



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Callao, 28 de JUNIO de 2018

Visto, el Informe N° 239-2018-GRC/DIRESA/DRBLP, de fecha 27.JUN.2018, emitido por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, quien remite el "Plan Anual de Supervisión Integral de la Dirección Regional de Salud del Callao Año 2018", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así como establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la pública es responsabilidad del Estado;



Que, con Resolución Ministerial N° 669-2005-MINSA del 05 de setiembre del 2005, se aprobó la "Norma Técnica N° 035-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de supervisión integral", mediante la cual se establece el marco conceptual de la supervisión integral, la metodología, instrumento de supervisión y aplicativos informáticos y desarrollar el proceso del nivel local a redes, microrredes o establecimientos de salud de su ámbito;



Que, el artículo 5, de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, en relación a la misión del Gobierno Regional establece que la misión de los gobiernos regionales es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región; asimismo, el inciso g), del artículo 9, de la citada Ley, en cuanto a las competencias constitucionales dispone que los gobiernos regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros, conforme a ley;



Que, de acuerdo al artículo 49° incisos a), b) y c) de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales en materia de salud: Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales; formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud; y, coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional, respectivamente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 003-2009/MINSA, publicada el 10 de enero de 2009, se declaró que el Gobierno Regional del Callao culminó el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud contenidas en el Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007, aprobada por Decreto Supremo N° 036-2007-PCM, las cuales se precisan en el "Acta de Entrega y Recepción de Funciones Sectoriales y Recursos del Ministerio de Salud al Gobierno Regional del Callao", en tal virtud el Gobierno Regional del Callao es competente para el ejercicio de la totalidad de funciones en materia de salud, que dispone el artículo 49° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales;

Que, con Resolución Ministerial N° 672-2009/MINSA, de fecha 07 de octubre de 2009, se aprobó la Directiva Administrativa N° 158-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 876-2009/MINSA, de fecha 28 de diciembre de 2009, se aprobó la Guía Técnica: "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud";

Que, la supervisión integral constituye una herramienta indispensable para la mejora continua de los procesos administrativos y asistenciales, soportes necesarios para que la atención integral de salud, alcance niveles de calidad, calidez eficiencia y oportunidad e incrementar su efectividad, lo que ayuda a obtener resultados previstos en el Plan Operativo Institucional al detectar a tiempo los problemas en su ejecución;

Que, mediante documentos de visto el Director Ejecutivo de Salud de las Personas remite el "Plan Anual de Supervisión Integral de la Dirección Regional de Salud del Callao – Año 2018", cuya finalidad es fortalecer la gestión de los establecimiento de salud según niveles de atención y mejorar las capacidades de sus equipos técnicos en la ejecución de la atención integral y el funcionamiento de los servicios de salud con equidad, eficiencia, calidad y seguridad, en beneficio del público usuario y del personal de salud;

Estando a lo propuesto, por la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Estando a lo visado, por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 000255-2017, precisada en la R.E.R. N° 000276-2017.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el "PLAN ANUAL DE SUPERVISION INTEGRAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO - 2018" que comprende a nivel de Diresa y a nivel de Redes de Salud; que en adjunto forman parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, será la encargada de la implementación, difusión, monitoreo, aplicación y evaluación periódica del citado plan.

ARTÍCULO TERCERO.- Las Direcciones de Redes de Salud y Directores de Hospitales de la Dirección Regional de Salud del Callao, son las responsables de la implementación, difusión, supervisión, aplicación y cumplimiento del mencionado plan en su respectivo ámbito jurisdiccional.

ARTÍCULO CUARTO.- Encargar a la Oficina de Estadística, Telecomunicaciones e Informática, la publicación del Plan Anual de Supervisión Integral de la Dirección Regional de Salud - 2017, en la página web de la Dirección Regional de Salud del Callao.

ARTÍCULO QUINTO.- Notificar la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos a que hubiera lugar.

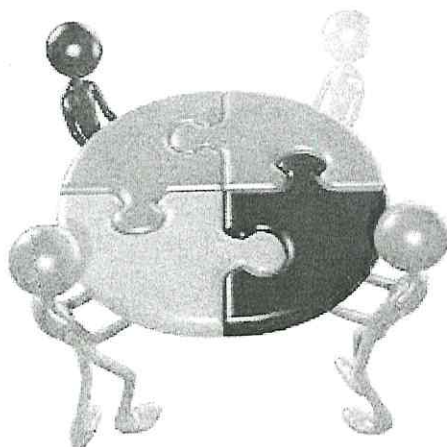
Regístrese y Comuníquese.



Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director Regional
CMP. 12555

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PLAN ANUAL DE SUPERVISIÓN INTEGRAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO - AÑO 2018





PLAN ANUAL DE SUPERVISIÓN INTEGRAL DIRESA CALLAO - 2018

I. INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento de las capacidades de organización y gestión de los Hospitales, Direcciones de Redes de Salud, Microrredes y establecimientos de salud de prestación de servicios de salud es un elemento básico para el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud.

El mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios públicos de salud en el país, hoy en día, está orientada a lograr la satisfacción del usuario con equidad, calidad eficiencia y eficacia en todos sus procesos, a fin de obtener resultados favorables y un impacto real para elevar el nivel de salud y calidad de vida de la población usuaria de los servicios de salud.

En virtud de ello, la supervisión y la evaluación constituyen una herramienta de gestión clave para avanzar hacia la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, que permitirá detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario externo.

En este contexto la Dirección Regional de Salud del Callao como órgano desconcentrado del Gobierno Regional del Callao y ente rector de salud a nivel de la Provincia Constitucional del Callao, en concordancia con su Reglamento de Organización y Funciones le corresponde lograr que las personas naturales y jurídicas, de gestión pública y privada que prestan servicios de salud a la población asignada, cumplan con las políticas, normas y objetivos funcionales en salud.

El presente Plan Anual de Supervisión Integral se sustenta en estos lineamientos y plantea planificar, organizar, asistir técnicamente y ejercer control sistemáticamente a un conjunto de procesos de la gestión y a sus áreas de competencia, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Plan Estratégico de la DIRESA Callao. Asumir la responsabilidad de la calidad, equidad y eficiencia de la Atención Integral de Salud a nivel regional.

La implementación de este plan constituye una estrategia de "Fortalecimiento de la gestión para la prestación de servicios de salud de calidad más eficaces, eficientes y efectivos", estableciendo como líneas de acción la Supervisión, Monitoreo y Evaluación de las intervenciones sanitarias, al ejercer control de la gestión sanitaria en sus áreas de competencia en los Hospitales, Direcciones de Redes de Salud, Microrredes y establecimientos de salud que corresponden a la jurisdicción de la DIRESA Callao, logrando así intervenciones sanitarias integrales con criterio de calidad, accesibilidad y eficiencia para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la persona, familia y comunidad de la región Callao.

Para la ejecución de estas supervisiones se cuentan con herramientas de supervisión como el Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de DIRESA a hospitales, Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de la DIRESA a las redes de salud y a establecimientos de salud, diálogo fluido con el usuario del servicio y la participación activa de los trabajadores operativos.

Es importante resaltar que la supervisión a los establecimientos de salud corresponde a uno de los compromisos de mejora de los servicios definidos en el Convenio de Gestión, la cual es celebrado entre el Gobierno Regional del Callao y el MINSA, como parte del fortalecimiento del Sector Salud para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población.



II. FINALIDAD

Fortalecer la gestión de los establecimientos de salud según niveles de atención y mejorar las capacidades de sus equipos técnicos en la ejecución de la atención integral y el funcionamiento de los servicios de salud con equidad, eficiencia, calidad y seguridad, en beneficio del público usuario y del personal de salud.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Observar, evaluar y controlar el cumplimiento de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en salud, y las acciones de calidad de los servicios de salud en el marco de la Atención Integral de Salud y el Aseguramiento Universal en Salud de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar el nivel de competencia del equipo de gestión de los establecimientos de salud así como los procesos gerenciales y técnicos relacionados a la prestación de servicios.
- Fortalecer los conocimientos, actitudes y habilidades del personal de salud para mejorar el desempeño de sus labores y brindar asistencia técnica.
- Fortalecer las actividades de gestión, atención integral y estrategias.
- Promover una cultura de toma de decisiones basada en el análisis de la información.
- Realizar esfuerzos conjuntos para la satisfacción del usuario externo e interno.
- Analizar la calidad de los servicios de salud, la eficiencia y eficacia de estos servicios, el uso adecuado de los recursos enfocados a los objetivos de los planes operativos.
- Promover una cultura organizacional orientada a resultados que permitan optimizar los recursos disponibles.

IV. AMBITO DE LA APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Supervisión Integral se aplicará a hospitales, direcciones de redes de salud, microrredes de salud y establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud que pertenecen a la jurisdicción de la Dirección Regional de Salud del Callao.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26642, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- RM N° 729-2003-SA/DM, que aprueba el Documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que aprueba "Las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud".
- RM N° 474-2005/MINSA, Norma Técnica N° 029-MINSA DGSP V.01 "Norma Técnica de Auditoria de Calidad de Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N° 721-2005/MINSA, que aprueba los "Planes Generales de las siguientes Estrategias Sanitarias Nacionales: Inmunizaciones, Prevención y Control Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores, Prevención y Control de Tuberculosis, Prevención y Control de Daños no Transmisibles.
- RM N° 633-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 034-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente".



- RM N° 669-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Supervisión Integral – NT N° 035-MINSA/DGSP.
- RM N° 529-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 043-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores".
- RM N° 626-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 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".
- RM N° 292-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- RM N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1077-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 076-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 054-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 098-2008/MINSA, que modifica el Artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, Documento Técnico "Plan Nacional de Salud Mental" e incorpora el Artículo 5°: El Consejo Nacional de Salud, a través del Comité Nacional de Salud Mental, brindará apoyo técnico y asesoramiento al Ministerio de Salud en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental".
- RM N° 538-2009/MINSA aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".
- R.M N° 672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 158 – MINSA/DGSP– V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud.
- R.M. N° 876-2009/MINSA, "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud".
- RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico; "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad",

VI. METODOLOGIA

La DIRESA Callao, cuenta con Supervisores Regionales a nivel de la Administración Central y Redes de Salud; el supervisor integral, está capacitado para realizar una interacción personal, individual y grupal, a través de la cual desarrollará un proceso de enseñanza y aprendizaje con los supervisados con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades orientadas a mejorar el desempeño del personal de los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención de salud y de la gestión de los servicios de salud.

