



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud Mental

DOCUMENTO TÉCNICO. PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024





CONTROL DEL DOCUMENTO

RUBRO	A CARGO DE	FECHA	V. B.
ELABORADO POR	Equipo de Evaluadores Internos	4 / 07 / 2024	
REVISADO POR	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Equipo de Organización y Modernización Institucional Equipo de Planeamiento y Gestión Institucional	12 / 07 / 2024	
APROBADO POR	Dirección General	30 / 07 / 2024	



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS.....	5
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
IV.	BASE LEGAL	5
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	CONTENIDO DEL PLAN.....	7
6.1	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES.....	7
6.1.1	DEFINICIONES OPERATIVAS.....	7
6.1.2	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	9
6.2	ACTIVIDADES	9
6.3	EVALUACIÓN: INDICADORES	10
6.4	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OGC, SEGÚN EL MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI", EN EL MARCO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA.....	11
6.5	RESPONSABILIDAD	11
6.6	RECURSOS E INSTRUMENTOS	12
6.7	PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO.....	12
VII.	ANEXOS	13
	ANEXO 1: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES	14
	ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	16
	ANEXO 3: HOJA DE RECOMENDACIONES.....	17
	ANEXO 4: "MATRIZ DE SELECCIÓN"	18
	ANEXO 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS MACRO-PROCESOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL INSM "HD-HN"	19
	ANEXO 6: CRONOGRAMA PARA LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN	20
	ANEXO 7: FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	21



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA) en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud viene desarrollando estrategias con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, reduciendo las faltas atribuibles a los servicios de salud y garantizando una entrega estandarizada de los servicios de salud que permita una mayor satisfacción de los usuarios así como desarrollar una cultura de calidad en salud en todos los trabajadores .

En ese contexto uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad esto es un proceso permanente que requiere del compromiso total de todos los trabajadores.

En ese sentido, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada mediante RM 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los establecimientos de Salud como un proceso del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad.

Actualmente la norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de junio del 2007 mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación.

En ese sentido el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 es un documento en él se señala los objetivos y actividades para la aplicación de la auto-evaluación que sería la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación.

Las actividades contenidas en el presente PLAN DE AUTOEVALUACIÓN, han sido programadas por el Equipo de Evaluadores Internos, aprobado con Resolución Directoral N° 129-2024-DG-INSM "HD-HN", con la finalidad. de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios; así como fortalecer los Macroprocesos actuales.

II. FINALIDAD

Promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en la Institución, para garantizar que se brinde las prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. Cuyos resultados obtenidos serán tomados como referencia para mejorar los procesos que sean necesarios a fin de garantizar la satisfacción de los usuarios.





III. OBJETIVOS

Objetivo Estratégico Institucional (POI Anual 2024)

Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el Marco de la Modernización de la Gestión Pública.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de los estándares de acreditación en el Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN" mediante la aplicación de la Autoevaluación, para identificar nuestras fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Objetivo Específico N° 1

Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las Normas Técnicas del MINSA.

b) Objetivo Específico N° 2

Comprometer a los Órganos y unidades orgánicas en la planificación y desarrollo del Proceso de autoevaluación para la acreditación.

c) Objetivo Específico N° 3

Identificar oportunidades de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación, que permitan incrementar el 5% en el puntaje final respecto al año anterior.

d) Objetivo Específico N° 4

Lograr la sensibilización y motivación de los trabajadores para el cumplimiento de los estándares afín de lograr la Acreditación Institucional.

IV. BASE LEGAL

1. Ley 26842, Ley General de Salud.
2. Decreto Supremo N° 036-2023-SA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado





3. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
4. Ley 27815, Ley “Código de Ética de la Función Pública.”
5. Ley 27658, Ley “Marco de Modernización de la Gestión del Estado.”
6. Decreto Legislativo N° 1088-2008, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
7. Resolución Ministerial N° 462-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”.
8. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud”.
9. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”.
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
11. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
12. 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”.
13. Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba incorporar el Anexo 4 “Listado de Estándares de Acreditación para la Acreditación de Establecimientos de Salud con Categoría III-2”
14. Decreto Supremo N° 004-2013, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2022.
15. Resolución Ministerial N°193-2020/MINSA, Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
16. Resolución Ministerial N°905-2020/MINSA, que aprueba la D.S N°122 MINSA/2020/CDC Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus COVID-19 en el Perú.
17. Resolución Directoral N°143-2020-DG-INSM “HD-HN”, Plan de Contingencia Frente al Potencial Pandemia de Coronavirus COVID – 19, del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
18. Resolución Directoral N°178-2020-DG-INSM “HD-HN”, Plan General de Acción de Alerta Roja COVID – 19, del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
19. Resolución Ministerial N° 826-2022-MINSA, que aprueba la Norma para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Autoevaluación es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”.





