



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 prioriza la capacitación en deberes y derechos de los usuarios	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 las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales						
CRITERIOS EN "0"						
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 defina 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 Personal
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 de la calidad constituidos y 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 2019

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GCA2-8	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	El establecimiento tiene Flujogramas de atención general, por servicios y señalización. 0: No tiene Flujogramas ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Flujogramas oficiales general, por servicio. Elementos de señalización.	No cuenta con Flujograma oficial de atención en todos los servicios y señalización.	Elaborar Flujogramas oficiales de atención para todos los servicios, especialmente en las áreas de hospitalización y mejorar la señalización.	Departamentos Oficinas Oficina de Comunicaciones
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 manjios de riesgo de la atención Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno	La Oficina de Calidad realizara 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 elaborara la guía de procedimientos de enfermería de evaluación de riesgo de aspiración	Departamento de Enfermería
MRA8-3 ESPECIFICO 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

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
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 servicios/áreas para el manejo de 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 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
MRA1-6	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 indicadores de la 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
MRA1-7	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerara los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas). 0: No ha logrado; 1: NO VALIDO; 2: Ha logrado una reducción sostenida.	Informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años	La Mortalidad materna se mantiene debido a la referencia de pacientes graves de otras regiones del país por intermedio del SIS	Se recomienda al Departamento de Gineco-Obstetricia, separar las pacientes que llevan sus controles en el Hospital dos de Mayo de aquellas que vienen referidas de otras regiones del país por intermedio del SIS y elaborar un reporte.	Departamento de Gineco-Obstetricia
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 Flujogramas del consentimiento informado Resultados de entrevista a diez pacientes informados sobre consentimiento informado	Implementar el proceso de consentimiento informado institucional.	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

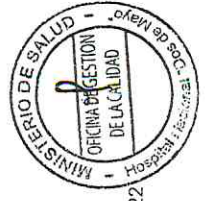
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA1-9	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad 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.	Formatos 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
MRA1-10	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. 0: No se cuenta; 1: Se cumple con lo establecido.	Documento/formato oficial de rechazo al procedimiento o tratamiento	Implementar el proceso de consentimiento de rechazo al procedimiento o tratamiento.	Difundir e Implementar la RD N°130-2017/D/HNDM, que aprueba el Retiro Voluntario, Desistimiento de Retiro Voluntario, Desistimiento Voluntario de Procedimiento en todas las áreas de hospitalización.	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
MRA2-5	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	0: No cuenta con medidas oficiales dirigidas a prevenir errores o confusiones debidas a la mala identificación de la persona o zona anatómica. 1: Existe documento oficial de mecanismos dirigidos a prevenir errores por mala identificación de la persona o zona anatómica 2: Se observa en muestra aleatoria del 50% de pacientes internados en áreas / unidades para procedimientos quirúrgicos los mecanismos utilizados para la identificación según disposiciones oficiales.	Documento que contiene las medidas para prevenir errores de identificación	No se evidencia brazaletes de identificación pero se evidencia carteles visibles en los servicios	Implementar la Directiva para la Identificación del Paciente (Brazaletes de identificación) en todas las áreas de hospitalización	Departamento de Enfermería

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA2-6	El establecimiento de salud vela 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 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
MRA2-7	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	0: No se evalúa el riesgo a desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en pacientes hospitalizados. 1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial.	Guía práctica clínica de TVP y TEP Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Falta implementar el formato de evaluación de Factores de Riesgo de Trombosis	Implementar el formato de evaluación de Factores de Riesgo de Trombosis	Departamento de Enfermería
MRA3-2	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas. 0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica o esta profilaxis no corresponde a la GPC; 2: Cumple con lo establecido.	Guías de práctica clínica Historias Clínicas	Todos los Servicios deberán tener sus guías de procedimientos asistenciales actualizadas	Todos los Servicios deberán tener sus guías de procedimientos asistenciales actualizadas	Departamento asistenciales
MRA3-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad 0: Se cuentan en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 90% o más de áreas.	soluciones antisépticas y papel toalla en áreas de manejo de pacientes	No se evidencia papel toalla en la mayoría de áreas de los diferentes servicios	Solicitar Soluciones antisépticas y papel toalla en áreas de manejo de pacientes	Departamento asistenciales