Se ha considerado necesario formar 05 equipos de supervisión (02 equipos a nivel de la Sede Central de la Dirección Regional de Salud del Callao, 01 equipo a nivel de cada una de las 03 Redes de Salud, los mismos que estarán cumpliendo bajo su responsabilidad el cronograma de supervisiones integrales. Cada equipo estará conformado por supervisores certificados.

VII. PRODUCTOS ESPERADOS

- Hospitales, Redes de Salud, Microrredes y Establecimientos de Salud fortalecidos con estrategias para el desarrollo de la gestión y cumplimiento de su Plan Operativo Anual, que contribuyen a alcanzar los objetivos del Plan Estratégico y Lineamientos de Política del Sector.



- Informes de supervisión con acta de compromisos de cada hospital, Red de salud, Microrredes de Salud y/o establecimiento de salud, lo que facilitará determinar su necesidad de asistencia técnica y seguimiento respectivo en los plazos establecidos.
- Hospitales que emplean estrategias que optimizan sus procesos.
- Informe de supervisión integral, este documento contempla desde el análisis, listado de soluciones por áreas, reporte de resultado de la calificación de los estándares según áreas supervisadas y el Acta de Acuerdos y Compromisos.
- Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los acuerdos y compromisos definidos de manera participativa y consensuada. El equipo supervisor deberá asumir la responsabilidad de velar por el cumplimiento al 100% de los mismos.

VIII. ESTRATEGIAS

- El proceso de supervisión será enseñanza, aprendizaje, capacitación y servicio.
- Brindar solución de problemas críticos para ahorrar esfuerzos.
- Consolidar el mejoramiento continuo de los procesos que realizan los servicios.
- Inducir a realizar trabajos en equipo multidisciplinario.

IX. RESPONSABILIDADES



La Dirección Regional de Salud del Callao a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Dirección de Servicios de Salud, son los responsables de la socialización, difusión e implementación del presente Plan Anual de Supervisión a las Direcciones Ejecutivas de Redes de Salud, Dirección de Atención Integral de Salud, la Dirección de Aseguramiento y Calidad en Salud, cuyos funcionarios tienen la responsabilidad de monitorear, aplicar y dar revisión periódica del citado plan.



Las direcciones y oficinas de la Administración Central de la DIRESA Callao, darán las facilidades a los supervisores convocados para la ejecución de las actividades de supervisión a fin de garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población.

Las Direcciones de Redes de Salud de la Región Callao, serán responsables de dar cumplimiento con eficacia las acciones contempladas en el plan en las Microrredes y establecimientos de salud priorizados del ámbito de su jurisdicción.

X. CARACTERÍSTICAS DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión efectuada se caracteriza por ser integral, horizontal, equitativa, práctica, participativa y planificada; orientada a ser evaluada permanentemente, tomándose en cuenta los objetivos, las actividades programadas y ejecutadas y las necesidades de capacitación del personal.

XI. INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN

La aplicación de los instrumentos de supervisión permitirán obtener la información del desempeño del personal de salud y de la gestión local de los servicios de salud; al mismo tiempo formular soluciones consensuadas, que mejorarán la calidad de los servicios de salud en los diferentes establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

Asimismo, fortalecer el nivel de competencia del equipo de gestión de los hospitales, Redes de Salud y establecimientos de salud del primer nivel de atención a través de la recopilación de información sobre los procesos gerenciales y técnicos relacionados a la prestación de servicios de salud.

Los instrumentos a emplearse durante la supervisión para lograr una mayor efectividad en la operatividad y gestión del supervisor, son los siguientes:



- Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de DIRESA a hospitales.
- Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de la DIRESA a las redes de salud y/o de redes de salud a establecimientos de salud.

XII. ASPECTOS DE SUPERVISIÓN

Siendo la supervisión una herramienta de gestión clave para avanzar hacia la eficacia, eficiencia y calidad de los Servicios de Salud, en forma ordenada, sistemática de la información se ha visto por conveniente que dentro de los aspectos a se ha contemplado aquellos indicadores variables técnico-administrativo y asistenciales, comprendiendo las áreas a evaluar:

- Aspecto de gestión: (Medicamentos y Dispositivos médicos, Unidad de Seguros, Calidad en Servicio, Bioseguridad, Sistema de Información, Organización en Salud, Logística, Recursos Humanos y Economía).
- Aspecto de atención integral en salud: (Niño, Adolescente, Joven, Adulto, Adulto- Mayor)
- Aspecto de estrategias sanitarias, según nivel de atención.



XIII. RECURSOS HUMANOS PARA EL PROCESO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL

El equipo de supervisores, está conformado por profesionales de la salud con experiencia en la prestación de servicios de salud, información, educación y comunicación, con conocimiento de los procesos más importantes que en el tema de regulación desarrolla la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.

En la selección del recurso humano para las actividades de supervisión de los procesos estratégicos y claves que desarrollan los establecimientos de salud en los tres niveles de atención de salud y las Redes; se ha tomado en cuenta la identificación de competencias necesarias para un óptimo desempeño de la supervisión integral, además de adecuadas condiciones éticas.

A continuación se describen algunos criterios a tomar en cuenta:

13.1 PERFIL DEL SUPERVISOR

Los supervisores son profesionales de la salud con experiencia en gestión, prestación, financiamiento de servicios de salud y en promoción (información, educación y comunicación en salud), que deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Experto en el área a supervisar.
- Capacidad docente, ser facilitador.
- Conocer y aplicar adecuadamente las técnicas para la supervisión.
- Capacidad para identificar las necesidades de capacitación.
- Tener conocimientos generales sobre el sistema de control gerencial y calidad en salud.
- Tener experiencia en gestión pública en salud.
- Realizar trabajo en equipo.
- Tener capacidad de análisis.
- Alta capacidad de comunicación e interrelación.
- Alto nivel de receptividad.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Capaz de realizar consejería.
- Tener conocimientos sobre información, educación y comunicación.



13.2 RESPONSABILIDADES O FUNCIONES DEL SUPERVISOR

Entre las cuales podemos señalar:

XIV. TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE SUPERVISION

14.1 TÉCNICAS A UTILIZAR:

El supervisor deberá tener en cuenta técnicas principales para llevar a cabo con efectividad una supervisión integral, que garantice la búsqueda de los resultados y la solución de los problemas encontrados. Estas técnicas a emplearse son las siguientes:

- Observación Directa
- Entrevista
- Investigación Documentaria
- Reuniones de Problematicación
- Actividades o tareas relacionadas con aspectos claves de la Microrred o establecimiento de salud visitado.

14.2 HERRAMIENTAS DE SUPERVISIÓN

Las herramientas a emplearse durante la supervisión para lograr una mayor efectividad en la operatividad y gestión del supervisor, son los siguientes:

- El Plan Anual de Supervisión Integral a Nivel de la DIRESA Callao.
- Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud.
- Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de DIRESA a hospitales.
- Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de la DIRESA a las redes de salud y de las redes a microrredes y/o establecimientos de salud.
- ASIS Regional.

XV. ETAPAS DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL

El proceso de Supervisión Integral se desarrolla a través de 03 etapas, que permiten una mejor comprensión y utilización de los instrumentos:

➤ ETAPA I: ANTES DE LA SUPERVISIÓN

Esta etapa, debe estar dirigida a lograr una adecuada organización de la supervisión con el equipo supervisor, y al conocimiento de la situación de salud del ámbito a visitar, las actividades a realizar son:

- Conformación de equipos supervisores
- Definición de instrumento de supervisión por niveles
- Recolección de información de la instancia que se va a supervisar
- Analizar la información recolectada
- Homogenización de criterios en el equipo supervisor
- Coordinación con la instancia a supervisar



➤ ETAPA II: DURANTE LA SUPERVISIÓN

En esta etapa se aplican los instrumentos de supervisión en los aspectos técnicos administrativos y técnicos asistenciales, al establecimiento visitado con el objeto de analizar los diferentes procesos e identificar los problemas, encontrar las posibles soluciones y capacitar al personal para mejorar su desempeño; las actividades a realizar son:

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1. Reunión con el Director del Hospital o Red de Salud / Jefe del establecimiento de salud y equipo de gestión para socializar el plan de visita con las áreas priorizadas y realizar ajustes o adecuaciones que se consideren necesarios.	Coordinador Responsable del Equipo de Supervisión
2. Ejecución de la supervisión a) Aplicación de los instrumentos de supervisión correspondiente. b) Consolidar las conclusiones y recomendaciones de todas las áreas a evaluar.	Cada Integrante del Equipo de Supervisión
3. Reunión con el Director/Jefe del Hospital/Red de Salud y establecimiento de salud y equipo de gestión para socializar el consolidado de las conclusiones y recomendaciones establecidas por la visita de supervisión.	Responsable de Equipo de Supervisión
4. Reunión de Problematicación con el Director/Jefe del Hospital/Red de Salud y establecimiento de salud y/o personal de salud para ampliar el análisis de la problemática descrita, identificar las verdaderas causas raíz y arribar a compromisos a corto y mediano plazo.	Integrantes del Equipo de Supervisión y Director de Hospital/Red o Médico Jefe de EE.SS
5. Suscripción del Acta de Cierre de Supervisión correspondiente con la firma de todos los participantes	Todos los integrantes del Equipo de Supervisión

➤ ETAPA III: DESPUÉS DE LA SUPERVISIÓN

Esta etapa tiene por objeto realizar el informe de la visita de supervisión, que contenga los elementos necesarios para un adecuado seguimiento de los acuerdos y compromisos de mejorar, establecidos con la entidad supervisada.