VI. CONTENIDO DEL PLAN

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

6.1.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

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 e l calidad de atención y el desarrollo armónico e las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
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.
3. **Atributos de Calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados.
4. **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores interno 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.
5. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
6. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
7. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
8. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
9. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
10. **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.
11. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.





12. **Evaluación por pares:** Procedimiento de evaluación opcional del proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Tiene como finalidad contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud de similar categoría, considerados pares. Su importancia está dada por el mejoramiento de la consistencia de la evaluación interna, como un paso previo a someterse a la evaluación externa, incrementando la oportunidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para ser acreditado.
13. **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional). Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial otorgada por el Ministerio de Salud o Resolución Presidencial otorgada por los Gobiernos Regionales.
14. **Eventos adversos:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
15. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizarla total objetividad.
16. **Informe técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisan el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
17. **Informe Técnico de la Evaluación Externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por los evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, incluyendo la opinión de calificación para la acreditación.
18. **Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.
19. **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 macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.



6.1.2 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

a) Técnicas de evaluación

El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas de evaluación, tales como: verificación de documentos, observación directa de los procesos, entrevistas, muestreo, encuestas, auditorías de registros médicos.

b) Instrumento a utilizarse

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas, códigos de criterios y criterios de evaluación, que constan de 21 Macroprocesos.

c) Proceso de ejecución

La autoevaluación se ejecutará siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación, para dicho fin y en estrecha coordinación con las jefaturas involucradas. La metodología será la siguiente:

- ✓ Reunión para la elaboración del Plan
- ✓ Identificación de Macroprocesos y criterios para cada servicio.
- ✓ Conformación del equipo y responsables por cada Macro-proceso
- ✓ El equipo de evaluadores internos elegirá al evaluador líder, que integrará el equipo de evaluadores internos.
- ✓ La evaluación se realiza mediante la visita a las diferentes áreas verificando los criterios señalados.
- ✓ El proceso de ejecución de autoevaluación se hará con la presencia de los directores, jefes o coordinadores de área o quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- ✓ El equipo de autoevaluación al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados, a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- ✓ El evaluador líder será el responsable del monitoreo y supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación. Así mismo, el equipo de evaluadores internos estará encargado de la ejecución de la autoevaluación.
- ✓ Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe final, estará a cargo del evaluador líder y equipo de autoevaluación

6.2 ACTIVIDADES

OE 1.- Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las Normas Técnicas del MINSA.



- a) Conformación del Equipo de Evaluadores
- b) Capacitación al Equipo de Evaluadores
- c) Elaboración del Plan de Autoevaluación
- d) Reunión con los Evaluadores Internos para designar al Evaluador Líder

OE 2.- Comprometer a los Órganos y unidades orgánicas en la planificación y desarrollo del Proceso de autoevaluación para la acreditación.

- a) Reunión con los Evaluadores Internos para designar líderes responsables por cada Macroprocesos y distribución de los Macroprocesos a los Miembros del Equipo de Evaluadores Internos
- b) Evaluación in situ de todos los Macro procesos
- c) Consolidación de Resultados
- d) Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación

OE3.- Identificar oportunidades de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación, que permitan lograr la acreditación institucional

- a) Elaboración de un Plan de Acciones de Mejora Continua
- b) Seguimiento de Recomendaciones emitidas en la autoevaluación 2024.

OE 4.- Lograr la sensibilización y motivación de los trabajadores para el cumplimiento de los estándares afín de lograr la Acreditación Institucional.

- a) Reunión con el Equipo de Acreditación para dar a conocer los resultados del Proceso de autoevaluación
- b) Socialización del Informe Técnico de Autoevaluación con los trabajadores del Instituto.