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA3-4	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales. 0: No se cuenta con mecanismos de control 1: Se cuenta con mecanismos de control pero no se evalúa el cumplimiento de las medidas; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de bioseguridad Plan de implementación de las medidas de bioseguridad Informe trimestral del cumplimiento de las medidas de bioseguridad	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informes de manejo de antisépticos y desinfectantes.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informes de manejo de antisépticos y desinfectantes.	Oficina de epidemiología y salud Ambiental
MRA4-3	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibiocioterapia. 0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no según norma; 2: Siempre se evalúa según lo establecido en la norma.	Informe mensual del registro de infecciones Intra Hospitalarias Informe sobre la identificación de cepas prevalentes Informe de evaluación de la implementación de normas de antibiocioterapia	Elaborar el Informe trimestral sobre la identificación de cepas prevalentes e Informe de evaluación de la implementación de normas de antibiocioterapia	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar el Informe trimestral sobre la identificación de cepas prevalentes e Informe de evaluación de la implementación de normas de antibiocioterapia	Oficina de epidemiología y salud Ambiental
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
MRA5-3	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento). 0: No asegura; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	MAPRO de administración de medicamentos Historia Clínica Kardex de enfermería	El Departamento de Enfermería deberá actualizar sus guías.	El Departamento de Enfermería deberá actualizar sus guías.	Departamento de Enfermería

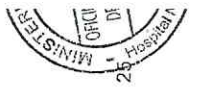


Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

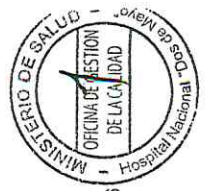
Código/ Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA5-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen 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
MRA6-1	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas 0: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%.	Manual de bioseguridad	Se evaluó la Sala El Carme y al Servicio de Obstetricia H-2; observando que el personal asistencial tiene la indumentaria correspondiente pero no todos tiene respirador N 95.	Se requiere que el 100% del personal use indumentaria de protección según Manual de Bioseguridad	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-2	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención 0: No existen o no están visibles; 1: Existen parcialmente y están visibles; 2: Cumple con lo establecido.	Cartillas visibles en servicios	En algunos servicios no cuentan con cartillas de prevención de accidentes laborales	Colocar cartillas de bioseguridad en todos los ambientes de atención	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
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 provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)	Tercerización del servicio de lavado	Tercerización del servicio de lavado	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-4	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normalidad. 0: No se realiza de acuerdo a normas; 1: Cumple parcialmente las normas; 2: Se cumple con lo establecido.	Documentos de requerimientos de materiales e insumos de bioseguridad según norma Pecosas	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informes mensuales de los materiales e insumos que hay parcialmente.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informes mensuales de los materiales e insumos que hay parcialmente.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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. 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. 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%.	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
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. 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%.	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
MRA7-1	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no es conocido; 2: Cumple con lo establecido.	Manual para la eliminación de residuos sólidos Documentos y Material de difusión de procedimientos para eliminación de residuos sólidos	Si hay difusión mediante correo electrónico. PERO NO ES CONOCIDO en los servicios evaluados de hospitalización	Reiterar la difusión de la RD N°017-2019/D/HNDM del 18/01/2019 que aprueba el Plan de Manejo de residuos Sólidos a los Departamentos para su conocimiento y aplicación.	Oficina de Epidemiología y salud Ambiental.

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 5: 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 en Defensa Civil.	El Certificado de Inspección Técnica de Seguridad debe obtenerse en la Municipalidad Metropolitana de Lima	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.	Solicitar a la Oficina Ejecutiva de Administración que solicite a la Municipalidad Metropolitana de Lima la Evaluación de Seguridad de las últimas obras que está realizando la institución.	Dirección Oficina de Servicios Generales y Mantenimientos
GSD2-5	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. 0: No participa; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales	No se participa de reuniones multisectoriales.	Coordinar con DIGERD-DIRIS Lima Centro-Municipalidad de Lima, lo relacionado a la participación en reuniones multisectoriales para la implementación de los planes locales.	Dirección Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD2-8	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal. 0: No cuenta o cuenta parcialmente; 1: Se cuenta pero no son de conocimiento del personal; 2: Cumple con lo establecido.	RD de Guías de manejo de emergencias masivas	No cuenta con Guías de manejo de emergencias masivas.	Elaborar Guías de manejo de emergencias masivas y difundir.	Departamento de Emergencia En Coordinación con Oficinas y Departamentos Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres

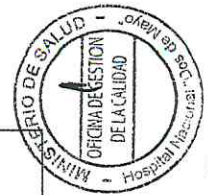


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD3-1	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres 0: No se adoptan las acciones; 1: Se adoptan pero no se comunican; 2: Cumple todo lo establecido.	Documentos de difusión de alertas.	No se cumple con difundir las alertas	Las alertas deben ser difundidas mediante la página web institucional, perifoneo u otro medio que asegure su adecuada comunicación. // Debe acreditarse documentariamente la difusión de las alertas.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
CRITERIOS EN "1"						
GSD1-3	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma 0: Menos del 50% de las áreas cuentan; 1: Entre 50 a 80% de las áreas cuentan; 2: Más del 80% cuentan.	Norma de señalización de seguridad	Los letreros de señalización de seguridad se encuentran ubicados en menos del 80 % de las áreas revisadas aleatoriamente.	Que la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento cumpla con la colocación de la señalización de seguridad en el 100% de las instalaciones y entregue al Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres y a la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Oficina de Personal, el inventario detallado de la señalización de seguridad. El ETGRD debe monitorear y supervisar la colocación de la señalización y emitir Informe a la Dirección General.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD1-4	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. 0: No cuenta; 1: Cuenta con señalización pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	Letreros de señalización de ubicación del establecimiento y de la unidad de emergencia	El nombre del establecimiento se encuentra oculto y mal iluminado; el cartel del Servicio de Emergencia requiere mejora de su iluminación	El nombre del Hospital requiere ser resaltado mediante iluminación y pintado de las letras con color luminoso o colocación de cartel luminoso (LED) que reemplace las letras de hierro negro. Mejorar la iluminación del cartel del Servicio de Emergencia (LED)	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos en coordinación con la Oficina de Comunicaciones y Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
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
GSD1-6	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. 0: No ha identificado; 1: Solo ha identificado para las áreas críticas 2: Ha identificado para todas las áreas del establecimiento.	Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.	El Índice de Seguridad Hospitalaria es muy inespecífico y realizado por personal propio con poca experiencia en el tema	La Oficina Ejecutiva de Administración solicite la realización de una Evaluación Técnica de Seguridad de las Edificaciones, que determine mejor la seguridad estructural de las instalaciones (Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Edificaciones, aprobado mediante Decreto Supremo N°058-2014-PCM) que cuenta con parámetros o criterios específicos para los establecimientos de salud. Entregar al ETGRD una copia de los resultados de la Evaluación Técnica de Seguridad de las Edificaciones, cuando se efectúe.	Oficina Ejecutiva de Administración
GSD2-1	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades 0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido	R.D. de conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil RD de aprobación del Plan anual de actividades Informe de evaluación trimestral del plan	El Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres no elabora su Plan Anual de Actividades	Solicitar al Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres que elabore su Plan Anual de Actividades y sea aprobado mediante RD	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD2-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños 0: No cuenta; 1: Cuenta pero están parcialmente equipadas; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños. Documento de asignación de equipamiento a las brigadas según norma.	Las brigadas hospitalarias no cuentan con listado nominal aprobado mediante RD, no acreditan los requisitos de capacitación que exige la normativa vigente; no se les ha asignado oficialmente el equipamiento	Reorganizar las Brigadas para que cumplan con la normativa vigente (responsables, GTGRD y ETGRD)	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD2-3	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal 0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento oficial que aprueba Plan Anual de Desastres. Documento de difusión del plan.	No se acredita la difusión a los trabajadores del "Plan de Respuesta Frente a Emergencias y Desastres" de la institución. // Acreditar documentariamente la difusión del mencionado plan.	Difundir a los trabajadores el "Plan de Respuesta Frente a Emergencias y Desastres" de la institución. // Acreditar documentariamente la difusión del mencionado plan.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres

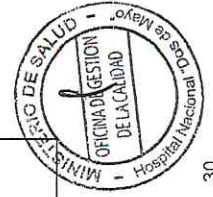
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD2-4	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. 0: No cumple 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.	Planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados. Informe de evaluación trimestral de los planes.	Aunque se elaboran y aprueban los planes de contingencia, no se cumple con realizar los informes de evaluación trimestral de dichos planes.	El ETGRD debe elaborar trimestralmente las evaluaciones de los planes ejecutados y reportarlo a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD2-6	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil. 0: No es revisado; 1: Es revisado pero no está actualizado o no se hace con Defensa Civil; 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan de respuesta ante las emergencias del Comité de Defensa Civil institucional Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil.	No se evidencia coordinaciones sectoriales	Realizar reuniones sectoriales a nivel municipales y defensa civil.	Dirección Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD2-7	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basados en su plan de respuesta. 0: No realiza; 1: Realiza pero no en los períodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido.	Informe de evaluación de los simulacros realizados los dos últimos años.	Aunque se elaboran y aprueban los planes de simulacros, no se cumple con realizar los informes de evaluación de dichos planes.	El ETGRD debe elaborar las evaluaciones de los simulacros ejecutados y reportarlo a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD3-4	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. 0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero no para todas las áreas críticas o cuenta por menos de 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.	Sistema alterno de provisión de energía	El sistema alterno de provisión de energía no cubre todas las áreas críticas	La OSGM debe concluir la instalación que permita entregar la provisión de energía alternativa al 100% de las áreas críticas	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD3-5	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. 0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no asegura provisión como mínimo 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Sistema alternativo de almacenamiento de agua potable.	La reserva de almacenamiento de agua no alcanza para cubrir 48 horas de consumo, como indica la normativa vigente.	Gestionar la construcción de otro(s) reservorio(s) de agua que permita incrementar la reserva de agua.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
GSD3-6	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. 0: No se dispone de un stock o está incompleto; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (fórmula MEDIN). Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud.	La reserva de medicamentos para emergencias es insuficiente	El ETGRD y el Departamento de Farmacia deben mejorar la dotación de medicamentos para emergencias y desastres y los ambientes en los que se almacenan. El Departamento de Farmacia debe realizar mensualmente el inventario de los medicamentos y entregar ese informe a la Dirección General y al ETGRD El ETGRD debe supervisar mensualmente los almacenes de los medicamentos y de los equipos a ser utilizados en caso de Emergencias Masivas o Desastres y verificar su orden y limpieza.	Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 8: 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"						
CGP2-5	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 del auditoría de la calidad de atención en emergencia	Realizar auditoría de la calidad de atención en emergencia	Seguir analizando auditorías de la calidad de atención en emergencia.	Oficina de Gestión de la Calidad
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"						
CGP2-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. 0: No se cuenta con Comité; 1: Cuenta, está capacitado pero no realiza auditorías o realiza auditorías para uno de los dos casos; 2: Cumple con lo establecido	RD de conformación del Comité de auditoría Certificados de capacitación de 60 horas a más, de los integrantes del comité Informes de auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	No se realizan auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	Realizar auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	Departamento de Gineco Obstetricia
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 que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados. Se elaboró "Directiva para la reducción del Número de Usuarios que no acceden a la Consulta Externa", en el 2015.	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; 1: 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.	Se evidencia Informe FONI en el semestre II del 2017	Se recomienda a quien corresponda cumplir con la evaluación de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal.	Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Consulta Externa
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.	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 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado según normas institucionales. 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



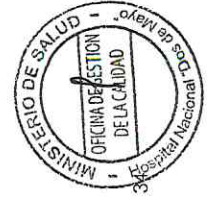
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATA1-5	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente 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", en todas las áreas 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
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.	Se evidenció informe de la auditoría de la calidad de registros de atención de consultorio externo 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.	Departamento de Consulta Externa
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 HCL con adherencia a las GPC.	Se evidenció informe de la auditoría de la calidad de registros de atención de consultorio externo 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.	Departamento de Consulta Externa
ATA3-2 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 de salud implementa 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. 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 Informe de actividades comunicacionales desarrolladas Actividades educativo-comunicacionales en ejecución.	Se implementan estrategias educativas para algunas patologías.	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 referenciadas en documentos oficiales.	Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Consulta Externa



