



## Resolución Directoral

Lima, 04 MAR 2024

### VISTOS:

El Memorando N° 101-2024-DG-HEP/MINSA; la Nota Informativa N° 010-2024-OEPE-HEP-MINSA; el Informe N° 011-2024-OEPE-HEP-MINSA de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 020-2024-OGC-HEP de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – “Ley General de Salud”, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", disponiendo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientando a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 - “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, a efectos de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la “Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, a fin de estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, de otro lado la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, en ese contexto con Resolución Directoral N° 220-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 28 de setiembre de 2023, se aprobó el Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital de Emergencias Pediátricas, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de evaluación consignados en los macroprocesos para la autoevaluación de la entidad;

Que, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, órgano competente en cumplimiento del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, propone la aprobación del “Plan de Mejora de la Autoevaluación 2023” del Hospital de Emergencias Pediátricas, para fortalecer el sistema de gestión de la calidad en la institución, promoviendo la



calidad y mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos, según el enfoque de estructura, proceso y resultados en concordancia con la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02;

Que, en fecha 22 de febrero de 2024, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través de la Nota Informativa N° 010-2024-OEPE-HEP-MINSA señala que el Plan de Mejora de la Autoevaluación 2023, cumple con los fines institucionales, con la normativa específica vigente y con la estructura establecida en la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA; asimismo a través del Informe N° 011-2024-OEPE-HEP-/MINSA de fecha 12 de febrero de 2024, concluye que el citado plan está sujeto a disponibilidad presupuestal y se articula con el Plan Operativo Institucional Anual 2024, con las actividades prestacionales que realiza el hospital y presupuestalmente con la Actividad Operativa 5000003 Meta SIAF N°0023;

Que, en ese contexto, con Memorando N° 101-2024-DG-HEP/MINSA, se dispone aprobar el "Plan de Mejora de la Autoevaluación 2023" a fin de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos a nivel institucional;

En uso de la facultad conferida en el literal e) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, aprobado por Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA, y;

Con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** el "Plan de Mejora de la Autoevaluación 2023" del Hospital de Emergencias Pediátricas, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución, que consta con ocho (8) títulos y dos (2) anexos.

**ARTÍCULO 2°.- DISPONER** a la Oficina de Gestión de la Calidad, el monitorear y controlar la ejecución de las actividades programadas, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del mencionado Plan.

**ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR** al Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, la publicación de la presente Resolución Directoral y su respectivo anexo, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: [www.hep.gob.pe](http://www.hep.gob.pe).

**Regístrese, comuníquese y publíquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS  
*José Jaurégui Miranda*  
M.C. José Jaurégui Miranda  
Director General

JAJM/LOMV/jbcs  
Distribución CC.

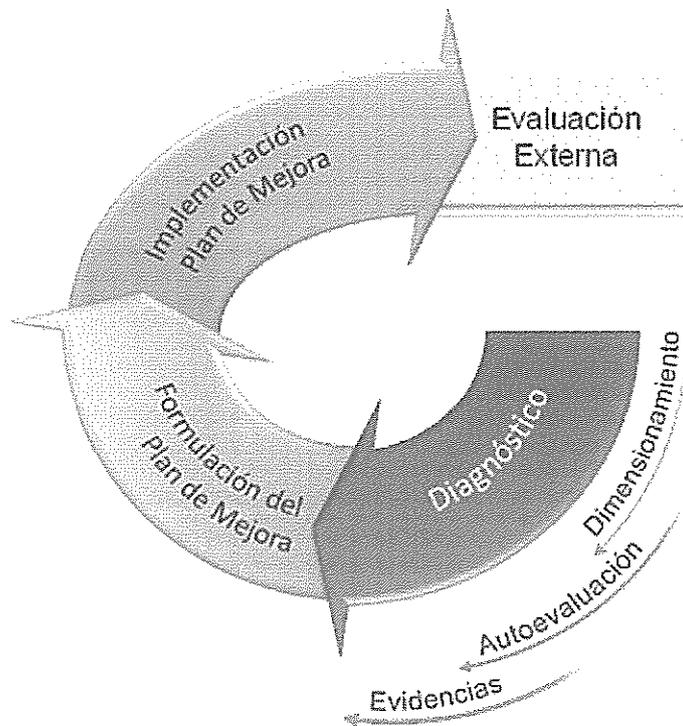
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Oficina de Gestión de la Calidad.
- Oficina de Asesoría Jurídica.
- Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP.
- Archivo.
- Interesados

Reg. 095/152

# HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

## PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN

### 2023



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**MÉD. JORGE ASDRÚBAL JÁUREGUI MIRANDA**

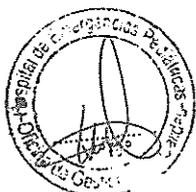
Director General



Elaborado por:

**MÉD. WILLIAM ABREGÚ CASTRO**

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN..... 3

II. FINALIDAD ..... 4

III. OBJETIVOS..... 4

    3.1 Objetivo General..... 4

    3.2 Objetivos Específicos: ..... 4

IV. AMBITO DE APLICACIÓN ..... 4

V. BASE LEGAL ..... 4

VI. CONTENIDO..... 5

    6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES ..... 5

    6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL ..... 9

    6.3 ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL PEI 17

    6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ..... 17

    6.5 PRESUPUESTO ..... 18

    6.6 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN18

VII. RESPONSABILIDADES ..... 19

    7.1 De lo jefes de los órganos y unidades orgánicas. .... 19

    7.2 Oficina de Gestión de la Calidad ..... 19

VIII. ANEXOS ..... 19

    8.1 Anexo 1: Cronograma de actividades..... 19

    8.2 Anexo 2: Matriz de seguimiento de la implementación de mejoras en base a resultados de autoevaluación..... 19



## I. INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Mejora de la Autoevaluación busca incrementar los resultados de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Emergencias Pediátricas, teniendo como base los resultados del año 2023 a fin de implementar mejoras para cada criterio de acreditación con puntaje de 0 o 1, con la finalidad de solicitar la evaluación externa en cumplimiento del proceso de la Acreditación del Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2024.

Este plan se formula para cerrar las brechas encontradas en la Autoevaluación 2023, en el que se obtuvo un 77% de cumplimiento del total de los criterios de Acreditación. Para cerrar las brechas se necesita la planificación, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de actividades destinadas a cumplir con los criterios de acreditación según la normativa vigente, a fin de poder superar el 85 % de cumplimiento de criterios y poder solicitar la Evaluación Externa a las autoridades de salud correspondientes.

El proceso de Acreditación se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. La finalidad de ser reconocido como Hospital Acreditado es la de garantizar a los usuarios que contamos con los recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a todo servicio de salud.

En este sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad como parte de sus funciones contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones, propone la implementación del presente plan, el mismo que contribuirá al cumplimiento de los objetivos planteados para lograr ser un Hospital Acreditado.



## II. FINALIDAD

El presente plan tiene por finalidad fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución promoviendo la calidad y la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos, según el enfoque de estructura, proceso y resultados; en concordancia con la N.T.S N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

Incrementar el porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

### 3.2 Objetivos Específicos:

1. Desarrollar actividades y acciones estratégicas en el marco de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" para levantar las observaciones de los criterios calificados con "0" y "1".
2. Capacitar y realizar la retroalimentación permanente sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación obligatoria de todos los órganos y unidades orgánicas de Hospital de Emergencias Pediátricas dentro del alcance de sus competencias.