6.3 EVALUACIÓN: INDICADORES

- **Porcentaje Obtenido de autoevaluación en Acreditación.**

Actividad	Indicador	Unidad de Medida	Periodo	Entregable
Realizar la autoevaluación de los diferentes Macroprocesos	Porcentaje obtenido de autoevaluación en Acreditación de acuerdo al aplicativo de acreditación en los servicios de salud	%	Anual	Informe

- **Porcentaje de Acciones de Mejora Implementadas**

Actividad	Indicador	Unidad de Medida	Periodo	Entregable
Seguimiento de las Recomendaciones de Acciones de Mejora emitidas en la autoevaluación	Nº de Acciones de Mejora Implementadas / Nº total de Acciones de Mejora Propuestas X 100	%	Anual	Informe

6.4 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OGC, SEGÚN EL MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”, EN EL MARCO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA

INVENTARIO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		
NIVEL PROC.	Nº CÓDIGO	NOMBRE DE PROCESOS Y SUBPROCESOS
0	PE 0.1	Gestión de la Planificación y Desarrollo Institucional
0	PE 0.5	Gestión de la Calidad
0	PE 05.01	Planificación y Diseño de la Gestión de la Calidad
0	PE 05.02	Implementación de la Gestión de la Calidad
0	PM 05.03	Evaluación de la Gestión de la Calidad
1	PM 05.03.1	Informe de Evaluación de Eventos Adversos, rondas de seguridad del paciente
1	PE 05.04.3	Informe de Autoevaluación
1	PE 05.04.3	Informe de Monitoreo y mejora continua
0	PM 05.04	Mejora de la Gestión de la Calidad
1	PM 05.04.1	Implementación de acciones de mejora en el establecimiento de salud.

*Fuente Mapa de Procesos OEPE/EO y MI del INSM “HD-HN”

6.5 RESPONSABILIDAD

Se tiene las siguientes responsabilidades respecto al proceso de la Autoevaluación:





DEL DIRECTOR DEL INSTITUTO

- ✓ Conformar el Equipo de Acreditación.
- ✓ Conformar el Equipo de Evaluadores Internos
- ✓ Aprobar con R.D. Plan de Autoevaluación.

DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- ✓ Elaborar el plan de autoevaluación, así como realizar la autoevaluación de los macro procesos
- ✓ Elaboración del informe técnico de la autoevaluación del año.
- ✓ Elaborar un plan de acciones de mejora según puntajes obtenidos en la autoevaluación.

DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- ✓ Capacitación de los Evaluadores Internos
- ✓ Reunión con los Evaluadores Internos para designar líderes responsables por cada Macroprocesos y distribución de los Macro-procesos.
- ✓ Socialización del Informe Técnico de Autoevaluación con los trabajadores el Instituto.
- ✓ Seguimiento de recomendaciones emitidas en la autoevaluación 2024.
- ✓ Informe el seguimiento de las observaciones.

6.6 RECURSOS E INSTRUMENTOS

- ✓ Evaluadores Internos seleccionados y capacitados
- ✓ Norma Técnica N° 050-MINSA /DGSP-V.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- ✓ Listado de estándares de Acreditación Categoría III-2
- ✓ Guía de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Hoja de Registro de Datos para la evaluación.
- ✓ Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de Resultados.

6.7 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Para el desarrollo de las actividades del Plan de Acreditación estas no van a generar ningún tipo de financiamiento con recursos del Estado





PERU

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud Mental

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024



VII. ANEXOS





ANEXO 1: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES

Dependencia: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"

Actividad	Tareas	Unidad de Medida	Meta total a Ejecutar	Cronograma de Ejecución – 2024												Presupuesto	Responsable
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las Normas Técnicas del MINSA.	Conformación del Equipo de Acreditación y del Equipo de Evaluadores Internos	Actos Resolutivos	2					X								0	Dirección General
	Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación	Acto Resolutivo	1							X						0	Evaluadores internos
	Reunión con los Evaluadores Internos para designar al Evaluador Líder	Acta de reunión	1						X							0	Evaluadores internos
	Reunión para designar líderes responsables por cada Macroproceso y distribución de los Macroprocesos a los Evaluadores Internos	Acta de reunión	1									X				0	Evaluadores internos OGC
Desarrollar el Proceso de autoevaluación para la acreditación.	Comunicación oficial de inicio de la Autoevaluación 2024 a todas las unidades orgánicas y al MINSA	Oficio	1										X			0	Dirección General
	Evaluación in situ de todos los Macroprocesos	Acción	21										X	X		0	Evaluadores internos
	Consolidación de Resultados	Reporte de Aplicativo	1											X		0	Evaluadores internos
	Elaboración y envío al MINSA del Informe Técnico de Autoevaluación	Oficio	1												X	0	Evaluadores internos
Desarrollar las acciones de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de estándares de acreditación, que permitan lograr la acreditación institucional	Elaboración de un Plan de Acciones de Mejora Continua	Documento	1												X	0	OGC
	Seguimiento de Recomendaciones emitidas en la Autoevaluación 2024	Informe	1							X						0	OGC