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)						
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						
CRITERIOS EN "0"						
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.	Medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente. En consulta externa: se anotará la fecha y hora en la que se da la orden de hospitalización. En Emergencia: se anotará la fecha y hora en la que se da la orden de hospitalización y en el Kárdex de enfermería la hora en que el paciente sale de emergencia al servicio que corresponde. En los servicios de hospitalización se registrará la hora de ingreso en la hoja de enfermería	Jefes de Departamentos de Consulta Externa y Emergencia Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia y Pediatría Enfermería
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 responder. 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 Intra-hospitalarias, 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.	Los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los Departamentos deben realizar las auditorías de mortalidad por enfermedades transmisibles ocurridas en los servicios de hospitalización. Los servicios analizarán los informes de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de los Departamentos e implementarán las recomendaciones.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia y Pediatría

Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH-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	Realizar la auditoría de calidad de atención correspondiente a los casos de muerte materna. El Departamento de Gineco Obstetricia debe supervisar la implementación las recomendaciones.	Comité de Auditoría de Calidad de Atención en Salud del Departamento de Gineco Obstetricia Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia
ATH-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.	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.	Supervisar que todo personal que realice procedimientos en los servicios de hospitalización cumplan con las medidas de bioseguridad según normas vigentes	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia, Pediatría Emergencia Enfermería
ATH-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.	Implementar la evaluación periódica de historias clínicas por pares para efecto de monitoreo y mejoramiento de los procesos. Elaborar documento por departamento incluyendo el cronograma de trabajo anual	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia Pediatría Emergencia
ATH-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.	Realizar auditoría de calidad de atención a los eventos adversos graves /más frecuentes Implementar recomendaciones /acciones de mejora	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia Pediatría Emergencia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
ATH1-2	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.	Llevar a cabo reuniones periódicas de análisis de los procesos de atención para identificar problemas, formular propuestas y comunicarlos a la Dirección para su implementación. Inicialmente pueden ser trimestrales. Se deben generar actas y documentos así como informes de la implementación de las mejoras	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia, Pediatría Emergencia Enfermería
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	Implementar el parto con acompañante.	Fortalecer el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de partos normales	Jefe de Departamento de GinecoObstetricia
ATH2-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización 0: Las jefaturas nunca promueven 1: Promueven pero no cuentan con guías o no están de acuerdo con el perfil epidemiológico; 2: Cuentan con guías de práctica clínica acordes al perfil epidemiológico.	Actas de reunión de elaboración de GPC RD de aprobación de las Guías de práctica clínica ASIS o reporte estadístico.	Guías de práctica clínica desactualizadas	A las jefaturas de los Departamentos se recomienda actualizar las guías de práctica clínica con más de dos años de antigüedad de acuerdo a la normativa vigente, de acuerdo a las 10 patologías más frecuentes de internamiento.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia, Pediatría Emergencia
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	Realizar un informe de los indicadores de forma semestral	Elaborar listado de estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes y analizarlos periódicamente	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH4-1	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. 0: No cuenta; 1: Cuenta para algunas; 2: Cuenta para las diez.	ASIS institucional o documento similar (estadísticas hospitalarias) Guías de práctica clínica aprobadas con RD.	Guías de práctica clínica desactualizadas	A las jefaturas de los Departamentos se recomienda actualizar las guías de práctica clínica con más de dos años de antigüedad de acuerdo a la normativa vigente, de acuerdo a las 10 patologías más frecuentes de internamiento.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia y Pediatría Emergencia
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	A veces son implementadas o son implementadas por alguno de los miembros	Supervisar la adherencia a las guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes por Departamento /Servicio, según corresponda. Iniciar con la patología más frecuente y revisar por lo menos 5 historias clínicas de la misma patología a cargo de 5 médicos diferentes del Departamento /Servicio.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia y Pediatría Emergencia
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	La adherencia es entre 50 y 80%	Supervisar la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de complicaciones obstétricas -Hipertensión arterial inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia
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.	Realizar auditoría de calidad de atención en salud en una muestra de historias clínicas. Implementar mejoras en base a las recomendaciones	Comité de Auditoría en Salud Comités de Auditoría por Departamento Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia y Pediatría Emergencia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH5-1	El paciente y su familia reciben la 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	No se realiza encuesta	Estandarizar el proceso de información a los pacientes /familiares de ser el caso, acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos brindados. El proceso debe incluir horarios, lugar, responsables, forma de brindar la información y oportunidad de repregunta para asegurar en lo posible la comprensión por parte del usuario externo. Evaluar el proceso mediante encuestas a los pacientes/familiares según corresponda.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia Pediatría Emergencia
ATH6-1	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra/institucionales 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 cumple con lo establecido en el MAPRO. Observando además que en algunos servicios la respuesta de la interconsulta solicitada superaba las 48 horas.	Disminuir los tiempos de espera por interconsultas. La recepción de las interconsultas de los servicios de hospitalización debe ser hasta las 11:00 horas, salvo casos de emergencia. Identificar oportunidades de mejora del proceso e implementar acciones.	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia Pediatría Emergencia
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.	Supervisar que las historias clínicas cumplan con incluir el plan de trabajo de acuerdo a guías de práctica clínica	Jefes de Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia Pediatría Emergencia
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	Implementar acciones de mejora en base a las encuestas FON	Jefe de Departamento de GinecoObstetricia