En esta etapa las actividades a realizar serán:

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1. Elaboración del Informe de la visita de supervisión realizada.	Cada Responsable Supervisor en conjunto con los integrantes del Equipo de Supervisión de DIRESA y Redes de Salud
2. A nivel DIRESA: envío oficial de los informes de supervisiones a Hospitales, Redes de Salud y establecimientos de salud visitados y Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.	Dirección de Servicios de Salud
3. A nivel Redes de Salud: envío oficial de los informes de supervisiones a las Microrredes de salud/establecimientos de salud y	Director de Red de Salud con su Equipo de Supervisión



Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la DIRESA Callao.	
4. Monitoreo y cumplimiento de las recomendaciones de la visita de las supervisiones.	Directores de Hospitales y Redes, Médicos Jefes de Microrredes/Establecimientos de salud con su equipo de trabajo
5. Seguimiento de acuerdos y compromisos de las visitas de supervisión.	Responsable Supervisor e integrantes del Equipo de Supervisión a nivel de DIRESA y Redes de Salud

XVI. ORGANIZACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

16.1 EQUIPOS DE SUPERVISIÓN

Los equipos de supervisión serán multidisciplinarios, para cumplir con la supervisión integral y estarán conformados por niveles, debiendo ser:

- A NIVEL DE DIRESA CALLAO A HOSPITALES Y REDES DE SALUD

El equipo supervisor de la DIRESA, estará integrado por miembros del Equipo de Gestión de las diferentes Direcciones y/u Oficina de la Sede Central de la Dirección Regional de Salud del Callao; cuyos profesionales de salud cuentan con la experiencia y conocen del trabajo en cada nivel, siendo de las áreas:

- ✓ Dirección de Servicios de Salud
- ✓ Dirección de Atención Integral en Salud
- ✓ Dirección de Aseguramiento y Calidad en Salud
- ✓ Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- ✓ Oficina de Epidemiología
- ✓ Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas
- ✓ Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística
- ✓ Dirección de Laboratorio de Salud Pública
- ✓ Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
- ✓ Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud
- ✓ Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos

Cada supervisión que realice el Equipo Supervisor estará integrada por 04 profesionales de salud como mínimo debidamente capacitados para el desarrollo del proceso y serán rotados con las diferentes áreas involucradas.

- A NIVEL DE REDES DE SALUD A MICRORREDES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIORIZADOS

Los Equipos de Supervisión a nivel de Redes de Salud estarán integrados por personal asistencial y administrativo certificados.

Dicho equipo de supervisión en este nivel está constituido por:

- ✓ 01 Coordinador Responsable de Supervisión
- ✓ 01 Profesionales de salud (enfermera, obstetra y cirujano dentista, etc.).
- ✓ 01 Personal administrativo (técnico Estadístico y/o administrativo)

Es preciso indicar que en caso de no encontrarse alguno de los profesionales indicados, se delegará la responsabilidad y autoridad al que corresponda según niveles jerárquicos, se conformarán 03 equipos supervisores a nivel de las Redes de Salud.



16.2 FRECUENCIA DE LAS SUPERVISIONES

La supervisión integral del nivel DIRESA a Hospitales y Redes de Salud así como de las Redes a Microrredes y establecimientos de salud priorizados será en forma anual.

Las visitas de supervisión integral de la Red a Microrredes de Salud es variable y su frecuencia de visita varía de una a dos visitas al año según lo requiera.

16.3 DIAS NECESARIOS PARA LA SUPERVISION

A fin de asegurar la objetividad y calidad del proceso, se sugiere como mínimo dos días efectivos de trabajo, que puede ampliarse según lo determine la instancia responsable de la supervisión, el cual se describe en el presente plan de supervisión.

16.4 CRONOGRAMA DE SUPERVISION

La programación de las actividades de Supervisión Integral serán en concordancia conforme al cronograma establecido para el presente año 2018, tanto para las Direcciones de Redes de Salud: Bonilla-La Punta, BEPECA y Ventanilla así como también para la Administración Central de la DIRESA Callao, de acuerdo al siguiente cuadro:

CRONOGRAMA A NIVEL DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL

➤ CRONOGRAMA NIVEL DIRESA A REDES DE SALUD

Meses	Red de Salud Bonilla-La Punta	Red de Salud BEPECA	Red de Salud Ventanilla	TOTAL
JULIO	1	1	1	3
Total	1	1	1	3

➤ CRONOGRAMA NIVEL DIRESA A HOSPITALES

Meses	Hospital Carrión	Ho José	Hospital de Ventanilla	Hospital de Rehabilitación	Total
AGOSTO	1	1	1	1	4
Total	1	1	1	1	4



❖ **CRONOGRAMA NIVEL DE REDES A MICRORREDES DE SALUD**

➤ **CRONOGRAMA DE LA RED DE SALUD BONILLA – LA PUNTA**

Meses	MCR Santa Fe	MCR Bonilla	MRC Néstor Gambetta	MCR José Olaya	MCR Acapulco	TOTAL
Mayo	1	1	1	1	-	4
Junio	-	-	-	-	1	1
Julio	-	-	-	-	-	-
Agosto	-	-	-	-	-	-
Setiembre	1	1	1	1	1	5
Total	1	1	1	1	1	10

➤ **CRONOGRAMA DE LA RED DE SALUD BEPECA**

Meses	MCR Faucett	MCR Sesquicentenario	MCR Aeropuerto	MCR Bellavista	TOTAL
Junio	1	-	1	-	2
Julio		1	-	1	2
Agosto	1	1	-	-	2
Setiembre	-	-	1	1	2
Octubre	-	1	1		2
Noviembre	1	-	-	1	2
TOTAL	3	3	3	3	12



➤ **CRONOGRAMA DE LA RED DE SALUD VENTANILLA**

Meses	MCR Pachacútec	MCR Angamos	MCR Villa los Reyes	MCR Márquez	TOTAL
Junio	1	-	-	-	1
Julio	-	1	-	-	1
Agosto	-	-	1	-	1
Setiembre	-	-	-	1	1
Total	1	1	1	1	4

XVII. RECURSOS A UTILIZAR

- Recurso Humano: Profesionales de Salud (médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras y otros profesionales).
- Instrumentos de Supervisión: Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de DIRESA a hospitales, Instrumento para la Supervisión Integral del nivel de la DIRESA a las redes de salud y de las redes a microrredes y/o establecimientos de salud, Reportes anteriores, manuales, informes, protocolos, fichas.
- Los materiales de escritorio e insumos: Hojas bond, impresora, tableros, bolígrafos, fólderes, cámara fotográfica, etc.
- Movilidad.

XVIII. INFORMACIÓN

Una vez terminada la supervisión integral, el equipo supervisor de DIRESA y/o Redes, sostendrá una reunión con el Equipo de Gestión de los Hospitales, Redes de Salud, Microrredes y Establecimientos de Salud priorizados para establecer los acuerdos y compromisos, dentro del mes. Los mismos que con su equipo de Gestión local deben comprometerse a cumplir en los plazos determinados, las recomendaciones dejadas por el equipo de supervisión de la Administración Central y Redes de Salud de la DIRESA Callao.

Se trabajará junto con ellos las siguientes matrices:

- Matriz de Priorización de Problemas
- Matriz de Solución de Problemas
- Acta de acuerdos y compromisos

Concluida esta fase, el equipo de Supervisión Integral de la DIRESA se reunirá para realizar el Informe de Supervisión Integral respectivo.

Las actividades de la Supervisión Integral estarán incluidas en el Plan Operativo Anual de la Dirección Regional de Salud del Año 2018, así como su financiamiento dentro del presupuesto de la institución.



XIX. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El presente Plan Anual de Supervisión Integral contempla:

1. Evaluar la programación de las actividades a supervisar.
2. Verificar la utilidad y pertinencia de los instrumentos utilizados con el propósito de mejorarlos de ser necesarios.
3. Determinar la efectividad de las estrategias integrales de la supervisión.
4. Medir los productos inmediatos, los efectos y el impacto de la supervisión en el contexto del control gerencial y consecuentemente al logro de resultados sanitarios.

XX. ANEXOS





FORMATO N° 1

INFORME TÉCNICO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL HOSPITAL

1. ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUPERVISADO:
2. FECHA DE SUPERVISIÓN:
3. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA :
4. JUSTIFICACIÓN
5. OBJETIVOS
6. ACTIVIDADES REALIZADAS:
7. METODOLOGÍA EMPLEADA:
8. RESULTADOS:
 - a) Antecedentes del supervisado (ESTABLECIMIENTO)
 - b) Organización.
 - c) Red de servicios.
 - d) Gestión de recursos humanos.
 - e) Gestión logística
 - f) Medicamentos, Insumos y Drogas
 - g) Seguro Integral de Salud
 - h) Gestión económica financiera.
 - i) Sistema de información.
 - j) Control gerencial: supervisión, monitoreo y evaluación
 - k) Salud Ambiental
 - l) Epidemiología
9. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS (FORMATO N° 2)
10. MATRIZ DE SOLUCIONES PROPUESTAS (FORMATO N° 3)
11. CONCLUSIONES
12. RECOMENDACIONES POR COMPONENTES.
13. ACUERDOS y COMPROMISOS





INFORME TÉCNICO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL RED Y MICRORED

14. RED/MICRORED/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUPERVISADO:

15. FECHA DE SUPERVISIÓN:

16. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA :

17. JUSTIFICACIÓN

18. OBJETIVOS

19. ACTIVIDADES REALIZADAS:

20. METODOLOGÍA EMPLEADA:

21. RESULTADOS:

- a) Antecedentes del supervisado (DIRESA, RED MICRORED Y ESTABLECIMIENTO)
- b) Organización.
- c) Red de servicios.
- d) Gestión de recursos humanos.
- e) Gestión logística
- f) Medicamentos, Insumos y Drogas
- g) Seguro Integral de Salud
- h) Gestión económica financiera.
- i) Sistema de información.
- j) Estrategias Sanitarias Regionales.
- k) Control gerencial: supervisión, monitoreo y evaluación
- l) Salud Ambiental
- m) Epidemiología
- n) Promoción de la Salud
- o) Programa de Instituciones Educativas, Seguras y Saludables.

22. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS (FORMATO N° 2)

23. MATRIZ DE SOLUCIONES PROPUESTAS (FORMATO N° 3)

24. CONCLUSIONES

25. RECOMENDACIONES POR COMPONENTES.

26. ACUERDOS y COMPROMISOS



FORMATO N° 2

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

1. INSTANCIA SUPERVISADA:

2. EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O RED:

PROBLEMAS (1)	CRITERIOS				
	MAGNITUD (2)	TRASCENDENCIA (3)	VULNERABILIDAD (4)	FACTIBILIDAD (5)	TOTAL (6)
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					

GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

COLUMNA N° 1: Anotar los problemas u oportunidades de mejoría, es decir la diferencia entre *lo que es* y *lo que debería ser*, que fueron seleccionados para la asignación de prioridades; no importa el orden en que se anoten. Estos problemas u oportunidades de mejoría pudieron obtenerse en una lluvia de ideas, del análisis de un proceso, de una encuesta de satisfacción, del buzón de sugerencias, etc. Las siguientes cuatro columnas corresponden a cuatro Criterios de Ponderación que nos facilitan la asignación de prioridades, a cada una de ellas se le asignará un valor entre 1 y 5 de acuerdo con las siguientes características.

COLUMNA N° 2: MAGNITUD es la frecuencia de aparición de un problema u oportunidad de mejoría, se le asignará el valor de 1 si el problema no es frecuente y 5 si el problema aparece con mucha frecuencia.

COLUMNA N° 3: TRASCENDENCIA es el impacto que tiene en el desempeño del proceso (que tan grave es). Se le asignará el valor de 1 si no es grave (si no tiene impacto en el desempeño) y 5 si es muy grave (gran impacto en el desempeño).

COLUMNA N° 4: VULNERABILIDAD es la susceptibilidad de solución o si su solución es fácil. Se le asignará el valor de 1 si el problema no es de fácil solución y de 5 si es de fácil solución.

COLUMNA N° 5: FACTIBILIDAD es la posibilidad de solución en términos políticos y económicos. Se le asignará el valor de 1 si su solución depende de factores políticos y económicos que no están al alcance del grupo de trabajo que identificó el problema y de 5 si no depende de estos factores. De los valores que se asignen entre 1 y 5, dependerá hacia donde se incline la ponderación.

COLUMNA N° 6: LA CALIFICACIÓN es el resultado de la suma de las cuatro columnas anteriores.



FORMATO N° 3

MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. INSTANCIA SUPERVISADA:

2. EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O RED:.....

PROBLEMAS (1)	CRITERIOS					
	CAUSA (2)	CONSECUENCIAS (3)	AREAS INVOLUCRADAS (4)	SOLUCIONES PROPUESTAS (5)	PLAZO (6)	RESPONSABLE (7)
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						

GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

COLUMNA N° 1: Describir los problemas que actualmente impiden la realización de las actividades propuestas para el logro de los objetivos. Para ello, enunciar brevemente cada problema.

COLUMNA N° 2: Describir brevemente la(s) causa(s) de cada problema enunciado, tratando de encontrar la(s) causa(s) básica(s).

COLUMNA N° 3: Especificar los daños o riesgos derivados del problema.

COLUMNA N° 4: Señalar los servicios, departamentos o áreas involucradas en el origen del problema.

COLUMNA N° 5: Resumir la(s) alternativa(s) de solución para cada problema, que se considera(n) factible(s) de ser explicadas.

COLUMNA N° 6: Anotar el plazo máximo para resolver el-(los) problema(s).

COLUMNA N° 7: Puntualizar el-(los) responsable(s) involucrado(s) para llevar a cabo la(s) solución(es) propuesta(s), especificando nombre(s) y puesto(s).



FORMATO Nº 4

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS

Siendo las () horas del día..... 201(), se encuentran reunidos en Sala de reuniones del....., las siguientes personas:

Integrantes del Equipo Supervisor:

1.
2.
3.
4.
5.

Director del Establecimiento de Salud:

1. Se informa acerca de las actividades desarrolladas durante la supervisión realizada el..... 201(); en cumplimiento del Plan Anual de Supervisión Integral 2018
2. Los hallazgos y las oportunidades de mejora detectados se encuentran definidos en la matriz adjunta; definiendo los responsables y plazos para su cumplimiento.

Se culmina la reunión, firmando los asistentes la presente acta:





FORMATO Nº 5

INFORME TÉCNICO PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA SUPERVISIÓN INTEGRAL

1. RED/MICRORED/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUPERVISADO:
2. FECHA DE SEGUIMIENTO:
3. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA :
4. ANTECEDENTES
5. RESULTADOS ESPERADOS
6. ESTRATEGIA A USAR:
7. MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES PROPUESTA (FORMATO Nº 5)
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES





FORMATO N° 6

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. INSTANCIA SUPERVISADA:

2. EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O RED:.....

PROBLEMAS (1)	SOLUCIONES PROPUESTAS (2)	RESPONSABLE (3)	FECHA ULTIMO SEGUIMIENTO (4)	ACCIONES PENDIENTES (5)	CAUSAS QUE IMPIDEN SOLUCION (6)	PROX. REV. (7)	AVANCE%
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							

GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES PROPUESTAS

COLUMNA N° 1: Considerar los problemas que se determinaron en la última supervisión.

COLUMNA N° 2: Revisar las soluciones propuestas

COLUMNA N° 3: Considerar los servicios, departamentos o áreas involucradas en el origen del problema.

COLUMNA N° 4: Considerar la fecha de la última supervisión (analizar los tiempos).

COLUMNA N° 5: Resumir las acciones pendientes para la solución de cada problema, que se considera(n)
Factibles de ser explicadas.

COLUMNA N° 6: Puntualizar las limitaciones que no permitieron dar solución problema(s).

COLUMNA N° 7: Anotar el plazo a ser considerado para una próxima revisión del (los) problema.



PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL DEL NIVEL DE DIRESA A HOSPITALES

NOMBRE DEL HOSPITAL:

FECHA DE VISITA.....

OBSERVACIONES:

- Anotar **SI** cuando **cumple** el verificador, **NO** cuando **no cumple** y **NA** en casos que **No Aplica** esta opción
- Anotar en el casillero VALOR, el porcentaje de avance cuando no cumple el verificador, 100% si cumple o NA

ASPECTOS DE GESTIÓN GENERAL

ASPECTOS		VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
1. El equipo de Gestión está constituido y funcionando		Resolución Directoral		
1.1	Tiene documento de constitución actualizado	El documento o acta de constitución		
1.2	El comité de gestión ha incorporado a representantes de epidemiología, comunicaciones, capacitación y de los usuarios (en el caso que estén organizados)	Normatividad interna, si tienen o no reglamento		
1.3	Disponen de normatividad interna relacionada con periodicidad de reuniones y tiempo de permanencia en el cargo de los miembros del equipo de gestión	Documento de Plan anual		
1.4	Disponen de plan anual de actividades	Cronograma o libro de actas		
1.5	El equipo de gestión cumple el cronograma de reuniones de trabajo	Libro de actas o Reportes epidemiológicos		
1.6	El equipo de gestión se reúne cuando existen situaciones de contingencia y propone soluciones. Si en el último año no se presentó ninguna situación de contingencia por lo tanto no fue necesario reunirse.			





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
2. El Equipo de Gestión dispone de información para la toma de decisiones			
2.1 Disponen de los reportes mensuales de los indicadores que se manejan en cada una de las áreas y servicios, con sus respectivos gráficos	Reportes o sala situacional		
2.2 Disponen de los reportes estadísticos de producción de servicios	Archivo de reportes		
2.3 Analizan las variaciones mensuales y las tendencias en morbilidad, mortalidad, producción y costos	Actas o sala situacional		
2.4 En las reuniones se realiza informe de seguimiento y cumplimiento de acuerdos tomados en la reunión anterior sobre acciones que mejoran la Gestión de los servicios del Establecimiento	Informes o actas de reuniones y seguimiento de acuerdos		
2.5 Disponen de la información de las patologías de notificación obligatoria, por semana epidemiológica	Reportes epidemiológicos		
2.6 Han realizado estudios de investigación epidemiológica local u otros, al menos un estudio por año, o en el último año	Informes o estudios		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
3. El Establecimiento dispone de un Sistema de Soporte Informático funcional			
3.1 Dispone de equipamiento tecnológico – informático, operativo, destinado al sistema de información del establecimiento	Disponibilidad y operatividad del sistema de información del establecimiento		
3.2 El flujo de información y los formatos de información son los aprobados por Norma Sectorial y actualizados	Formatos y últimos envíos al nivel regional o nacional		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
4. Plan Operativo Institucional (POI), elaborado, monitorizado y evaluado			
4.1 El Plan Operativo Institucional (POI) incluye: metas físicas, cronograma de actividades, metas financieras.	Plan Operativo Institucional (POI)		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