Actividad	Tareas	Unidad de Medida	Meta total a Ejecutar	Cronograma de Ejecución – 2024												Presupuesto	Responsable
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
Sensibilizar y motivar a todos los trabajadores el cumplimiento de las estándares para el logro de la Acreditación Institucional.	Reunión con el Equipo de Acreditación para dar a conocer los resultados del Proceso de autoevaluación	Acta	1												X	0	OGC
	Socialización del Informe Técnico de Autoevaluación con los trabajadores el Instituto.	Reunión	1												X	0	OGC



ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macro-proceso _____

Evaluador (es) _____

:

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la Evaluación: _____

Código del Estándar: _____

Código de Criterio de evaluación	Puntaje	Fuente Auditable	Técnica utilizada	Sustento de Puntaje/ Comentarios

Firma _____

ANEXO 3: HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluador (es) _____

Fecha: _____

Servicios Evaluados: _____

[illegible]

Firma: _____

ANEXO 4: “MATRIZ DE SELECCIÓN”

Quando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

[illegible]

ANEXO 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS MACRO-PROCESOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL INSM “HD-HN”

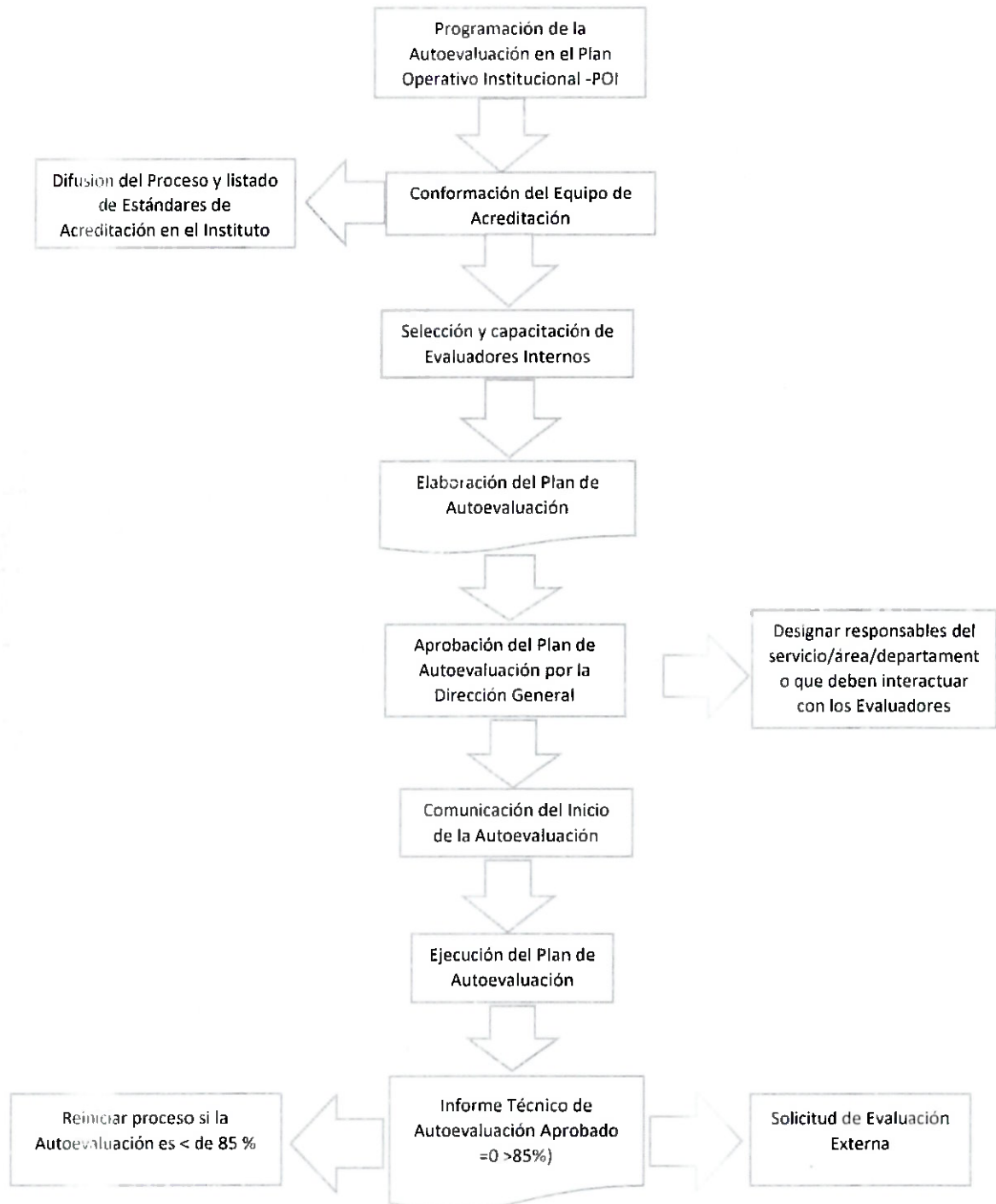
Nº Nombre de Macro-proceso (MP) a Evaluar	Nº de Estándares	Nº de Criterios	Miembros del Equipo
MP 1: Direccionamiento (DIR)	3	12	
MP 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)	4	11	
MP 3: Gestión de la Calidad (GCA)	3	20	
MP 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	8	37	
MP 5: Gestión de seguridad ante Desastres (GSD)	3	18	
MP 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	2	11	
MP 7: Atención Ambulatoria (ATA)	3	11	
MP 8: Atención de Hospitalización (ATH)	7	21	
MP 9: Atención de Emergencia (EMG)	3	15	
MP 11: Investigación (INV)	3	17	
MP 12: Docencia (DOC)	1	10	
MP 13: Atención de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)	3	13	
MP 14: Admisión y Alta (ADA)	3	15	
MP 15: Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	5	16	
MP 16: Gestión de Medicamentos (GMD)	3	16	
MP 17: Gestión de la Información (GIN)	3	15	
MP 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	4	20	
MP 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)	2	6	
MP 20: Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	2	10	
MP 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	2	8	
MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13	
TOTALES	69	315	