Código Criterio	Estandar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macróproceso 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 operativo; 2: Cumple con lo establecido.	Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio	Cuenta pero parcialmente	Contar con personal orientador en el turno tarde y noche. Elaborar un mecanismo de información con idioma Quechua.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
EMG1-2	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respecto de la interculturalidad según realidades locales. 0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia o no respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido.	Cartel sobre atención de usuarios, ubicado en lugar visible con enfoque de interculturalidad según realidad local	Se sugiere elaborar carteles de atención al usuario en Emergencia para pacientes Pagantes, SOAT y Convenios Universitarios. Se sugiere elaborar carteles de atención con idioma Quechua.	Elaborar carteles de atención al usuario en Emergencia para pacientes Pagantes, SOAT y Convenios Universitarios. Elaborar carteles de atención con idioma Quechua.	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 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.	Se sugiere Actualizar las GPC.	Actualizar las GPC.	Comité del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EMG2-1	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad. 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido.	Lista de chequeo (ref. normas DIGEIM, SS Director) de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencia Reporte FON	Se sugiere supervisar el abastecimiento de medicamentos de Farmacia (Externa e Interna).	Supervisar el adecuado abastecimiento de medicamentos de Farmacia (Externa e Interna).	Departamento de Farmacia
EMG2-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible 0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está disponible o no está accesible o cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Sillas de ruedas y camillas del servicio de emergencia operativas y accesibles.	Realizar mantenimiento y repuesto de Sillas ruedas y camillas del servicio de emergencia.	Realizar mantenimiento y repuesto de Sillas ruedas y camillas del servicio de emergencia.	Oficina Servicios Generales y Mantenimiento
EMG2-3	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. 0: No están operativos; 1: Al menos un radio está operativo las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con lo establecido.	Informes de existencia y operatividad de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia. (servicios generales del EESS)	Realizar mantenimiento de la Central Telefónica, ya que se evidencia algunos anexos inoperativos (8224, 8242 y 8243). Realizar mantenimiento de la Radio de Transmisión.	Realizar mantenimiento de la Central Telefónica ya que se evidencia algunos anexos inoperativos (8224, 8242 y 8243). Realizar mantenimiento de la Radio de Transmisión.	Oficina Servicios Generales y Mantenimiento
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 profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. 0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Rol de programación de personal de emergencia, según nivel de complejidad	No todas las especialidades	Contar con personal Médico Especialista, a través del Sistema rotativo de guardias de las especialidades de Cardiología, Cardiovascular, Neurología, Urología y Otorrinología.	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"						
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 continua 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 cirujías según funciones básicas	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestésico-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: Mas 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 indicadores.	Del 60% al 90% las aplican	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 (DVI)						
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 Pregado 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%.	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 convenio con Universidades.	Dirección Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-2	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria 0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Tiene comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cumple con lo establecido.	RD de conformación de comité docente (pre y pos) Libro de actas de reuniones	Actualizar la RD de Comité Docente Asistencial Hospitalario Fomentar las reuniones y realizar actas de dichas reuniones.	Actualizar la RD de Comité Docente Asistencial Hospitalario Fomentar las reuniones y realizar actas de dichas reuniones.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-5	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo 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.	RD de conformación de comité de investigación Libro de actas de reuniones	Cuenta con Comité, es multidisciplinario pero no está operativo.	Actualizar la RD de Comité Investigación y operativizarlo.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