## V. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 4.2. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.3. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
- 4.5. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 4.6. Resolución Ministerial N° 428-2007/MINSA "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas 2007."
- 4.7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 4.8. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



- 4.9. Resolución Directoral. N° 109-2021-DG-HEP/MINSA, que aprueba el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad".
- 4.10. Resolución Directoral N° 061-2014-DG-HEP/MINSA, que aprueba el "Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad".
- 4.11. Resolución Directoral N° 137-2023-DG-HEP/MINSA, se aprueba el Plan Operativo Institucional Multianual 2024-2026 del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- 4.12. Resolución Directoral N° 296-2023-DG-HEP/MINSA, que aprueba el Plan Operativo Institucional Anual 2024 (consistente con el PIA) del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- 4.13. Resolución Directoral N° 182-2023-DG-HEP/MINSA, que reconfirma el Equipo de Acreditación para el periodo 2023 y el Equipo de Evaluadores Internos para el periodo 2023 del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- 4.14. Resolución Directoral N° 220-2023-DG-HEP/MINSA, que aprueba el Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- 4.15. Informe N° 075-2023-OGC-HEP/MINSA, donde se presenta el Informe de los Resultados de la Evaluación Interna 2023.

## VI. CONTENIDO

### 6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

#### 6.1.1 Definiciones Operativas:

- 6.1.1.1 **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- 6.1.1.2 **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 6.1.1.3 **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- 6.1.1.4 **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos Avanzando hacia la acreditación NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02 16, previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de



cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

- 6.1.1.5 Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- 6.1.1.6 Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- 6.1.1.7 Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- 6.1.1.8 Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
- 6.1.1.9 Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.
- 6.1.1.10 Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- 6.1.1.11 Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
- 6.1.1.12 Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
- 6.1.1.13 Eventos adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- 6.1.1.14 Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- 6.1.1.15 Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y



en el cual se precisa el desarrollo del Avanzando hacia la ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

**6.1.1.16 Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

**6.1.1.17 Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.



6.1.2 Siglas y/o Acrónimos:

- ADA : Admisión y alta
- ADT : Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico
- ATA : Atención ambulatoria
- ATH : Atención de hospitalización
- ATQ : Atención quirúrgica
- CGP : Control de la gestión y prestación
- DIR : Direccionamiento
- DIV : Docencia e Investigación
- DLDE : Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización
- EIF : Gestión de equipos e infraestructura
- EMG : Atención de emergencias
- GCA : Gestión de la calidad
- GIM : Gestión de insumos y materiales
- GIN : Gestión de la información
- GMD : Gestión de medicamentos
- GRH : Gestión de recursos humanos
- GSD : Gestión de seguridad ante desastres
- HEP : Hospital de Emergencias Pediátricas
- MINSA : Ministerio de Salud
- MRA : Manejo del riesgo de atención
- MRS : Manejo del riesgo social
- NYD : Nutrición y dietética
- RCR : Referencia y contrarreferencia



## 6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

### 6.2.1 Antecedentes

- 6.2.1.1 El Hospital de Emergencias Pediátricas es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que pertenece al tercer nivel de atención, categorizado como III-E desde el 2013, recategorizado como III-E mediante Resolución Administrativa N°091-2020-DMGS-DIRIS-LC; especializado en la atención de emergencias y urgencias a la población pediátrica de 0 a 17 años a nivel nacional.
- 6.2.1.2 El año 2023 se realizó el proceso de Autoevaluación, cuyo propósito es evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para evaluar nuestros estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- 6.2.1.3 El Instrumento que se utilizó para la autoevaluación fue el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud del nivel I-1 a nivel III-1. Se utilizaron también los formatos para la evaluación que incluye las Hojas de Registro de Datos, las Hojas de Recomendaciones y las Hojas de Calificaciones de la Evaluación.
- 6.2.1.4 Para la evaluación de los estándares mencionados anteriormente, el equipo de Evaluadores internos del Hospital de Emergencias Pediátricas conformado con Resolución Directoral N° 182-2023-DG-HEP/MINSA, utilizó diversas técnicas de verificación y/o evaluación, que les permitieron evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación, siendo las técnicas la siguientes:
- Verificación / Revisión Documentaria:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar registros e informes del establecimiento de salud.
  - Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica, para la cual se observa a las personas y al entorno.
  - Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
  - Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
  - Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
  - Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.
- 6.2.1.5 La calificación de cada criterio del estándar se otorgó por consenso del equipo evaluador, para ello se utilizó la escala de calificación considerada en el Listado de estándares de acreditación del 0, 1 o 2.
- 6.2.1.6 La calificación de la evaluación de la institución es la que determinará si esta será "aprobada" o "desaprobada". Teniendo en cuenta que el puntaje mínimo a alcanzar es de 85%. En caso de no alcanzar el puntaje mencionado, el Hospital de Emergencias Pediátricas podrá programar

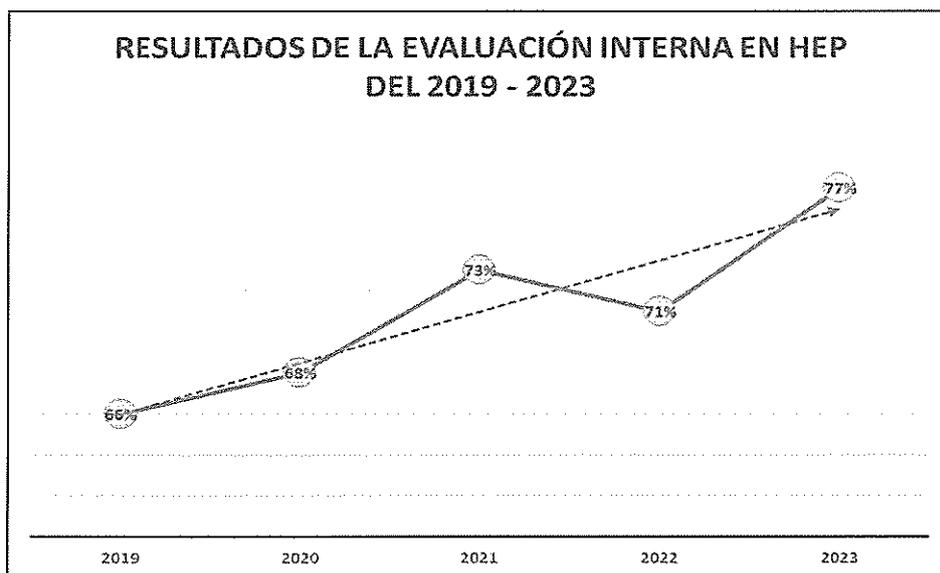


nuevamente la evaluación las veces necesarias, con el objetivo de lograr el puntaje mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

### 6.2.1.7 Resultados de la Autoevaluación 2023

El resultado obtenido de la autoevaluación del año 2023 fue de 77%, si bien es cierto no se ha alcanzado el 85% de cumplimiento de los estándares hemos incrementado en un 6% los resultados del año anterior, como se observa en el **Gráfico N° 01**, se muestra una tendencia al incremento del porcentaje de cumplimiento de criterios de acreditación desde el año 2019.

Gráfico N° 01



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas



En la Tabla N° 03, se resume los resultados generales de las últimas cinco autoevaluaciones realizadas entre los años 2019 y 2023.

Tabla N° 03

CATEGORÍA	MACROPROCESOS	2019	2020	2021	2022	2023
GERENCIAL	Direccionamiento	74.00%	64.71%	94.12%	88.24%	100.00%
	Gestión de recursos humanos	76.00%	50.00%	47.06%	55.88%	50.00%
	Gestión de la calidad	72.00%	58.54%	65.85%	81.71%	98.78%
	Manejo del riesgo de atención	78.00%	79.12%	86.26%	85.16%	73.08%
	Gestión de seguridad ante desastres	70.00%	80.36%	92.86%	42.86%	85.71%
	Control de la gestión y prestación	73.00%	71.15%	65.38%	73.08%	84.62%
PRESTACIONAL	Atención ambulatoria	63.00%	90.00%	85.00%	60.00%	65.00%
	Atención extramural (*)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	Atención de hospitalización	55.00%	55.56%	74.07%	70.37%	61.11%
	Atención de emergencias	92.00%	86.84%	92.11%	89.47%	89.47%
	Atención quirúrgica	41.00%	54.26%	54.26%	58.51%	71.28%
APOYO	Docencia e Investigación	64.00%	45.24%	76.19%	83.33%	61.90%
	Apoyo diagnóstico y tratamiento	68.00%	47.73%	72.73%	68.18%	81.82%
	Admisión y alta	60.00%	50.00%	58.57%	31.43%	52.86%
	Referencia y contrarreferencia	62.00%	97.06%	100.00%	100.00%	100.00%
	Gestión de medicamentos	60.00%	75.00%	26.92%	75.00%	92.31%
	Gestión de la información	33.00%	45.65%	36.96%	51.17%	63.04%
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	69.00%	72.41%	48.28%	46.55%	91.38%
	Manejo del riesgo social	77.00%	77.27%	86.36%	77.27%	100.00%
	Manejo de nutrición de pacientes	76.00%	91.18%	70.59%	91.18%	67.65%
	Gestión de insumos y materiales	81.00%	100.00%	100.00%	73.08%	73.08%
	Gestión de equipos e infraestructura	59.00%	50.00%	35.29%	17.65%	70.59%
<b>CUMPLIMIENTO</b>		<b>66%</b>	<b>68%</b>	<b>73%</b>	<b>71%</b>	<b>77%</b>