ANEXO 6: CRONOGRAMA PARA LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Macro-proceso	Equipos de Evaluadores internos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Responsable Evaluador

ANEXO 7: FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N°	Código Criterio	Criterio	Unidad Organica a Evaluar																																			
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna. Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutricion	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoria Juridica	Of. Epidemiologia	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Of. Docencia	Of. Admón. Humano	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	U.F. Evid. Tecnológica
1	DIR1-1	El instituto ha formulado su plan estratégico participativamente y de acuerdo a su plan institucional (misión, visión, políticas, objetivos y metas), plan operativo y plan de contingencia																	X																			X
2	DIR1-2	La Dirección del instituto promueve y asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen sus actividades concordantes con el plan operativo institucional																	X																			
3	DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado																	X																			X
4	DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del instituto de acuerdo a las prioridades nacionales por etapas, la edad																			X																	
5	DIR1-5	El instituto ha formulado un análisis de la situación de salud pública, el cual permite para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus actividades de salud	X																		X																	
6	DIR1-6	Los resultados de los indicadores de gestión (de estructura y procesos) establecidos y obtenidos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el instituto																																	X			
7	DIR1-7	La Dirección del instituto asegura la adhesión del personal, lealtad a las guías de práctica clínica y la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional, en las unidades en el Plan Nacional Concertado de Salud	X		X	X	X									X																						
8	DIR1-8	La Dirección del instituto cumple sus metas respecto a las estrategias nacionales y/o regionales, en su competencia y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual)																	X																			
9	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencia se ejecutan asignados formalmente a las responsables de cada unidad/area/servicio del instituto/establecimiento de salud																	X																			X
10	DIR2-2	Los responsables informan los resultados del avance y metas alcanzadas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido	X																X																			
11	DIR2-3	El instituto cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación																	X																			
12	DIR3-1	El instituto según su especialidad propone a la Autoridad Sanitaria Nacional políticas de salud y prioridades sanitarias para la atención de la salud	X		X	X	X	X	X	X	X					X	X									X												
13	GRH1-1	El instituto cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones (MOF)																																				
14	GRH1-2	El instituto tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos independientemente de su régimen laboral																																				
15	GRH1-3	El instituto ha definido y comunica formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	GRH1-4	Las jefaturas de servicios/departamentos/ áreas, unidades informan los resultados de productividad individual de acuerdo a lo establecido por la autoridad del instituto (resolución normativa HIS para MINSA)			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X																X			