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 solo con plan para una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Planes oficializados con RD 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. Actualizar los planes de tutoría. Realizar informes de cumplimiento de los programas establecidos de pre y posgrado.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DIV2-5	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación; y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual 0: No cuenta con inventario; 1: Se cuenta con inventario, pero no se incorporan a la biblioteca; 2: Cumple con lo establecido	Inventarios de materiales de capacitación Inventario de investigaciones Biblioteca física y virtual	Se cuenta pero no se incorpora a la biblioteca.	Incorporar a la biblioteca el inventario de los materiales de capacitación 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	Solicitar la aprobación del Plan 2020 y elaborar informes de cumplimiento	Solicitar la aprobación del Plan 2020 y elaborar informes de cumplimiento	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 no cubre el 100% de los servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Actualizar el MAPRO, realizar el trámite correspondiente y con la debida anticipación ante la Dirección General para su aprobación. 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	No presenta acciones de control de calidad en el servicio de Anatomía Patológica.	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 2020	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
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, 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 resultados de los exámenes realizados en la totalidad de servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, documento que debe estar incluido en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad-2020, y establecer informe por trimestre y remitirlo a la Dirección General u Oficina de Gestión de la Calidad.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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 brinde apoyo y opinión técnica, para la mejora del registro en medios manuales e informático 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
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.	Establecer los correspondientes indicadores de calidad, los cuales deben estar incluidos en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
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 la Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de la Calidad respecto a los procesos realizados	Cronograma de Mantenimiento preventivo de Equipo biomédico del DPCyAP no contempla pedido de Mantenimiento preventivo de Equipo biomédico del Servicio de Anatomía Patológica para el año 2020	Actualizar el Registro de control de calidad de equipo biomédico, el Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y el Registro de Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos, el mismo que deberá cubrir la totalidad del equipo biomédico de los servicios pertenecientes al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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, el mismo que debe estar incluido en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad- 2020	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
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 cumple 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	No presentan capacitación del Servicio de anatomía patología.	Elaborar PDP 2020 y Gestionar su programación y aprobación ante la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docente e Investigación.	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
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 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	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 2019.	Elaborar el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad a implementarse el año 2020. Programar informes trimestrales de evaluación del Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020.	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.), el mismo que debe estar incluido en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad 2020.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
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	No cuentan con indicadores de calidad relacionados a la entrega de resultados de los exámenes	Elaborar el Programa o Plan de Control de Calidad o Plan de Mejoramiento continuo de la calidad con indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función a las necesidades del paciente.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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	Actualizar el MAPRO.	Elaborar registro de Control y Supervisión de los procedimientos establecidos en el MAPRO, que integre a todos los servicios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, el mismo que debe incluir el Control de Insumos.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
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	La herramienta informática no consigna fecha en la que entrega el resultado al paciente.	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 Diagnóstico por Imágenes
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.	Carenacia 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, que deben estar consolidados en un informe mensual que debe de ser enviado por el Jefe del servicio al Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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 2020	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 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 al Usuario Ambulatorio	Elaborar PDP 2020 y gestionar su programación y aprobación ante la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docente Elaborar Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio.	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 2020.	Departamento de Diagnóstico por Imágenes