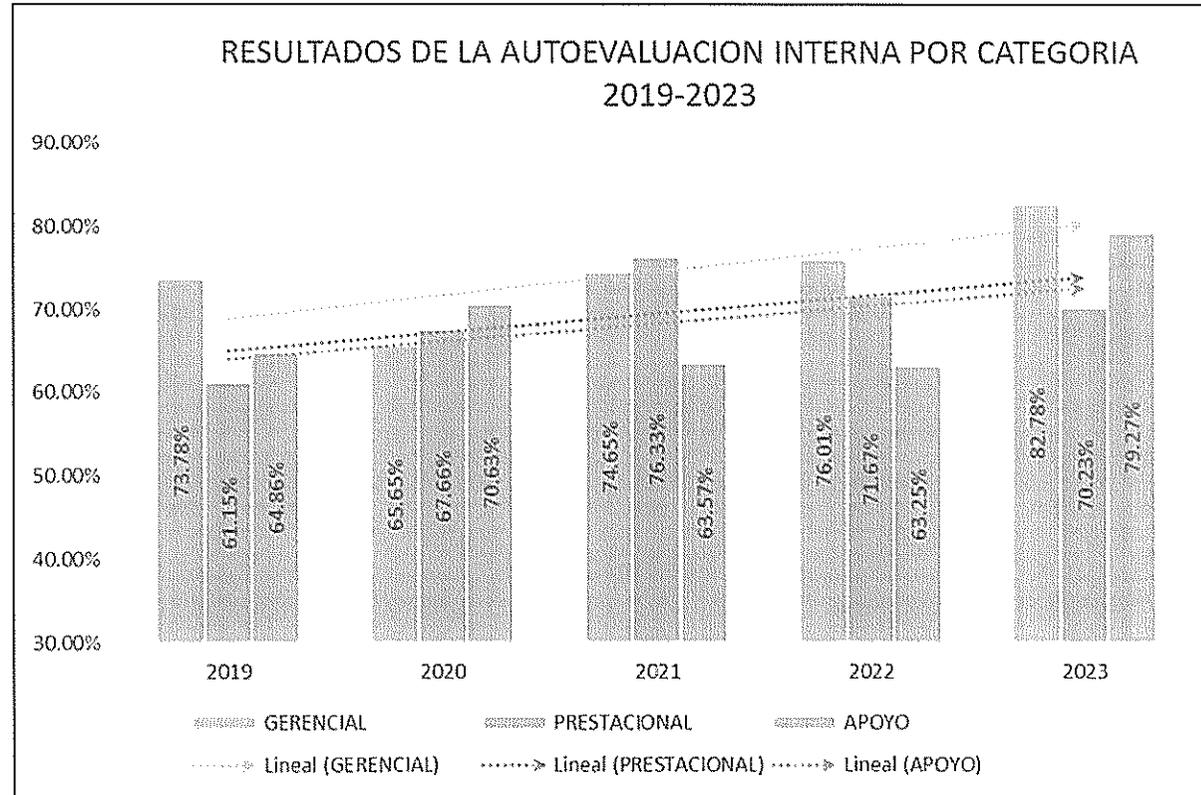
**Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas**

(\*) No aplica por no corresponde ser evaluado por la categoría del Hospital de Emergencias Pediátricas



En el **Gráfico N° 02** se observa que en la tendencia de los últimos 5 años ha ido en incremento en las tres categorías de acreditación, en la última autoevaluación ha tenido mayor crecimiento la categoría Gerencial, seguido de la categoría de Apoyo y Prestacional.

**Gráfico N° 02**

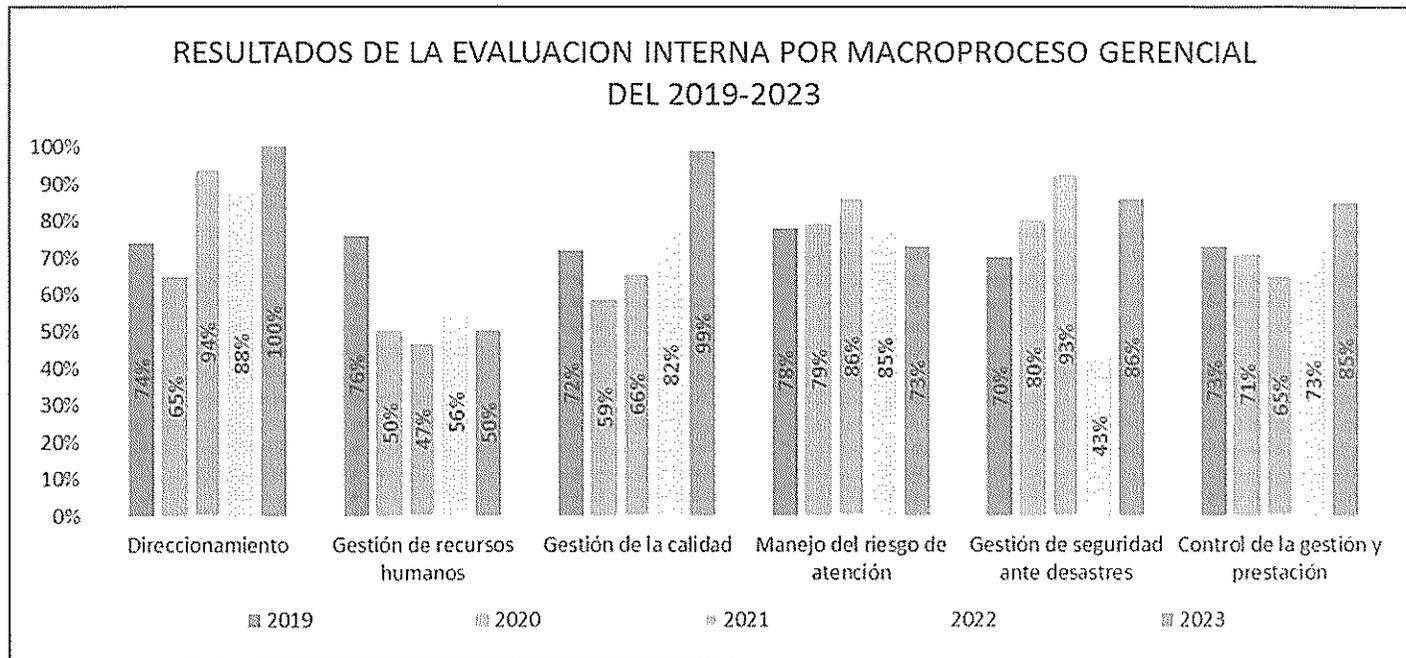


**Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas**



Entre los macroprocesos de la Categoría Gerencial, se observa en el **Gráfico N° 03**, que en tres de ellos (Direccionamiento, Gestión de la calidad, Control de la gestión y prestación) se ha logrado un crecimiento progresivo respecto a las mediciones anteriores; sin embargo, los macroprocesos de Manejo de riesgo de la atención y Gestión de recursos humanos la tendencia ha ido decreciendo, siendo el macroproceso de Manejo de riesgo de la atención el que más decreció con un -12% respecto al año anterior.