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Criterios de Evaluación			Unidad Orgánica a Evaluar																																							
Nº	Código Criterio	Criterio	Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna. Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele-salud	UFGRO	U.F. Ev. Tecnologías			
17	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para evaluar periódicamente y realizar un análisis de su práctica relacionada con la situación institucional	X		X	X	X	X	X								X	X	X																							
18	GRH2-2	Los equipos de trabajo del instituto atienden problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos																											X	X												
19	GRH3-1	El instituto facilita medidas de hospitalidad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles así como otras acciones para cautelar la salud de los trabajadores de áreas de riesgo																				X							X	X	X											
20	GRH3-2	Todo recurso humano del instituto está protegido con algún tipo de seguro de salud, burocrático e independientemente de su responsabilidad																											X	X												
21	GRH4-1	El instituto cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios de acuerdo al nivel de su competencia y su estructura corresponde a lo establecido por la autoridad sanitaria nacional																	X																							
22	GRH4-2	El instituto implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano orientado a lograr los objetivos institucionales																											X	X												
23	GRH4-3	El instituto 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																					X	X				X	X													
24	GCA1-1	El instituto cuenta con el Plan de Gestión de Calidad según normativa vigente y lo actualiza según cronograma																							X																	
25	GCA1-2	El instituto cuenta con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de el plan formulado																						X																		
26	GCA1-3	La cultura de gestión de la calidad se encuentra debidamente implementada para un adecuado funcionamiento																						X																		
27	GCA2-1	El instituto cuenta con un mecanismo implementado y en ejecución de comunicación registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos																						X																		
28	GCA2-2	El instituto cuenta con procedimientos oficiales de vigilancia y control de Infecciones Intrahospitalarias y lo cumple																				X																				
29	GCA2-3	El instituto cumple con la ejecución de auditorías según norma vigente (NT 029-2009 F*1174)																					X																			
30	GCA2-4	El instituto tiene documentado el proceso para la recepción y análisis de las quejas y reclamos de los usuarios (medios, flujos, instrumentos y periodicidad)																					X	X																		
31	GCA2-5	Se evidencia el porcentaje de quejas y reclamos resueltos o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud																					X	X																		
32	GCA2-6	El instituto difunde la información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales																					X	X												X						
33	GCA2-7	El instituto evidencia la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuarios externos según normativa vigente																					X																			
34	GCA2-8	El instituto desarrolla el estudio de clima organizacional según norma vigente																										X	X													
35	GCA2-9	El instituto implementa mejoras en base a los resultados obtenidos del estudio de clima organizacional																										X	X													



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGANICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																					
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. To. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGD	U.F. Ev. Tecnologías	
36	GCA2-10	El instituto ha formulado y aprobado oficialmente sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad																					X																	
37	GCA2-11	El instituto monitorea sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad según programación aprobada																					X																	
38	GCA3-1	El instituto tiene identificados y seleccionados sus PMCC basados en un análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora																				X				X													X	
39	GCA3-2	El Instituto ejerce los PMCC con soporte administrativo y presupuestal																	X			X				X													X	
40	GCA3-3	El Instituto institucionaliza los resultados de los PMCC exitosos	X																			X				X													X	
41	GCA3-4	El Instituto evalúa y valida la calidad de las guías de práctica clínica formuladas (AGREE)			X	X	X										X	X					X																	
42	GCA3-5	El Instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería formulados			X	X	X		X								X		X					X																
43	GCA3-6	El Instituto define prioridades para el desarrollo de evaluación de tecnología sanitaria acorde a su especialidad																																						X
44	MRA1-1	El instituto ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta																				X																		
45	MRA1-2	El instituto cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de acuerdo con normas vigentes																				X																		
46	MRA1-3	El instituto realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia																					X																	
47	MRA1-4	El instituto cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales																					X																	
48	MRA1-5	El instituto cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por oferta																					X												X					
49	MRA1-6	El instituto ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes por atención según especialidad en los últimos cinco años (para casos de referencia se considerará los casos de muerte en un periodo de atención mayor a 48 horas)																																		X	X			
50	MRA1-7	El instituto cuenta formalmente con formato de consentimiento informado y lo aplica			X	X	X		X		X	X	X										X																	
51	MRA1-8	El instituto tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos los cuales se realizan previa información al paciente ó a la persona llamada legalmente a hacerlo acerca de riesgo																					X																	
52	MRA1-9	Se cuenta con un mecanismo para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización																					X																	
53	MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia en hospitalización y salas de cirugía							X		X	X																												
54	MRA2-4	El Instituto cuenta con mecanismos de identificación del paciente en todas las áreas de hospitalización			X	X	X											X																						
55	MRA2-5	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas																X																						