4.2 Los objetivos del Plan Operativo Institucional (POI) corresponden a los objetivos estratégicos del Pliego Gobierno Regional del Callao	Los objetivos y compare		
4.3 El equipo de Gestión de la Unidad Ejecutora de Salud realiza el seguimiento mensual de los avances de las metas establecidas en el Plan Operativo Institucional (POI)	Reporte Físico- financiero mensualizado del POI, (Seguimiento POI mensual tipo II)		
4.4 El equipo de Gestión Realiza evaluaciones y reprogramaciones del Plan Operativo Institucional (POI), al menos semestralmente	El último informe semestral+		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
5. Convenios o Acuerdos de Gestión			
5.1 Dispone de Acuerdos de Gestión (NO APLICA, si no tienen acuerdos de gestión)	El Convenio o Acuerdo de Gestión		
5.2 Realizan monitoreo trimestral del convenio o acuerdo de gestión y se socializa con el comité de gestión (NO APLICA, si 5.1 es no aplica)	El informe de monitoreo y acta		
5.3 El Director del establecimiento es miembro del comité interinstitucional de la DIRESA/DISA y participa de sus reuniones	Los oficios de convocatoria		
5.4 El establecimiento está representado en el Consejo de Salud o en comités multisectoriales	Los oficios de convocatoria		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
6. Otros Documentos de Gestión			
6.1 El Establecimiento dispone de ROF aprobado	Ordenanza Regional que lo aprueba		
6.2 El Comité de gestión dispone de los Manuales de normas y procedimientos Técnico-administrativos actualizados de los diferentes servicios, unidades o áreas	RD que lo aprueba Los documentos en archivo		
6.3 Las unidades orgánicas tienen el MOF elaborado y aprobado	MOF de cada unidad y RD que lo aprueba		
6.4 Incluyen actividades operativas relacionadas al mejoramiento continuo en el plan de trabajo de la Unidad de Calidad	Hoja de Trabajo		
6.5 Han definido estándares anuales de calidad en el establecimiento	El documento de estándares del Establecimiento		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
7. Gestión de recursos humanos (RRHH)			





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



7.1 El Establecimiento dispone de Plan de Desarrollo de las personas (PDP) aprobado	RD y Plan		
7.2 Tienen definido perfiles de competencias mínimos para el proceso de selección de personal nombrado y contratado por niveles	Documento de perfiles de competencias		
7.3 Tienen definido y aplican plan de inducción al personal nuevo por áreas o servicios	El plan y corrobore con el personal nuevo		
7.4 Tiene política de incentivos para los recursos humanos	RD que aprueba Política		
7.5 El diagnóstico de necesidades de capacitación se ajusta al perfil epidemiológico y al nivel de desempeño requerido	Informe de diagnóstico de necesidades acorde al perfil epidemiológico anual		
7.6 El 25% de los profesionales de la salud de al menos las áreas críticas se han capacitado en sus respectivas especialidades en los dos últimos años	Certificación de capacitación		
7.7 El 25% del personal técnico, auxiliar o administrativo de al menos las áreas críticas ha sido actualizado en los dos últimos años, de acuerdo al perfil de necesidades del establecimiento	Informes de actualización o capacitación en servicio		
7.8 Se ha desarrollado el estudio de clima organizacional en el último año y se han implementado algunas soluciones.	Resultados del estudio de clima organizacional en el 2017		
7.10 Han implementado el servicio de seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido a la Ley N° 27983, Ley de SST y la Ley Servir Ley N° 30057	Documento de Implementación (MOF, Organigrama, resolución directoral, etc)		
7.11 El comité de seguridad y salud en el trabajo, coordina con el servicio de seguridad y salud en el trabajo.			

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
8. Satisfacción de usuario externo			
8.1 Disponen de un sistema o mecanismos de escucha al usuario externo coordinado con todas las áreas o servicios del hospital	Encuestas, buzones u otros mecanismos estandarizados Evidencia de revisión de los buzones		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



8.2 Cuenta con Libro de reclamaciones disponible y tiene un personal asignado a su custodia.	Libro de reclamaciones disponible y accesible al usuario Persona asignada a la custodia del Libro de reclamaciones		
8.3 Hacen el análisis trimestral de los resultados de las encuestas e implementan soluciones y acciones de mejora	Las actas de reuniones de socialización. Informes de seguimiento de resultados y soluciones.		
8.4 Han diseñado un sistema de monitoreo semestral de la señalización, orden y operatividad de los servicios públicos accesibles a los usuarios (baños, teléfono, seguridad, informes, cafetería, otros)	Fichas de monitoreo y reportes semestrales de su aplicación		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
9. El Establecimiento desarrolla proceso de supervisión en servicios			
9.1 Dispone de Plan Anual de Supervisión y Monitoreo de los servicios	Plan anual de Supervisión y los Instrumentos por niveles.		
9.2 Los informes trimestrales de supervisión por cada una de las áreas o servicios, tienen una estructura definida, sus resultados son analizados y socializados. Y se hace el seguimiento de las soluciones implementadas	Los informes, actas y murales en cada servicio		
9.3 Se realiza la implementación de las recomendaciones dejadas en la supervisión, verificar en tres informes del último trimestre que se hayan cumplido no menos del 75% de las recomendaciones o actividades propuestas	Los informes de seguimiento de las recomendaciones en la supervisión.		
10. El Establecimiento desarrolla proceso de evaluación por servicios			
10.1 Tiene instrumento de evaluación y este contempla la evaluación por resultados definidos previamente, en cada una de las áreas o servicios técnico administrativos.	Instrumento de evaluación e indicadores o resultados		
10.2 Han definido un cronograma de evaluación y se cumple	Cronograma e informes de los últimos tres meses		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



10.3 Existen evidencias de que los informes de evaluación sirven para reformular las actividades hacia el cumplimiento de los objetivos	Las disposiciones o acciones tomadas al respecto		
10.4 Los resultados de las evaluaciones son socializados entre el personal	Actas o murales por servicio		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
11. El Establecimiento desarrolla actividades para el mejoramiento de los Servicios			
11.1 El Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) tiene plan de actividades anual y realiza reuniones periódicas	Plan de actividades y acta de reuniones		
11.2 Se realiza estudios microbiológicos anuales, en al menos las áreas críticas	Informe de estudios realizados		
11.3 El Comité de Auditoria Médica ejecuta plan de actividades y socializa resultados	Plan, reportes y mural		
11.4 El Comité realiza auditoria de los casos de muerte intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones post-operatorias y otros	Informes de auditorías de Caso		
11.5 El Establecimiento tiene comité de Prevención de Mortalidad Materna y Peri natal	R. Directoral de constitución		
11.6 El Comité de Mortalidad Materna y Perinatal ejecuta plan de actividades y socializa los resultados de las causas de morbilidad y mortalidad MPN	Plan, reportes y mural		
11.7 El Hospital dispone de un Comité de Emergencias y Desastres	Documento de constitución y acta de reuniones		
11.8 Dispone de un Plan de Contingencia anual para casos de emergencia o desastres, actualizado, socializado y disponible	Plan de contingencia aprobado y difundido.		





ASPECTOS DE GESTIÓN LOGÍSTICA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
12. El Hospital programa sus requerimientos, distribución y adquisiciones en función a sus necesidades			
12.1 Tiene Cuadro de Necesidades del año valorizado (precios unitarios vigentes)	Documento de Cuadro de Necesidades		
12.2 Tiene programación de adquisiciones en concordancia con el Plan anual de Contrataciones (PAC)	Plan anual de Contrataciones (PAC)		
12.3 Está operativo el comité de adquisiciones y este lo conforman especialistas de cada área según la compra a realizar	Actas de dos últimas compras especializadas		
12.4 Tienen identificados a sus proveedores autorizados por OSCE	Cuadro de Proveedores del año		
12.5 Dispone de cuadro de distribución mensual de medicamentos e insumos	Cuadro de distribución del año de medicamentos e insumos		
12.6 Conocen o han determinado el stock crítico para las diferentes unidades de atención en el último año (al menos las áreas de hospitalización y consulta externa)	Resultados de estudios actualizados y stock solicitados		
12.7 Conocen o han determinado los tiempos de reposición requeridos para los diferentes tipos de insumos, materiales y equipos, en el último año	Resultados de estudios actualizados y tiempos determinados		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
13. El establecimiento puede mostrar, que se tiene disponibilidad de insumos, medicinas, materiales y equipos médicos básicos para la atención			
13.1 El comité farmacológico define el requerimiento de medicamentos no contemplados en el petitorio	Informes de requerimientos del comité, acta de reuniones		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



13.2 Se dispone del último informe de stock de medicamentos e insumos, que se utilizan en cada una de las respectivas áreas	El último informe del trimestre del stock de SISMED por áreas		
13.3 Se desarrollan al menos una reunión en el trimestre sobre el tema de gestión de medicamentos, entre el personal del SISMED y el personal de los departamentos o servicios	Informes o actas de reuniones del trimestre		
13.4 Se verifica mensualmente la disponibilidad de insumos básicos necesarios para la atención materno infantil (Sulfato ferroso, Nitrato de Plata, vitamina K, insumos de laboratorio: RPR, ELISA, VIH; ESN: de EDA, IRA, TBC, PF, etc.)	Stock de los últimos tres meses, e informes de verificación		
13.5 Se verifica mensualmente la disponibilidad de tratamiento gratuito para casos positivos de RPR, VIH; incluye Leche artificial para RN, IRA, EDA, TBC, Malaria, etc.	Stock de los últimos tres meses, e informes de verificación		
13.6 Se verifican y consolidan los reportes mensuales de la disponibilidad de equipos operativos e insumos para el manejo estandarizado de las medidas de bioseguridad	Stock e inventario de los últimos tres meses, e informes de verificación		
13.7 Se verifica mensualmente la disponibilidad de insumos en áreas críticas (Emergencia, UCI, Neonatología, Sala de parto, centro quirúrgico – central de esterilización, servicios generales: cocina, lavandería)	Informes de verificación de los últimos tres meses		