**Gráfico N° 03**

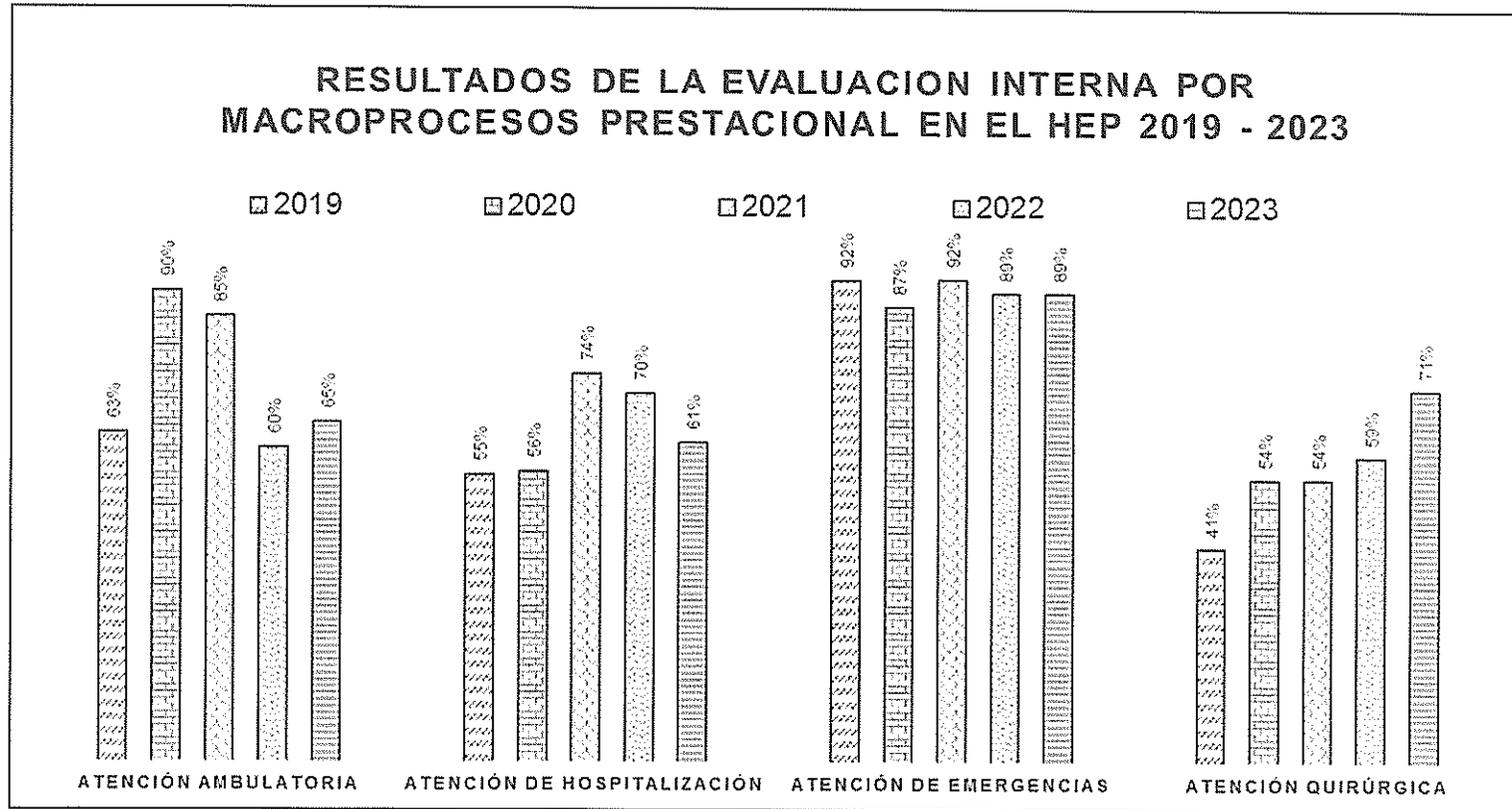


**Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas**



Entre los macroprocesos de la categoría Prestacional en el **Gráfico N° 04** se observa que el macroproceso con mayor porcentaje alcanzado el 2023 fue el de “Atención de Emergencias”, asimismo el macroproceso con mayor crecimiento en comparación del año anterior fue la atención quirúrgica, sin embargo, el macroproceso de atención de hospitalización tuvo una caída de 9% en la calificación respecto al año anterior.

**Gráfico N° 04**



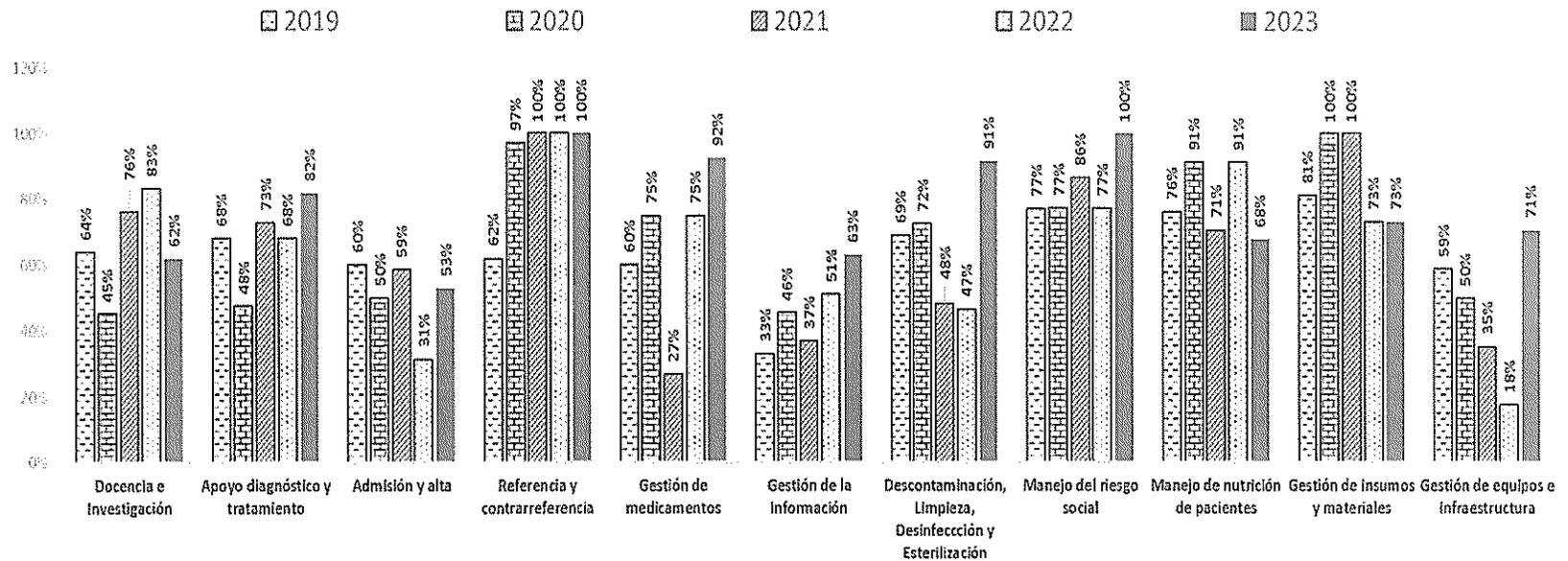
**Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas**



En el **Gráfico N° 05** se observa en la Categoría de Apoyo, que los macroprocesos de “Referencia y contrarreferencia” y “Manejo del riesgo social” obtuvieron 100%, y el menor fue el macroproceso de “Admisión y alta”, asimismo el macroproceso de Gestión de equipos e infraestructura a cerrado una gran brecha pasando de 18% al 71%.