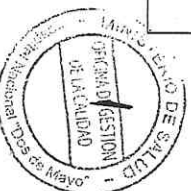


Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorporar la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar						
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 manual o electrónico 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.	No se realiza el informe sobre los motivos que originan las reprogramaciones de las citas.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-8	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. 0: El porcentaje de usuarios satisfechos con la información es menor a 60%; 1: El porcentaje está entre 60% y 80%; 2: El porcentaje es mayor al 80%	Encuesta de satisfacción del usuario externo información recibida durante el proceso de admisión y/o alta Implementación de proyectos de Mejora	El porcentaje de usuarios satisfechos es de 57%.	El porcentaje debe ser mayor a 80%	Oficina de Gestión de la Calidad



Código Criterio	Estandar	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 y 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 prolongas y a su vez deberá comunicarse a la oficina de epidemiología la supervisión respectiva.	Oficina de Estadística e Informática
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 historias clínicas individuales/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 EESS 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
ADA1-2	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 garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. 0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con lo establecido."	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Lista de chequeo de cumplimiento de procedimientos	Actualizar el MAPRO	Actualizar el MAPRO	Oficina de Estadística e Informática

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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 familiar/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
ADA1-4	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 procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. 0: El procedimiento para las citas no es de conocimiento del personal; 1: El procedimiento es de conocimiento del personal pero no ha sido difundido a los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo	No se realizan las encuestas al Usuario Interno	Tener un plan de desarrollo para las capacitaciones e incluir encuestas para el personal interno.	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
ADA2-1	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural. 0: El personal de admisión no informa a los usuarios sobre la atención; 1: El personal informa pero no identifica las necesidades o las identifica pero sin enfoque intercultural; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Ocurrencias sobre las identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión Encuesta al Usuario Externo sobre la información brindada por el personal de admisión	No hacen encuestas al personal de admisión	Concientizar a la dirección general sobre la importancia de capacitaciones para el personal de admisión.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 15: Referencia y Contrareferencia (RCR)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada						
CRITERIOS EN "1"						
ROR1-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. 0: No tiene documentado el proceso; 1: Lo tiene documentado pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido	Documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias Lista de chequeo según norma	Cumple con todo lo establecido, excepto MAPRO desactualizado 2013	MAPRO desactualizado (2013)	Oficina de seguros
ROR2-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. 0: No se cuenta con servicio de transporte; 1: Se cuenta con servicio, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Cumple lo establecido.	Lista de Chequeo: Unidad móvil para el traslado del paciente equipado según normatividad vigente Rol de programación de chofers Libro de registro de operatividad de la unidad de transporte	Equipar según normativa las 2 unidades nuevas	Equipar según normativa las 2 unidades nuevas	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

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 "1"						
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



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"						
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, paneles y otros de El 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

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, empaque, 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 personal 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 80% 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 el Manual de Salud Ocupacional. Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional	Departamento de Enfermería
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 Mensualizado 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



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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. Araqueles 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
DLDE4-4	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 descontaminación, 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 MINSAGOEV/GIA aprobada con R.M/N 1472-2002-SAMMINSA 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
DLDE2-3	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, esterilización, empaque, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Se empaqa y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. 0: No se cumple con los procedimientos establecidos o solamente se empaqa el material y/o equipo. 1: Se empaqa 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

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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
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 de Manejo de Residuos sólidos hospitalarios Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de salud ocupacional y el manual de 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 jébe.	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
Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.						
CRITERIOS EN "1"						
NYD1-2	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. 0: Menos del 50% se capacitó durante el último año; 1: Entre el 50% y 80% del personal se capacitó; 2: Se capacitó más del 80% del personal.	Plan de capacitación del servicio de nutrición y dietética Informes de Capacitación y listas de asistencia Revisión de legajo.	Realizar Informe del Desarrollo del Curso de Capacitación.	Realizar Informe del Desarrollo del Curso de Capacitación.	Departamento de Nutrición y Dietética
NYD1-4	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y estas se aplican. 0: El establecimiento no cuenta con normas; 1: Cuenta con normas pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Cada servicio. Cuenta con la norma de manipulación de alimentos, Manual de Manipulación de alimentos oficial de acuerdo a normatividad vigente. Informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos Lista de chequeo para verificar el cumplimiento del Manual de Manipulación de Alimentos.	Falta Informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos	Elaborar un Informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos	Departamento de Nutrición y Dietética



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 "0"						
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	Elaborar informes trimestrales del cumplimiento del manual de buenas prácticas de almacenamiento	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 procedimiento 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	Actualizar el Manual de procedimiento para el control de insumos y materiales Elaborar informe trimestrales del cumplimiento del manual.	Oficina de Logística

Oficina de Logística	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
<p>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.</p> <p>Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)</p> <p>CRITERIOS EN "0"</p>						
EIF-1-3	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
EIF-1-4	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.	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
EIF-2-1	El establecimiento de salud toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Existen procedimientos de verificación de inventarios actualizados (equipos con rúbricos visibles) y el Informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos. 0: No se tiene procedimiento; 1: Se tiene procedimiento pero no se realiza la verificación del inventario o éste 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



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macro proceso 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 "1"						
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.	El tarifario es responsabilidad del comité de tarifario que aprueba los costos elaborados por el equipo de costos de la OEPE



Documento Técnico: Plan de Acción en base a los Resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019

Oficina de Logística	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
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 incorporados 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.	Se cuenta con plan, está incorporado al POA, pero no se cumple con el plan.	Elaborar informes de cumplimiento del Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos.	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 DGIEM.	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
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