ASPECTOS DE GESTIÓN FINANCIERA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
14. UNIDAD EJECUTORA administra con eficiencia sus recursos financieros.			
14.1 Tiene presupuesto anual aprobado por fuentes de financiamiento	Documento de presupuesto anual aprobado y Resolución Ejecutiva Regional		
14.2 El presupuesto está en relación con los objetivos y las actividades del PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI)	Presupuesto anual aprobado y consistente con el POI		
14.3 El establecimiento reporta mensualmente su ejecución presupuestal al nivel Regional	Cargos del envío del Informe mensual de ejecución presupuestal		
14.4 El establecimiento realiza la reprogramación presupuestal semestral en función al avance de metas y prioridades sanitarias	Informes de reprogramación trimestral del presupuesto		
14.5 El equipo de gestión conoce el balance mensual – ejecución presupuestal por fuente de financiamiento (RO, RDR, SIS, Farmacia, otros) y toma decisiones en relación a ello	En libro de actas, informes, los acuerdos tomados en base a los balances mensuales		
14.6 El establecimiento dispone de estudio de costos por actividades actualizado. (NO APLICA, si no es unidad ejecutora)	Estudio de costos del último año		
14.7 El establecimiento realiza actualización anual de su tarifario	Informe de actualización de tarifario de los dos últimos años		
14.8 El Establecimiento monitoriza mensualmente el importe de las exoneraciones e indigencias	Informe mensual de monitoreo de exoneraciones - indigencias		
14.9 El Establecimiento monitoriza sus ingresos por servicios o unidades de producción, al menos semestralmente	Informe semestral de ingresos por servicios		





PROCESOS PRESTACIONALES EN HOSPITALES

ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
15. El hospital brinda atención de calidad en consulta externa			
15.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio de Consulta Externa	Plan de Inducción y reportes		
15.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio de Consulta Externa (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de Departamento		
15.3 Se dispone de un sistema de citas organizado e implementado para Consulta Externa	Sistema de citas informatizado o convencional funcionando		
15.4 Se dispone de personal entrenado en brindar información y orientación al cliente externo, en informes o como anfitriones/as	Rol del personal y observar su desempeño		
15.5 Existe información y orientación visible para los pacientes: paneles – letreros con horario de atención, tarifario, programación de médicos por consultorio, señalización de los diferentes ambientes y consultorios, entre otros	Señalización en el total -100% - de los ambientes		
15.6 La consulta externa se brinda en condiciones de privacidad en todos los ambientes donde ésta se da, o al menos en las cuatro especialidades básicas o de mayor demanda	Observando 5 atenciones en c/u de las 4 especialidades básicas o de mayor demanda.		
15.7 Después de atender a un paciente el profesional se lava las manos	Observando 3 atenciones diferentes en c/u de las 4 especialidades básicas o de mayor demanda		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



15.8 El servicio adecua y usa Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las diez primeras causas de consulta externa, en cada una de las cuatro especialidades básicas o servicios de mayor demanda	Guías de práctica clínica de las 10 primeras causas señaladas, actualizadas y aprobadas por R.D. o jefatural		
15.9 La Historia Clínica se llena adecuadamente en todas sus partes, según norma técnica de Historia Clínica y está firmada y sellada por el profesional que atiende	10 Historias Clínicas al azar de c/u de las cuatro especialidades básicas, o servicios de mayor demanda de los últimos 3 meses		
15.10 Dispone de estudios de tiempo de espera en el área, al menos semestralmente, socializados, publicados y con alternativas de solución implementadas (al menos 2 en el último semestre)	Resultados del estudio aplicado, actas, mural y corrobore implementación		
15.11 Dispone de estudio u otro mecanismo de medición de satisfacción del usuario externo en el área, al menos trimestralmente, se socializa, se publica e implementa	Instrumentos de medición de satisfacción del usuario externo disponibles		
15.12 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de consulta externa al personal y al equipo de gestión del hospital, al menos trimestralmente.	Informe de los 2 últimos trimestres		
15.13 Dispone de listado (petitorio) de medicamentos actualizado y aprobado en cada ambiente de consulta externa (que considera al menos las 10 patologías más frecuentes)	Petitorio actualizado y aprobado en los ambientes de consulta externa por servicio		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
16. El establecimiento brinda calidad en la atención en el área de Admisión y Triaje			
16.1 El sistema de archivo de historias clínicas está de acuerdo a la Norma Técnica de Historia Clínica	Organización de Sistema de Archivo según norma Técnica		
16.2 Disponen de sistema informatizado o manual de archivo de las historias clínicas	Tipo de archivo, actualizado		
16.3 Tiempo promedio de entrega de historia clínica (HC)	Tiempo de entrega de 10 HC		
16.4 Se ha implementado un sistema para atención del Seguro Integral de Salud	Sistema implementado de atención del SIS		
16.5 El área de Triaje está a cargo de un (a) profesional de la salud entrenado(a)	Presencia de responsable		
16.6 Se observa que la toma de controles vitales se hace de manera adecuada	Observando 5 tomas de controles a niños y 5 a adultos		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
17. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos			
17.1 Los consultorios están debidamente implementados con: escritorio y silla, 2 sillas para paciente y acompañante, biombo, mesa de examen respectiva a la especialidad, coche auxiliar, lámpara cuello de ganso, negatoscopio, todos en buenas condiciones	Muestra de 4 consultorios uno de c/especialidad básica o los 4 de mayor demanda		
17.2 Los consultorios disponen de: recetario, solicitudes de exámenes auxiliares, lapicero, linterna, tampón, sellos	Muestra de 4 consultorios (idem)		
17.3 Dispone de ropa para la atención de los pacientes en cantidad suficiente; sábana para camilla, solera, mandil para paciente, según el caso	Muestra de 4 consultorios (idem)		
17.4 Disponen de material y equipos necesarios, suficientes y operativos para el examen del paciente según especialidades; baja lenguas, pantoscopio, estetoscopio, espéculos, Pinard, guantes, gasa, algodón, espátulas, torundas, desinfectantes, otras soluciones, entre otros	Muestra de 4 consultorios (idem)		
18. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.			
18.1 El personal usa indumentaria de protección en su trabajo diario, el total – 100% - del personal debe estar utilizando su indumentaria de protección.	Observando el personal en cada servicio		
18.2 Todos los consultorios disponen de lavamanos operativo, jabón líquido y toallas desechables	Una muestra de 4 consultorios de diferentes especialidades		
18.3 La segregación de los residuos se hace según tipo y en recipiente adecuadamente acondicionado con bolsa/ tapa	Observando el proceso en 4 consultorios básicos		
18.4 Dispone de servicios higiénicos operativos 100% - diferenciados para el público y para el personal de salud.	Observando los servicios		
18.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados al 100%: consultorios, pasillos, salas de espera, entre otros	Observando los ambientes		
18.6 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
18.7 Existe señalización de áreas seguras y de escape en los diferentes ambientes	Observando el servicio		
18.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal está capacitado para su uso en el área al momento de la supervisión	Observando el servicio y corroborar con el personal		





ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
19. El Establecimiento brinda atención de calidad en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia			
19.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio	Plan de inducción y reporte del último personal nuevo		
19.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de Departamento		
19.3 Existe información y orientación visible para los pacientes – visitas: carteles con relación de pacientes hospitalizados, horario de visita, horario de alimentación de pacientes, señalización de ambientes y salas, entre otros	Cuadro con relación de pacientes y horario de visitas, señalización de ambientes		
19.4 El Servicio adecua y usa guías de práctica clínica (GPC) de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las 10 primeras causas de hospitalización	GPC del Servicio de Gineco Obstetricia actualizados y aprobados por la Dirección		
19.5 La Historia Clínica está actualizada en todas sus partes, al momento de la supervisión, según Norma Técnica de Historia Clínica	Revisando al azar 4 Historias Clínicas, si están actualizadas según norma, del último trimestre y 2 actuales en uso		
19.6 En la supervisión se observa que el profesional que examina a un paciente durante la visita médica, se lava las manos al final de cada examen	Observando al menos 4 visitas en hospitalización		
19.7 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de hospitalización al personal y al equipo de gestión del hospital, trimestralmente	Informes, actas de reuniones de socialización o mural del último trimestre		
19.8 Dispone de encuestas u otro mecanismo de estudio de satisfacción de usuario del servicio aplicado al menos trimestralmente y los resultados de éstos se socializan con el personal y los usuarios	Resultados según tipo de estudio aplicado, actas, mural u otro medio de socialización		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
48. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.			
48.1 El total del personal usa indumentaria de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
48.2 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
48.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de 2 reportes del trimestre		
48.4 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
48.5 Se ha determinado flujo para el procesamiento y disposición de muestras que evite la contaminación	Señalización de áreas y líneas de flujo		
48.6 El personal tiene controles médico – sanitarios, semestrales	Reporte sanitario del personal		
48.7 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		
48.8 La segregación de los residuos se hace según tipo y en recipiente adecuadamente acondicionado con bolsa/ tapa)	Observando el servicio		
48.9 Disponen mecanismos o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
48.10 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		





DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
49. El establecimiento desarrolla actividades para el MCC del servicio de Diagnóstico por Imágenes			
49.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Disponibilidad del manual aprobado		
49.2 Determinación de horarios: toma de placas, entrega de resultados	Horarios visibles al público		
49.3 Dispone de insumos, reactivos para las pruebas que realizan, según las 10 de mayor demanda por c/u de las 4 especialidades básicas, para al menos 15 días	Stock con promedio diario de pruebas y tiempo de reposición		
49.4 Se calibran diariamente los equipos o por turnos	Al azar reportes/tablas diarios o por turno de 3 días del último trimestre		
49.5 Los equipos disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observando al menos dos de cada área o unidad		
49.6 Se socializan los reportes de producción del servicio según tipo de prueba, unidades y servicios solicitantes, al menos una vez en el trimestre.	Actas o periódico mural		
49.7 Se realiza control de calidad de las pruebas del servicio al menos trimestralmente, por un equipo monitor	Informes de control de calidad de pruebas.		
49.8 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el volumen de pruebas según tipo, servicio y costo	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
49.9 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios externos e internos al menos una vez en el último semestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas asumidas		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
50. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.			
50.1 Disponen de autorización – certificación del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) actualizada, para su funcionamiento	Documento de certificación del IPEN, anual		
50.2 Se ha protocolizado el flujo para la toma de pruebas, el procesamiento y manipulación que evite la contaminación.	Protocolo de proceso, señalización de áreas y líneas de flujo		
50.3 Los ambientes disponen de las medidas de protección internacionales	Listado de normas internacionales		
50.4 El personal toma vacaciones periódicamente y en forma rotativa, según norma, para disminuir la exposición a la radiación, previo control médico.	Rol de vacaciones y cumplimiento		
50.5 El personal usa indumentaria de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
50.6 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
50.7 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de 2 reportes del trimestre		
50.8 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
50.9 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
50.10 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		
50.11 La segregación de los residuos se hace según tipo y en recipiente adecuadamente acondicionado con bolsa/ tapa	Observando el servicio		