**Gráfico N° 05**

**RESULTADOS DE LA EVALUACION INTERNA POR MACROPROCESO DE APOYO DEL HEP 2019 - 2023**



**Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas**



En general, considerando la tendencia se esperaría un crecimiento progresivo en el cumplimiento de los criterios de acreditación por macroprocesos en evaluaciones consecutivas, siempre que se lleve a cabo en el mismo periodo del año. Asimismo, se observa la disminución en cinco macroprocesos en comparación con el año pasado (Manejo de nutrición de pacientes, Docencia e Investigación, Manejo del riesgo de atención, Atención de hospitalización, Gestión de recursos humanos). En general el 76% de los macroprocesos han mantenido o incrementado su puntaje.

## 6.2.2 Problemática actual.

### 6.2.2.1 Puntaje obtenido en la autoevaluación 2023 por debajo del estándar requerido.

Teniendo en cuenta que el puntaje mínimo a alcanzar es de 85% para solicitar la evaluación externa a fin de lograr la acreditación, en el 2023 no se logró llegar al puntaje mínimo, siendo el resultado de la autoevaluación 77%.

En la tabla N° 04, se muestra que el número de criterios con puntajes menor a dos fue de 117, este número representa el 34.21% de 342 criterios evaluados en la institución. De los 117 criterios con puntaje menor a dos puntos, el 36.8% (43) se calificó con cero puntos y el 63.2% (74) se calificó con un punto. La categoría con el mayor número de criterios calificados con un puntaje menos a dos fue el Prestacional con un 38%, seguido del de Apoyo con un 32% y el Gerencial con un 30%.

Asimismo, podemos concluir, que el 12.57% obtuvieron una calificación de 0 "cero" del total de los criterios (342) y 21.64% obtuvieron una calificación de 1 "uno" del total de los criterios.

Tabla N° 04.

Categoría	Nº criterios x Macroprocesos	Criterios con puntuación 0	%	Criterios con puntuación 1	%	Total de criterios con puntaje menor a 2	%
Gerencial	130	15	13%	20	17%	35	30%
Prestacional	93	16	14%	29	25%	45	38%
Apoyo	119	12	10%	25	21%	37	32%
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>43</b>	<b>36.8%</b>	<b>74</b>	<b>63.2%</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad – Hospital de Emergencias Pediátricas



### 6.2.3 Causas del problema.

Las causas mas relevantes de incumplimiento de los 117 criterios de la autoevaluación, son las siguientes:

- Documentos normativos desactualizados.
- Deficiencia en el análisis de información.
- Falta de comunicación.
- Procedimientos no establecidos.

### 6.2.4 Alternativas de solución.

Realizar el análisis de los resultados obtenidos en la autoevaluación 2023 e identificar los criterios calificados con "0" y "1", realizar las recomendaciones y establecer plazos para el levantamiento de observaciones a fin de lograr en la próxima autoevaluación una calificación igual o superior al 85%.

## 6.3 ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL PEI

El Hospital de Emergencias Pediátricas orienta sus acciones con los objetivos y acciones estratégicas institucionales del Ministerio de Salud, uno de ellos el OEI.02 que garantiza el acceso a los cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y que comprende diversas acciones estratégicas.

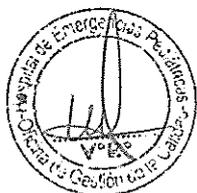
La acción estratégica AEI.02.04 (Atención de urgencias y emergencias médicas; eficiente y oportuna) es aquella donde se articula las actividades del Plan de Mejora de la Autoevaluación 2023.

## 6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

En el presente se plantea realizar las siguientes actividades de acuerdo a los objetivos específicos propuestos.

**O.E.1: Desarrollar actividades y acciones estratégicas en el marco de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" para levantar las observaciones de los criterios calificados con "0" y "1".**

- Identificar los criterios que se encuentre con puntajes en 0 y 1, brindar recomendaciones y establecer plazos para levantar observaciones.



- Comprometer la participación de la Dirección General y los responsables de las Unidades Orgánicas del hospital para lograr levantar las observaciones en los plazos establecidos.
- Distribuir los criterios de acreditación con calificación "0" y "1" a jefes de los Órganos y Unidades Orgánicas según categorías de acreditación (Gerencial, Prestacional y Apoyo), para el levantamiento de observaciones.
- Realizar el monitoreo de los criterios de acreditación cuya calificación fue "2" en la autoevaluación 2023, a fin de mantener dicha calificación en la próxima autoevaluación.
- Conformar el Equipo de Acreditación y el Evaluadores Internos, mediante acto resolutivo.
- Realizar seguimiento del levantamiento de observaciones, según los plazos establecidos.

**O.E.2: Capacitar y realizar la retroalimentación permanente sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".**

- Brindar asesoría técnica a los responsables según criterios de acreditación, a fin de levantar las observaciones.
- Capacitar sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", a los integrantes del Equipo de Acreditación, Evaluadores Internos, responsables de unidades orgánicas y equipos de trabajo.

**6.5 PRESUPUESTO**

El presente plan **NO REQUIERE PRESUPUESTO** para el desarrollo de las actividades planteadas.

**6.6 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN**

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas es responsable de la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente plan.



## VII. RESPONSABILIDADES

### 7.1 De lo jefes de los órganos y unidades orgánicas.

- Levantar las observaciones de los criterios calificados con "0" y "1" en la autoevaluación del año 2023 según corresponda.

### 7.2 Oficina de Gestión de la Calidad

- Supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento del presente plan, dentro del alcance de sus funciones.
- Brindar la asistencia técnica según corresponda, a fin de lograr levantar las observaciones de los criterios calificados con "0" y "1" en la autoevaluación del año 2023.

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Anexo 1: Cronograma de actividades

### 8.2 Anexo 2: Matriz de seguimiento de la implementación de mejoras en base a resultados de autoevaluación



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 1: Cronograma de actividades

OBJETIVOS ESPECIFICOS	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	PROGRAMACIÓN																											
				ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO															
				3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S		
O.E.1: Desarrollar actividades y acciones estratégicas en el marco de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" para levantar las observaciones de los criterios calificados con "0" y "1".	Identificar los criterios que se encuentre con puntajes en 0 y 1, brindar recomendaciones y establecer plazos para levantar observaciones.	Matriz de seguimiento de la implementación de mejoras	1	X																											
	Comprometer la participación de la Dirección General y los responsables de las Unidades Orgánicas del hospital para lograr levantar las observaciones en los plazos establecidos.	Acta	1		X																										
	Distribuir los criterios de acreditación con calificación "0" y "1" a jefes de los Órganos y Unidades Orgánicas según categorías de acreditación (Gerencial, Prestacional y Apoyo), para el levantamiento de observaciones	Memorandum / Nota informativa	6			X																									
	Realizar el monitoreo de los criterios de acreditación cuya calificación fue "2" en la autoevaluación 2023, a fin de mantener dicha calificación en la próxima autoevaluación.	Informe	1											X																	
O.E.2: Capacitar y realizar la retroalimentación permanente sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".	Conformar el Equipo de Acreditación y el Evaluadores Internos, mediante acto resolutivo.	Resolución Directoral	1				X																								
	Realizar seguimiento del levantamiento de observaciones, según los plazos establecidos.	Informe	5					X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
O.E.2: Capacitar y realizar la retroalimentación permanente sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".	Brindar asesoría técnica a los responsables según criterios de acreditación, a fin de levantar las observaciones.	Acta	9			X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X			
	Capacitar sobre la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", a los integrantes del Equipo de Acreditación, Evaluadores Internos, responsables de unidades orgánicas y equipos de trabajo.	Informe	1					X																							



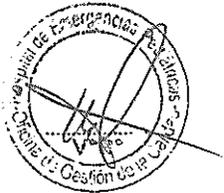
## Anexo 2: Matriz de seguimiento de la implementación de mejoras en base a resultados de autoevaluación