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Criterios de Evaluación			Unidad Orgánica a Evaluar																																							
Nº	Código Criterio	Criterio	Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Telesalud	UFGRO	U.F. Ev. Tecnologías			
56	MRA3-2	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																	X																							
57	MRA3-3	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antiépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales																					X																			
58	MRA4-1	El instituto dispone de procedimientos para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria																					X																			
59	MRA4-2	El instituto cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma																					X																			
60	MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibióticoterapia																					X																			
61	MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan operativo institucional y los objetivos son claros y medibles																		X		X																				
62	MRA4-5	El instituto realiza seguimiento de accidentes y enfermedades ocupacionales en el personal de salud (asistencial y administrativo) e implementa acciones de mejora																										X	X	X												
63	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de procedimientos de enfermería por servicios y están actualizadas																	X																							
64	MRA5-2	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados																	X																							
65	MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento)																	X																							
66	MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes																	X																							
67	MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal																	X																							
68	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																										X	X	X												
69	MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención																				X																				
70	MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados																										X							X							
71	MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad							X			X	X																													
72	MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un incidente punzocortante según la evaluación del riesgo																										X	X	X												
73	MRA6-6	En el instituto existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios																				X						X	X	X												



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N°	Codigo Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																					
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Trto. Médico	Med. Interna. Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Gestión	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRD	U.F. Ev. Tecnologías	
74	MRA6-7	El instituto, con base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra riesgos B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA y en actividad explosiones e incendio.																									X	X	X											
75	MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.																				X						X	X	X										
76	MRA6-9	El personal del instituto aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos relacionados al tipo de trabajo que realizan.																	X		X							X	X	X										
77	MRA6-10	El instituto garantiza la realización oportuna de los exámenes corporales y el tratamiento especializado al personal que sufre un accidente por el trabajo.																										X	X	X										
78	MRA7-1	La institución, eliminación y disposición final de los residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma vigente.																				X																		
79	MRA7-2	El instituto garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.																				X						X						X						
80	MRA8-1	El instituto coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios internos y externos, garantizando el acceso a este servicio.																				X						X							X					
81	GSD1-1	El instituto cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil y Defensa Nacional solicitada al gobierno local.																										X											X	
82	GSD1-2	El instituto sujeta a evaluación de seguridad de las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos, estas cumplen con los estándares mínimos.																										X												
83	GSD1-3	El instituto cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.																										X												
84	GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del instituto y la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a este.																										X												
85	GSD1-5	El instituto ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, así como sus áreas e implementa acciones de mejora.																																					X	
86	GSD1-6	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada de la ayuda.															X																							
87	GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está constituido y desarrolla su plan anual de actividades.	X																																				X	
88	GSD2-2	El instituto cuenta con un plan actualizado de emergencia y desastres que incluye un protocolo de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.	X																																				X	
89	GSD2-3	El instituto cumple con implementar las acciones que corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta nacional, regional y local ante situaciones de emergencia y desastres.																																					X	
90	GSD2-4	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma anual con las unidades de Defensa Civil.	X																																				X	
91	GSD2-5	El instituto ha realizado al menos dos simulacros por año durante los últimos 24 meses para prevenir situaciones de emergencia y desastres basado en su plan de respuesta.																																					X	



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																								
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto Médico	Med. Interna. Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OLPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRD	U.F. Ev. Tecnologías				
93	G2D3-0	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal	X																																					X			
93	G2D3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres																																							X		
94	G2D3-2	El instituto cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad															X																										
95	G2D3-3	El instituto cuenta con un sistema de comunicación alterno en caso falle el sistema telefónico																																							X		
96	G2D3-4	El instituto cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública																										X							X								
97	G2D3-5	El instituto cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública																										X							X								
98	G2D3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda								X		X	X			X																								X			
99	G2P1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar el control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de gestión y prestación en la organización	X																X			X																					
100	G2P1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación y se han fijado los niveles esperados para la institución	X																																								
101	G2P2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito de acción	X																X									X	X														
102	G2P2-2	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización	X																																			X					
103	G2P1-3	El instituto realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido	X																																								
104	G2P2-4	El instituto evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia															X																										
105	G2P2-5	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización																																									
106	G2P2-6	El instituto tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora	X																																								
107	G2P2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización	X																																								
108	G2P2-8	Los resultados de los procesos de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de la gestión se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones	X																																								
109	G2P2-9	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad y estas se encuentran en los niveles esperados																																									