ATENCIÓN EN FARMACIA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
El Establecimiento desarrolla actividades para el mejoramiento del Servicio de Farmacia.			
51. Comité farmacológico, constituido y funcionando			
51.1 El Establecimiento tiene Comité Farmacológico constituido y operativo	Resolución Directoral y actas del trimestre		
51.2 El establecimiento dispone de RD para los medicamentos fuera del petitorio	RD del año respectivo		
51.3 El petitorio está disponible en áreas críticas, salas de hospitalización y consulta externa	Disponibilidad en cada servicio		
51.4 El porcentaje de medicamentos presentes o disponibles en farmacia que se encuentran fuera del petitorio nacional de medicamentos es igual o menor al establecido por la norma de uso racional de medicamentos	Los reportes en farmacia del último trimestre		
51.5 Existen medicamentos trazadores en la farmacia del establecimiento	2 reportes del comité, del último trimestre		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
52. SISMED, operativo y funcionando			
52.1 El responsable de farmacia ha sido capacitado/a en el manejo del SISMED	Certificación		
52.2 Entre el personal del SISMED y el personal de los departamentos o servicios se desarrollan reuniones regulares sobre el tema de gestión de medicamentos	Informes o actas de al menos 2 reuniones mensuales del trimestre		
52.3 Disponibilidad de insumos básicos necesarios para la atención de la prioridad nacional materno - peri natal (Sulfato ferroso, Nitrato de plata - Gentamicina gotas, Vitamina K, PPFF, etc.)	Stock de los últimos tres meses e informes mensuales de verificación		
52.4 Disponibilidad de tratamiento gratuito para casos positivos de RPR, ITS-VIH, incluye leche artificial para el RN, IRA, EDA, TBC, Malaria, etc.	Stock de los últimos tres meses, Informes mensuales de verificación		
52.5 Los medicamentos se almacenan en condiciones adecuadas, según norma	Aplicación de norma en el servicio		
52.6 Tienen sistema (Software) y equipo informático, en el servicio	Existencia, operatividad y su uso		
52.7 Abastecimiento de la farmacia de emergencia se hace diario según consumo.	3 reportes de stock y reposición, al azar del último trimestre		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
53. Gestión de la Calidad			
53.1 Existe lista de precios de los medicamentos visible al público, incluyendo los medicamentos gratuitos.	Existencia y accesibilidad de la lista		
53.2 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el informe de farmacia, con los principales indicadores a monitorear.	Actas o cargos de entrega de informe de los 3 últimos meses.		
53.3 Último informe de stock de medicamentos e insumos, por áreas respectivas	El stock de SISMED de los últimos tres meses		
53.4 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios externos e internos al menos una vez en el último semestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas adoptadas.		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
54. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional			
54.1 El personal usa uniforme de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
54.2 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
54.3 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
54.4 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
54.5 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso.	Observando el servicio, corroborar con el personal.		





SERVICIOS GENERALES

UNIDAD DE MANTENIMIENTO

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
55. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Mantenimiento			
55.1 Manual de Normas y procedimientos técnico-administrativos actualizado	Disponibilidad de manual aprobado		
55.2 Se dispone de un Plan anual de Mantenimiento, actualizado y aprobado	Disponibilidad del plan		
55.3 Existe personal disponible las 24 horas (De guardia o reten)	Programación del personal		
55.4 Plan y programación de mantenimiento preventivo mensual por servicios/áreas	Plan, programación y cumplimiento mensual		
55.5 Se realiza mantenimiento preventivo de equipos, al menos cada seis meses	Reportes del último año		
55.6 Trimestralmente se ve la operatividad de equipos priorizando áreas críticas (Emergencia, UCI, Neonatología, sala de parto, centro quirúrgico – esterilización, servicios generales: cocina, lavandería)	Informes de verificación trimestral.		
55.7 Los equipos del hospital disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observando al menos 5 equipos de áreas críticas		
55.8 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el estado y operatividad de equipos así como presupuesto de mantenimiento correctivo	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
ASPECTOS		CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
56. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.			
56.1 El personal usa indumentaria de protección en su trabajo diario	Observando al personal		
56.2 Dispone de servicios higiénicos implementados, operativos y a disposición del personal en el área	Observando el servicio		
56.3 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de reporte mensual		
56.4 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
56.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
56.6 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		





56.7 La segregación de los residuos se hace según tipo y en recipiente adecuadamente acondicionado con bolsa/ tapa		
--	--	--

UNIDAD DE LAVANDERÍA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
57. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Lavandería			
57.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Manual aprobado disponible		
57.2 El sistema de suministro de agua es permanente en todas las entradas	Los grifos en buen estado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
58. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.			
58.1 El personal usa indumentaria de protección personal en su trabajo diario	Observando al personal		
58.2 Se ha determinado el flujo para la recepción, procesamiento, almacenamiento y distribución de la ropa que evite la contaminación de la misma	Señalización y líneas de flujo		
58.3 Hay servicios higiénicos, operativos y a disposición del personal en el área	Operatividad al 100%		
58.4 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de 2 reportes del trimestre.		
58.5 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
58.6 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
58.7 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



58.8 La segregación de los residuos se hace según tipo y en recipiente adecuadamente acondicionado con bolsa/ tapa	Observando el servicio		
--	------------------------	--	--

UNIDAD DE NUTRICIÓN Y COCINA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
59. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Nutrición y Cocina			
59.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Manual disponible y aprobado		
59.2 Disponen de buena ventilación	Observando el servicio		
59.3 Disponen de buena iluminación	Observando el servicio		
59.4 El sistema de suministro de agua es permanente en todas las entradas	Operatividad de los grifos		
59.5 El sistema de alcantarillado está operativo en todas las salidas.	Operatividad de las salidas		
59.6 Se ha determinado horarios para la atención de las dietas a los servicios	Cuadro de horarios y controles		
59.7 Programación diaria de dietas, por servicios y áreas y por patologías.	Programación diaria		
59.8 Se realiza monitoreo mensual del volumen de víveres usados según tipo: perecibles (carnes, verduras, frutas, etc.), "no perecibles" (conservas, cereales, etc.) y otros.	Tablas y reportes de monitoreo		
59.9 Los equipos disponen en lugar visible de indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento.	Observando equipos, al menos dos		
59.10 El Jefe del Área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el volumen de víveres usados según tipo y costo, y socializa información con el personal de su área.	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
59.11 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios de los diferentes servicios al menos una vez en el último trimestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas asumidas		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
60. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.			
60.1 El total de personal usa indumentaria de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
60.2 Se ha determinado flujo para el almacenaje, procesamiento, elaboración y disposición de residuos de alimentos en el área de cocina, que evite la contaminación de los mismos.	Señalización de áreas y líneas de flujo		
60.3 El personal tiene controles médico – sanitarios, semestrales.	Reporte sanitario del personal		
60.4 Hay servicios higiénicos operativos a disposición del personal y ubicados fuera del área de cocina o almacén de alimentos	Ubicación y operatividad de los servicios		
60.5 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de reporte mensual		
60.6 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
60.7 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
60.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		





SALUD AMBIENTAL

ASPECTOS		VERIFIQUE	CUMPLE/ NO CUMPLE	VALOR
1. Manejo de los RESIDUOS SÓLIDOS de los establecimientos de salud				
1.1. Cuenta con un PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS de su establecimiento de salud, APROBADO por la Dirección General de la DIRESA CALLAO		Constancia de Registro		
1.2. Cuenta con la DECLARACION ANUAL DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS, documento técnico administrativo con declaración jurada, mediante el cual declara como ha manejado los residuos sólidos, en el último año.		Documento técnico		
1.3. Cuenta con los MANIFIESTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS PELIGROSOS, documento técnico administrativo que facilita el seguimiento del manejo de residuos peligrosos transportados desde el lugar de generación hasta su disposición final, el cual debe ser remitido a la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental.		Documento técnico		
2. Aplicación de las normas sanitarias en los SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN de los establecimientos de salud				
2.1 Aplican la norma sanitaria para los servicios de alimentación en EESS, NTS N°098-MINSA/DIGESA, RM N° 749-2012/MINSA		Documento técnico		
2.2 Implementan su Manual de Buenas Prácticas de Manipulación (BPM): de acuerdo a NTS N°098-MINSA/DIGESA (PUNTO 5.2) aprobado mediante RM 749-2012/MINSA, publicado en EL PERUANO (16-09-2012).		Documento técnico		
2.3 Implementan el Programa de Higiene y Saneamiento (PHS): de acuerdo a NTS N°098-MINSA/DIGESA (PUNTO 5.2) aprobado mediante RM N° 749-2012/MINSA, publicado en EL PERUANO (16-09-2012).		Documento técnico		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