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por...	1	Socializar con el personal involucrado la "Guía Técnica de Procedimiento de Limpieza y Desinfección de Ambientes en el HEP" aprobado con RD N° 293-2023-DG-HEP/MINSA	Evidencia de socialización con personal involucrado de la "Guía Técnica de Procedimiento de Limpieza y Desinfección de Ambientes en el HEP" aprobado con RD N° 293-2023-DG-HEP/MINSA	Oficina de Servicios Generales y mantenimiento	30
DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	1	Socializar con personal involucrado RD N° 92-2023-DG-HEP/MINSA. "Guía para el manejo de ropa hospitalaria en el Hospital de Emergencias Pediátricas - V.01 del año 2023", sustentar con contrato de servicio de lavandería.	Evidencia de socialización de la RD N° 92-2023- DG-HEP/MINSA. "Guía para el manejo de ropa hospitalaria en el Hospital de Emergencias Pediátricas - V.01 del año 2023", sustentar con contrato de servicio de lavandería, con el personal involucrado	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento  Departamento de Enfermería  Oficina de epidemiología y salud ambiental	30
NYD2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.	1	Elaborar registro diario de visitas a pacientes con dietas especiales	Registro diario de las visitas efectuadas por el profesional de nutrición a los pacientes con dietas especiales	Servicio de Nutrición y Dietética	30
GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	1	Realizar el análisis de información y documentarlos a través de actas.	Actas de reuniones de análisis de información mensuales	Dirección General	30



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia.	1	Evidenciar con documento formal la programación quirúrgica.	Documento formal de programación de salas	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	30
ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.	1	Publicación de cartera de servicios con turnos actualizados	Evidencia de publicación de cartera de servicios con turnos actualizados diariamente	Oficina de Personal	30
GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.	0	Establecer mecanismos de difusión de la información y retroalimentación	Evidencia de socialización de boletines, reportes, informes	Oficina de Estadística e Informática Oficina de Comunicaciones Dirección General	30
GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.	1	Socializar el Manual de Organización y Funciones vigente con todas los órganos y unidades de organización.	Evidencia de socialización de MOF (Acta, memorándum, nota informativa)	Oficina de Personal	30



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
DIV1-1	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente.	1	Socializar Resolución de Comité Directivo del Consejo Nacional de Residentado Médico N° 004-2023-COMITÉ DIRECTIVO DE CONAREME, que oficializa la acreditación de la institución prestadora de servicios de salud Hospital de Emergencia Pediátricas en su condición de sede docente para la formación de médicos cirujanos especialistas, bajo la modalidad de Residentado Médico.	Evidencia de socialización de Resolución de Acreditación del HEP como Sede Docente	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	30
EIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	0	Evaluar indicador de soluciones oportunas ante un llamado de mantenimiento preventivo o reparativo	Informe de evaluación bimensual	Oficina de Servicios Generales y mantenimiento	30
EMG2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad.	1	Evaluar brecha de personal y realizar acciones para lograr cubrir al 100% los turnos programados en condiciones normales	Informe de la situación actual del Departamento de Emergencias	Departamento de Emergencia	30
ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización.	1	Realizar acciones para elaborar GPC, conformación de equipos, asignación de tareas, etc.	Informe de priorización de GPC	Oficina de Gestión de la Calidad	30

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.	0	Establecer mecanismos para hacer pública la siguiente información: -Implementación de lista de verificación de cirugía segura. - Informe de eventos adversos. - Informe de rondas de seguridad.	Memorándum circular	Oficina de Gestión de la Calidad	30
EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	1	"Plan de Trabajo de la Comisión de Inventario del Hospital de Emergencias Pediátricas", aprobado con RD N°59-2023-DG-HEP/MINSA	Plan de trabajo aprobado con RD Informe de ejecución del plan RD N°59-2023-DG-HEP/MINSA	Oficina de Logística	30
GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.	1	Evaluar implementación de un Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) en puestos de trabajo de alto riesgo.	Póliza de seguro	Oficina de Personal	30
NYD2-2	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.	1	Registrar en kardex verificación de concordancia de menús	Registro de verificación de concordancia de menús en Kardex Auditoria de calidad de registro de historia clínica	Departamento de enfermería	30
MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.	1	Registrar casos de accidentes punzo	Reporte de accidentes punzocortantes Informe de acciones realizadas	Oficina de Personal	30



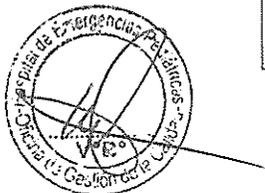
DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
DIV1-6	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo.	0	Conformar el comité de ética/bioética en investigación, elaborar reglamento y registrar actividades en actas	Resolución de conformación de ética/bioética	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	30
DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.	1	Revisar Guía Técnicas de Procedimientos de Desinfección y Esterilización del Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Esterilización para su uso en el Hospital de Emergencias Pediátricas Nivel III-E aprobado con RD N° 138-2014-DG-HEP/MINSA, evaluar pertinencia de actualización	1.- Guía Técnicas de Procedimientos de Desinfección y Esterilización del Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Esterilización para su uso en el Hospital de Emergencias Pediátricas Nivel III-E 2.- Evidencia de socialización con el personal a cargo	Servicio de enfermería en centro quirúrgico y central de esterilización	60
GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	1	Evidenciar con Informe de cumplimiento del Plan Anual de Contrataciones (PAC-2023)	Informe de cumplimiento del Plan Anual de Contrataciones (PAC-2023)	Oficina Ejecutiva de Administración Oficina de Logística	60
ATQ4-3	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	0	Elaborar Políticas de confidencialidad del Hospital de Emergencias Pediátricas	Políticas de confidencialidad del Hospital de Emergencias Pediátricas aprobado con RD	Oficina de Gestión de la Calidad	60



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	1	<p>Actualizar Directiva que regula el Proceso de Citas en el Hospital de Emergencias Pediátricas"</p> <p>Incluir temas relacionados a tiempos, costos, horarios, reprogramaciones, oferta de cupos</p>	<p>1.- Directiva administrativa de asignación de citas</p> <p>2.- Evidencia de socialización con los involucrados</p>	Oficina de Economía/Ventanilla integrada	60
GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	1	Elaborar directiva de programación multianual de bienes, servicios y obras según Directiva N° 0005-2021-EF/54-01	1.- Directiva de programación multianual de bienes, servicios y obras	<p>Oficina Ejecutiva de Administración</p> <p>Oficina de Logística</p>	60
ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad.	0	<p>1.- Evidencias con documento formal las acciones de control de calidad en los servicios de patología clínica, servicio de anatomía patológica y servicio de diagnóstico por imágenes.</p> <p>2.- Existe Manual para la Gestión de la calidad en el servicio de Patología</p>	<p>1.- Evidencia formal de acciones de control de calidad.</p> <p>2.- Informe de control de calidad</p>	Departamento de ayuda al diagnostico	60



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
NYD1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.	1	Evaluar pertinencia de actualización de MAPRO de Apoyo al Tratamiento aprobado con RD 105-2014-DG-HEP/MINSA.	1.- MAPRO de Atención Nutricional 2.- Evidencia de socialización con los involucrados	Servicio de Nutrición y Dietética	60
NYD1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.	1				60
ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica.	1	Evaluar pertinencia de actualización de MAPRO del Departamento de Atención del Paciente Críticos aprobado con RD N° 108-2021-DG-HEP/MINSA	1.- MAPRO de Atención Quirúrgica 2.- Evidencia de socialización con los involucrados	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	60
MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.	0	Realizar reuniones para analizar lo siguiente: - Informe de prevención y control de infecciones (PCI). - Informe de Residuos sólidos - Informe de IAAS - Informes de rondas de seguridad	Actas de reuniones de análisis de riesgos	Comité de Gestión de Riesgos	60
GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.	0	Realizar la identificación de necesidades de información a través de reuniones de trabajo, métodos de acopio y correos electrónicos con las distintas áreas del hospital.	Actas de reuniones de identificación de necesidades de información	Oficina de Estadística e Informática	60



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.	1	Elaborar documento técnico: Manual de buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos	Documento técnico: Manual de buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos	Servicio de Nutrición y Dietética	60
NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	1				60
GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.	1	Elaborar GUÍA TÉCNICA: PROCESO DE SELECCIÓN E INDUCCIÓN DEL PERSONAL	Guía Técnica: Proceso de selección e Inducción del Persona	Oficina de Personal	60
GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.	1				60
ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.	1	Capacitar al personal de triaje	Informe de capacitación de triaje	Departamento de enfermería	60



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATH6-1	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.	1	Verificar el cumplimiento de la "DIRECTIVA SANITARIA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTAS Y TELEINTERCONSULTAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS" aprobado con RD N° 194-2023-DG-HEP/MINSA	Informe de cumplimiento de "DIRECTIVA SANITARIA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTAS Y TELEINTERCONSULTAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS" aprobado con RD N° 194-2023-DG-HEP/MINSA.	Departamento médico quirúrgico Departamento de emergencia Departamento de Atención al paciente crítico Departamento de enfermería	60
ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada.	1	Realizar acciones para lograr atender más del 80% de las necesidades de los servicios	Informe de ejecución de cuadro de necesidades 2023	Oficina Ejecutiva de Administración Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	60
MRA2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales.	0	Realizar informe de hemo vigilancia	Informe de hemo vigilancia	Servicio de Patología Clínica	60
MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.	0	Socializar RD N° 92-2023-DG-HEP/MINSA. "Guía para el manejo de ropa hospitalaria en el Hospital de Emergencias Pediátricas - V.01 del año 2023", sustentar con contrato de servicio de lavandería.	Informe de verificación de cumplimiento de la RD N° 92-2023- DG-HEP/MINSA. "Guía para el manejo de ropa hospitalaria en el Hospital de Emergencias Pediátricas - V.01 del año 2023	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	60



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
DIV2-2	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido.	1	Elaborar plan de supervisión de estudiantes de pregrado y postgrado	Plan de supervisión de estudiantes de pregrado y postgrado	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	60
GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.	0	Elaborar "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS" y Plan de implementación del mismo	1.- "Directiva Administrativa para la Implementación del Proceso de Evaluación de Desempeño en el Hospital de Emergencias Pediátricas" 2.- Plan de implementación del mismo	Oficina de Personal	90
ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.	1	Analizar indicador de cirugías suspendidas e implementar medidas correctivas		Oficina de estadística e informática Oficina de Economía/Ventanilla integrada	90
ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas.	1	Analizar indicador de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria e implementar medidas correctivas	1.- Directiva Administrativa de obtención, medición y publicación de indicadores de gestión hospitalaria 2.- Informe Trimestral de análisis de Indicadores	Departamento médico Quirúrgico Departamento de emergencia Departamento de Atención al Paciente Crítico	90
ATQ3-10	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.	1	Analizar las tasas de reintervenciones quirúrgicas e implementar medidas correctivas de manera mensual		Departamento de Enfermería Departamento de Ayuda al Diagnóstico	90



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas.	0	Establecer responsable de análisis de estancia hospitalaria, establecer procedimiento			90
ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.	1	Implementar indicador: Porcentaje de ausentismo en citas programadas. $\frac{\sum \text{total de pacientes que no asistieron a cita programada, en un determinado periodo}}{\sum \text{total de pacientes citados, en un periodo determinado}} \times 100$	1.- Directiva Administrativa de obtención, medición y publicación de indicadores de gestión hospitalaria	Oficina de estadística e informática Oficina de Economía/Ventanilla integrada Departamento médico Quirúrgico Departamento de emergencia Departamento de Atención al Paciente Crítico Departamento de Enfermería Departamento de Ayuda al Diagnóstico	90
ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	1	Implementar indicador: Porcentaje de citas atendidas. $\frac{\sum \text{total de pacientes atendidos, en un determinado periodo}}{\sum \text{total de pacientes citados, en un periodo determinado}} \times 100$	2.- Informe Trimestral de análisis de Indicadores		90
ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.	1	Implementar indicador: Porcentaje de citas reprogramadas. $\frac{\sum \text{total de citas reprogramadas, en un determinado periodo}}{\sum \text{total de pacientes citados, en un determinado periodo}} \times 100$			90



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	0	Implementar indicador: Porcentaje de solicitudes atendidas  $\frac{\sum \text{total de solicitudes de apoyo al diagnóstico atendidas, en un determinado periodo}}{\sum \text{total de solicitudes de apoyo al diagnóstico, en un determinado periodo.}} \times 100$	1.- Directiva Administrativa de obtención, medición y publicación de indicadores de gestión hospitalaria  2.- Informe Trimestral de análisis de Indicadores	Oficina de estadística e informática Oficina de Economía/Ventanilla integrada Departamento médico Quirúrgico Departamento de emergencia Departamento de Atención al Paciente Crítico Departamento de Enfermería Departamento de Ayuda al Diagnóstico	90
GIN1-8	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	1	Implementar indicadores para incrementar el alcance del monitoreo			90
ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.	1	Registrar y analizar tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios. Realizar informes de acciones tomadas			90
MIRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.	1	1.- Elaborar las Guía de procedimiento que correspondan. 2.- Realizar auditoria de historia clínica	1.- Guía de procedimiento 2.- Informe de cumplimiento de guía de procedimiento	Comité de Farmacovigilancia	90
GRH4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.	1	Formular, ejecutar y evaluar PDP	1.- PDP aprobado 2.- Informes de ejecución	Oficina de personal	90



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	1	Formular, ejecutar y evaluar PDP	1.- PDP aprobado 2.- Informes de ejecución	Oficina de personal	90
DIV2-1	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades.	1	Conformar el comité de ética/bioética en investigación, elaborar reglamento y registrar actividades en actas	Actas de reuniones del comité de ética/bioética	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	90
EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	1	Elaborar manual de mantenimiento de áreas críticas.	Documento técnico: Manual de mantenimiento de áreas críticas	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	90
EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	1	Elaborar Manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos médicos, servicios básicos y energía eléctrica	Documento técnico: Manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos médicos, servicios básicos y energía eléctrica.  Informe de actividades realizadas según manual	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	90
NYD2-1	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.	1	Elaborar documento técnico: manual de regímenes normales y dieto terapéuticos	Documento técnico: manual de regímenes normales y dieto terapéuticos	Servicio de Nutrición y Dietética	90



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos.	1	Socializar RD N° 269-2023-DG-HEP/MINSA "Guía de Procedimiento de Cuidados de Enfermería al Paciente Pediátrico en la Prevención de Trombosis Venosa Profunda en el Hospital de Emergencia Pediátricas"	Evidencia de socialización de RD N° 269-2023-DG-HEP/MINSA "Guía de Procedimiento de Cuidados de Enfermería al Paciente Pediátrico en la Prevención de Trombosis Venosa Profunda en el Hospital de Emergencia Pediátricas" con personal involucrado	Departamento de Enfermería	90
ADA3-1	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple.	0	Establecer responsable, definir procedimiento de alta y documentarlo	Ficha de procedimiento y flujograma de alta	Oficina de Economía	90
MRA2-9	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla.	0	Elaborar e implementar formato de evaluación de riesgo de desnutrición	Formato de evaluación de riesgo de desnutrición	Servicio de Nutrición y Dietética	90
ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.	0	Elaborar GPC	GPC aprobadas	Departamento medico quirurgico	90
ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.	0			Departamento medico quirurgico	90



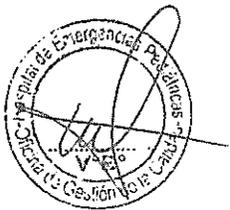
## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesioclínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anest. . .	0	Elaborar GPC	GPC aprobadas	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	90
EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.	0			Departamento de Emergencia	90
MRA2-8	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas.	1	Elaborar Guía de Procedimiento de Prevención de Riesgo de Aspiración.	Guía de Procedimiento de Prevención de Riesgo de Aspiración.	Departamento de enfermería	90
MRA6-10	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.	1	Elaborar Guía técnica de manejo de casos de accidentes punzo y herramientas de verificación de cumplimiento	Guía técnica de manejo de casos de accidentes punzo y herramientas de verificación de cumplimiento	Gestión de personal	90
GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.	0	Elaborar Guías de manejo de emergencias masivas	Guías de manejo de emergencias masivas	Departamento de Emergencia (Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres)	90