Vigilancia de LA CALIDAD DEL AGUA en los establecimientos de salud	VERIFIQUE	CUMPLE/ NO CUMPLE	VALOR
3.1 Realizan la limpieza y desinfección de los reservorios de agua de consumo humano (Cisternas Enterradas, Tanques elevados), cada 06 meses, según Art. 4 D.S. N° 022 – 2001 – SA	Documento técnico		
3.2 Realizan la MEDICION DE CLORO RESIDUAL, Reglamento de la calidad del Agua para consumo humano, DS 031-2010-SA	Documento técnico		
4. Bioseguridad y vigilancia de los ACCIDENTES DE TRABAJO en los establecimientos de salud			
4.1 Cuentan con un Comité y/o responsable de la Bioseguridad en el establecimiento de salud.	Documento técnico		
4.2 Cuentan el establecimiento de salud con la Matriz de Identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos (IPER) actualizada, de acuerdo a la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ley 29783.	Documento técnico		
4.3 Cuenta con registros y evidencias de la notificación de los accidentes de trabajo en su establecimiento de salud, dirigido a la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental, de acuerdo a la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ley 29783 y la R.D. N° 441-2016-GRC/DIRESA/DG (27-04-2016).	Documento técnico		
5. Vigilancia de Plagas			
5.1. En el establecimiento de salud, se establecen acciones correspondientes para la implementación de la vigilancia y control de plagas de acuerdo a la NTS N° 133- MINSA/2017-DIGESA.	Documento técnico		
5.2 Los establecimientos toman provisiones presupuestales necesarias que garanticen la actividad relacionada a la vigilancia y control de plagas, de acuerdo a la NTS N° 133- MINSA/2017-DIGESA.	Documento técnico		
5.3 El establecimiento de salud cuenta con registro (ANEXO 5), de acuerdo a la NTS N° 133- MINSA/2017-DIGESA.	Documento técnico		
5.4 El establecimiento de salud realiza actividades de vigilancia y control como lo establece la NTS N° 133- MINSA/2017-DIGESA.	Documento técnico		





ASPECTOS PARA LA ATENCIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
GESTIÓN DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD			
1.1. El Formato Único de Atención (FUA) está correctamente llenado y con letra legible, firmado y sellado por las áreas respectivas.	Escoger al azar una muestra de 15 (FUA)		
1.2. La Historia Clínica registra la atención en concordancia con el Formato Único de Atención (FUA) y la receta médica.	Escoger al azar una muestra de 15 Historias clínicas, con el (FUA) respectivo y verificar concordancia		
1.3. El personal de salud está debidamente informado con las normas del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	Acta de Reuniones de socialización de las normativas del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y tiene las normas disponibles.		
1.4. El Asegurado es informado sobre sus derechos y deberes durante el proceso de afiliación	Entrevista con 5 usuarios durante el proceso de filiación		
1.5. Los Formatos Únicos de Atención (FUAS), son archivados adecuadamente.	Escoger al azar 10 Historia Clínicas y verificar que se encuentre el FUA de la última prestación brindada.		
1.6. La condición del asegurado debe verificarse mediante la acreditación en la página oficial del SIS previa a la apertura del Formato Único de Atención (FUA).	Escoger al azar como máximo 10 FUAS aperturados ese día y verificar su condición de asegurado en la páginas de consultas en líneas del SIS.		
1.7. El establecimiento de salud, tiene definido al Facilitador SIS y éste tiene a la mano la normatividad SIS vigente.	Facilitador SIS designado mediante documento Normatividad SIS disponible		
1.8. El establecimiento de salud, ha designado al Profesional de la salud que apoyará con la revisión de los FUA, previo a su traslado al punto de digitación.	Profesional de la salud designado mediante documento		





EPIDEMIOLOGÍA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
I. Desarrolla el análisis de situación de salud (ASIS)			
1.1 Realiza/cuenta con el ASIS hospitalario	Documento físico o virtual		
1.2 Se socializó el ASIS hospitalario a todos los niveles de decisión	Documento / informe /correo electrónico		
II. Implementación y elaboración de la sala situacional			
2.1 Cuenta daños priorizados: EDA, IRA, SOB-Asma, febriles, arbovirosis, muerte perinatal, inmunoprevenible, accidentes de tránsito (HNDAC- H. San José - H. de Ventanilla, CMN) y cáncer (HNDAC- H. San José). Con sala situacional actualizada con información estática.	Información en tablas y/o gráficos comparativos a la última S.E. notificada comparativa al año previo. (EDA, IRA, SOB-asma, febriles, arbovirosis, muerte perinatal, inmunoprevenibles), o al último mes notificado comparativo al año previo (accidentes de tránsito y cáncer).		
III. Vigilancia epidemiológica en Hospitales			
3.1 Identificación, Captación y Notificación de casos (Daños Priorizados: IRAG, Tos Ferina, SD Guillain Barre, PFA, Sarampión/Rubeda, Arbovirosis, IRA/ EDA)			
3.1.1. Cuenta con fichas de investigación epidemiológicas accesibles, socializadas al personal y disponible en los diferentes servicios de los daños priorizados.	Documentos, actas, etc. Observar ubicación		
3.1.2. Cuenta con normatividad de los daños priorizados sujetos a vigilancia epidemiológica	Resoluciones Ministeriales, Resoluciones Directoriales y similares (magnético o físico)		
3.1.3. El personal de salud conoce las definiciones de caso de daños priorizados.	Se consultará al personal de emergencia o consultorios externos u hospitalización.		
3.1.4. Se cumple con la notificación de los daños priorizados	Se consultará a notweb.		





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



3.1.5. Se cumple con el ingreso fichas epidemiológicas en el aplicativo de Arbovirus, VIH- SIDA, Sífilis Materna y Congénita, TBC y Accidentes de Tránsito.	Ingreso de casos en el aplicativo correspondiente en concordancia con las fichas epidemiológicas recepcionadas de los departamentos.	
3.2. Investigación Epidemiológica		
3.2.1. Las fichas epidemiológicas de los daños notificados por los EESS se encuentran adecuadamente llenadas.	Fichas epidemiológicas de los daños notificados	
3.2.2. Búsqueda activa institucional de casos de muerte materna, SD Guillain Barre, PFA, Sarampión/ Rubeola.	Informes, actas	
3.3. La difusión de información de la vigilancia epidemiológica se difunde a todos los niveles de decisión.	Documento, actas, informes o correos	





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL DEL NIVEL DE LA DIRESA A LAS REDES DE SALUD Y DE LAS REDES A MICRORREDES Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

NOMBRE DE LA RED/ MICRORED/ E.E.S.S.....
FECHA DE VISITA: DEL..... AL.....

EQUIPO SUPERVISOR A NIVEL DE DIRESA CALLAO y/o RED DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	OFICINA Y/O DIRECCION A LA QUE PERTENCECE

Coloque El valor según la escala donde corresponda:

- Equivalencia 1 cuando el equipo no cumple con ningún requisito
- Equivalencia 2 Intermedio (< 50%)
- Equivalencia 3 cuando el equipo cumple alguno(s) requisitos del criterio (=50%)
- Equivalencia 4 Intermedio (51% - 74%)
- Equivalencia 5 cuando el equipo cumple con la mayoría de los criterios (=75%)
- Equivalencia 6 Intermedio (76 - 99%)
- Equivalencia 7 cuando el equipo cumple con la totalidad de los criterios (100%)

[Escriba aquí]





ASPECTOS DE GESTIÓN:

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
1. El equipo de gestión muestra funcionalidad y eficiencia en la toma de decisiones			
1.1. Tiene documento de constitución vigente	Resolución Directoral / Memo		
1.2. Realiza y participa en las reuniones del equipo de gestión para el análisis de la información disponible y toma de decisiones que mejoran la gestión de los servicios de salud	Cronograma, Libro de actas actualizado		
1.3. Cuenta con información actualizada, publicada en lugar visible a los usuarios.	Sala situacional actualizada al último trimestre		
2. La Red/ Microrred/EESS de Salud ha desarrollado capacidad institucional en el plan de trabajo institucional			
2.1. Los objetivos del Plan Operativo Institucional (POI) guardan correspondencia con los objetivos del Plan Estratégico Institucional de la Diresa.	Verificación del POI y PEI de Diresa Callao.		
2.2. Se realiza el seguimiento de actividades del Operativo Institucional (POI) según lo establecido en la Directiva.	Matriz de seguimiento de las Actividades del POI.		
2.3. Realiza evaluaciones y reformulaciones del Plan Operativo Institucional (POI) de acuerdo a lo establecido en la Directiva.	Informes de Evaluación / Plan Operativo Institucional /Reprogramación/ Plan de Trabajo		
2.4. Los Directivos y equipos técnicos de la Microrred han participado y conocen los resultados de la evaluación.	Informes de Evaluación socializados – Libro de actas		
ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
3. Tiene identificado sus áreas de riesgo (mapa epidemiológico y mapa de pobreza)			
3.1. Cuenta con la estratificación de su jurisdicción según zonas de pobreza y zonas de riesgo	Mapa de pobreza y Mapa de riesgo publicados		
4. Manejan documentos Administrativos y de Gestión			



[Escriba aquí]



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



4.1. Las unidades orgánicas de Redes y Microrredes tienen su MOF elaborado y aprobado	MOF, vigente		
4.2. El MOF de la Red y Microrredes está difundido y es conocido por el personal de salud	Resultados de entrevistas o encuestas al personal (05) de la Red /Microrred/EESS sobre el contenido del documento – Libro de Actas Doc. de socialización		
4.3. Las Microrredes desarrollan sus actividades en función de un Plan de Salud Local	Verificar Plan de Salud Local e Informe del desarrollo de actividades del Plan – Libro de actas		
5. La Red y Microrred desarrolla un proceso de Supervisión Integral (no aplica en EESS)			
5.1. Cuenta con Plan Anual de Supervisión y Monitoreo	Plan Anual de Supervisión y Monitoreo		
5.2. Las actividades de supervisión están incluidos en el Plan Operativo Institucional (POA)	Verificar POI – Plan de Trabajo		
5.3. Tiene cronograma de supervisiones y el personal conoce sus próximas salidas	Plan Anual de Supervisiones (PAS) – Doc. de socialización al personal		
5.4. Cuenta con Instrumentos Integrales para cada nivel y el personal sabe cómo operarlo.	Instrumentos de PAS y resultados de entrevistas		
5.5. Se realiza monitoreo a los acuerdos y compromisos formulados en las anteriores supervisiones	Informes de supervisión de dos supervisiones seguidas a la misma Red/Microrred/EESS – Doc. de monitoreo de acuerdos y compromisos		
6. La Microrred desarrolla un proceso adecuado de evaluación			
6.1. El personal conoce los últimos informes de evaluación que la Red/Microrred/E.E.S.S realiza	Informes de evaluación y resultados de entrevista (3)		

[Escriba aquí]