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes.	1	Realizar capacitaciones sobre eventos adversos, reforzando temas como la notificación	Informe de capacitación de eventos adversos	Oficina de Gestión de la Calidad	90
GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	1	Realizar acciones para lograr el cumplimiento de entregas mayor a 80%.	Informe de entregas de insumos y materiales trimestral	Oficina Ejecutiva de Administración Oficina de Logística	90
ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.	0	Realizar auditoría de historia clínica	Informe de evaluación de la calidad de registro	CAS	90
MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.	1	Implementar cartillas de bioseguridad en todos los ambientes	Informe de implementación de cartillas	Oficina de Comunicaciones	90
GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.	1	Implementar medidas correctivas para reducir el porcentaje de prescripciones no atendidas	Informe trimestral de monitoreo y seguimiento de implementación de acciones de mejora	Servicio de Farmacia	90
GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales.	1	Implementar acciones para lograr el registro de la opinión técnica en los procesos de adquisición	Informe trimestral de verificación de registro de opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales	Oficina Ejecutiva de Administración Oficina de Logística	90



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.	1	Evidenciar mediante documento formal (actas, informes...) el trabajo realizado por los equipos multidisciplinarios	Libro de Actas de reunión	Departamento médico quirúrgico Departamento de emergencia Departamento de Atención al paciente crítico Departamento de enfermería	90
GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	1				90
MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas.	0	Elaborar manual de bioseguridad y establecer mecanismos de verificación de cumplimiento	Manual de Bioseguridad	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	90
MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.	1	Elaborar manual de bioseguridad y establecer mecanismos de verificación de cumplimiento.  Informe de evaluación de cumplimiento de lavado de manos.			90



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
DIV1-8	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado.	0	Elaborar Plan de Trabajo	Plan de trabajo de Docencia e Investigación aprobado	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	90
DIV2-3	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado.	1				90
DIV2-4	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética.	1				90
MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles.	1	Elaborar Plan de Vigilancia Epidemiología de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud del Hospital de Emergencias Pediátricas e incorporar indicadores.	Plan de Vigilancia Epidemiología de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud del Hospital de Emergencias Pediátricas e incorporar indicadores	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	90
DIV1-9	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple.	0	Elaborar programa de tutorías	Programa oficial de tutorías aprobado	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	90
ATQ4-2	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.	1	Realizar proyectos de mejora de manera trimestral	Proyecto de mejora aprobado con RD	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	90



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.	0	Registro de horas a fin de evaluar el tiempo de espera del usuario en admisión-paciente continuador	Registro de hora en historia clínica Informe de monitoreo trimestral	Oficina de Economía/Ventanilla integrada Departamento médico Quirúrgico	90
DIV1-7	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple.	1	Elaborar reglamento de docencia de pregrado y postgrado.	Reglamento de docencia de pregrado y postgrado	Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	90
ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.	1	Realizar análisis de eventos adversos y seguimiento de recomendaciones	1.- Informe de eventos adversos 2.- Informe de seguimiento de recomendaciones	Oficina de Gestión de la Calidad	120
ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico.	1	Elaborar plan de trabajo del servicio de anestesiología y centro quirúrgico	1.- Plan aprobado con RD 2.- Informe de ejecución	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	120
ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios.	1	Elaboración de ASIS 2023	ASISHO aprobado con RD	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	120
GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.	1	Coordinar capacitación en deberes y derechos de los usuarios	Informe de capacitación en deberes y derechos de los usuarios	Oficina de Gestión de la Calidad	120



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	1	Realizar la señalización de acuerdo a norma R.M. N°543-2019/Minsa.	Informe de implementación de señalética	Oficina de Comunicaciones	120
ATA3-6	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.	1	Desarrollar un plan de prevención de patologías frecuentes de acuerdo a ASIS 2022	Informe de implementación del plan	Departamento Médico Quirúrgico	120
ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.	0	Elaborar Plan cero colas	Plan cero colas	Departamento médico quirúrgico	120
GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.	0	Elaborar plan de respuesta ante emergencias y desastres	Plan de respuesta ante emergencias y desastres	Departamento de Emergencia (Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres)	120
ATH3-3	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder.	1	Realizar auditorías de caso y seguimiento de implementación de recomendaciones	1.- Informe de auditoría 2.- Informe de seguimiento de recomendaciones	Oficina de Gestión de la Calidad	180



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.	0	Programar en el PDP Capacitación en auditoría, supervisión y evaluación de procesos y priorizar	1.- Informe de ejecución de la capacitación en auditorías, supervisión y evaluación de procesos 2.- Certificados de capacitación con más de 60 horas	Oficina de Gestión de la Calidad	180
GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	0	Programar Capacitación sobre Gestión de la Información para todos los jefes en el PDP y priorizar.	1.- Informe de ejecución de la capacitación en gestión de la información 2.- Certificados de capacitación	Oficina de Estadística e Informática	180
GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.	1	Programar capacitación en proyectos de mejora en el PDP y priorizar	1.- Informe de ejecución de la capacitación en proyectos de mejora 2.- Certificados de capacitación	Oficina de Gestión de la Calidad	180
EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.	1	Programar capacitación en temas propios de emergencia en el PDP y priorizar	1.- Informe de ejecución de la capacitación en temas propios de emergencia 2.- Certificados de capacitación	Departamento de Emergencia	180
GMD3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	0	Programar capacitación sobre procedimientos de farmacia en el PDP y priorizar	1.- Informe de ejecución de la capacitación 2.- Certificados de capacitación	Servicio de Farmacia	180



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	1	1.- Implementar la cartilla de acompañamiento al menor. 2.- Implementar una encuesta específica para medir la satisfacción del usuario en el proceso de admisión (hospitalización) y alta	Encuesta de satisfacción del usuario en el proceso de admisión y alta	Departamento médico quirúrgico	180
ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.	1			Oficina de Gestión de la Calidad	180
ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.	1				180
ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	0	Realizar auditoria de adherencia de GPC	Informe de adherencia de GPC	CAM/CAS	180
ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.	0				180
ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica.	0				180



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.	0	Realizar auditoria de adherencia de GPC	Informe de adherencia de GPC	CAM/CAS	180
MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas.	1				180
MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.	0	Supervisar el cumplimiento de Manual de Bioseguridad	Informe de supervisión	Departamento de enfermería	180
MRA6-9	El personal del establecimiento aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	0				180
ATH7-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.	0	Realizar auditoria de historia clínica por parte de los jefes de cada servicio	Informe de auditoría de historia clínica por servicio	Jefes de servicio	180



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATQ4-1	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.	0	Evaluar guías de procedimientos	Informe de evaluación de guías de procedimientos	Servicio de anestesiología y centro quirúrgico	180
ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos.	0			CAS	180
ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.	1			CAS	180
GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.	0	Realizar encuesta de percepción del usuario interno de manera semestral	Informe de resultados de encuesta	Oficina de Estadística e Informática Oficina de Comunicaciones	180
MRA6-7	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.	0	Actualizar mapa de riesgos	Mapa de Riesgos	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	180



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Cod. Criterio	Criterio	Calificación	Recomendación	Fuentes de verificación	Responsables	Plazos (días)
ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.	0	Implementar el registro de horas a fin de evaluar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.	Registro de hora en historia clínica Informe de análisis semestral	Departamento médico quirúrgico Oficina de Gestión de la Calidad	180
GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	0	Realizar los trámites con la Municipalidad a fin de contar con el Certificado de Inspección.	Certificado de Inspección Técnica	Oficina de Servicios Generales y mantenimiento	180