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Codigo Criterio	Criterio de Evaluación	Unidad Orgánica a Evaluar																				
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	DEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad
110	ATA1-1	El Instituto cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto	X	X																		X	X
111	ATA1-2	La oferta de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios			X	X	X	X	X										X				
112	ATA1-3	El Instituto dispone de un área de triaje o campo de profesional especializado o Primer consulta efectuada por médico especialista (criterio relacionado con el Índice de Referencia y Contrareferencia)			X	X	X																
113	ATA1-4	El Instituto cuenta con mecanismos de programación de citas que permiten una accesibilidad oportuna a ser atendidos en función a la demanda																					
114	ATA1-5	El Instituto ha desarrollado en todas las áreas de la atención ambulatoria estrategias para atención preferencial en función a nivel de especialización, grado de dependencia y valoración clínica	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X							X	X
115	ATA2-1	El Instituto desarrolla, implementa y socializa sus Guías de Práctica Clínica (GPC) en función al nivel de especialización y perfiles epidemiológicos	X		X	X	X																
116	ATA2-2	El Instituto cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios																					
117	ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historia Clínica (HC) sigue los fundamentos de las Guías de Práctica Clínica (GPC)			X	X	X																
118	ATA2-4	Se identifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención ambulatoria altamente especializada y los resultados están dentro de los rangos establecidos																					
119	ATA3-1	El Instituto cuenta con mecanismos que sirven para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son atendidos por el personal																X			X	X	
120	ATA3-2	El Instituto cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria																				X	
121	ATH1-1	El Instituto identifica anualmente las diez enfermedades más frecuentes de internamiento altamente especializado y por cada una de los servicios																					
122	ATH1-2	La gestión de los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución			X	X	X																
123	ATH2-1	La Dirección cumple con atender los niveles de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento altamente especializado según priorización solicitada																				X	X
124	ATH2-2	Las ofertas de los servicios de internamiento altamente especializado promueven el desarrollo, implementación y socialización de las Guías de Práctica Clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización			X	X	X																
125	ATH2-3	El Instituto ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento altamente especializado del paciente y realiza acciones para su disminución			X	X	X																
126	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad																					



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																					
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tiro Médico	Med. Interna Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele-salud	UFGRD	U.F. Ev. Tecnologías	
127	ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento altamente especializado son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes			X	X	X														X	X																		
128	ATH4-1	Los servicios de internamiento altamente especializado cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.	X		X	X	X																																	
129	ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención altamente especializada según normas vigentes																X																X						
130	ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.			X	X	X															X																		
131	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.			X	X	X												X																					
132	ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento altamente especializado.			X	X	X																																	
133	ATH6-1	Se cuenta con convenios y mapas de proceso/ fluxogramas que garantizan la aplicación de procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados (interconsultas intra y extra hospitalarias).			X	X	X												X																X					
134	ATH6-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para la los pacientes internados y de emergencias.							X		X	X																												
135	ATH7-1	El instituto 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																				X																		
136	ATH7-2	El instituto cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento altamente especializado en los ambientes destinados a ésta																				X	X																	
137	ATH7-3	El instituto cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados			X	X	X		X	X	X																													
138	ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica			X	X	X															X																		
139	ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones hospitalarias y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica			X	X	X															X																		
140	ATH7-6	Se realiza el análisis de los eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.			X	X	X															X																		
141	ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario de hospitalización y el nivel es el esperado por la institución.																				X																		
142	EMG1-1	El instituto cuenta con un mecanismo operativo de información general al usuario en el servicio														X																								
143	EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales														X						X	X																	



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Codigo Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																						
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRD			
144	EMG 1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia en un lugar visible para los usuarios															X		X																						
145	EMG 1-4	El instituto cuenta con guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia por etapas de vida	X														X																								
146	EMG 1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias															X											X	X												
147	EMG 1-6	El instituto ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.) y las implementa															X						X	X																	
148	EMG 2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad						X		X		X					X																								
149	EMG 2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible															X																								
150	EMG 2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año															X											X						X							
151	EMG 2-4	El instituto dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año															X											X						X							
152	EMG 2-5	El instituto 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															X	X																							
153	EMG 3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes															X	X																							
154	EMG 3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica															X																								
155	EMG 3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia															X																								
156	EMG 3-4	El instituto evalúa en forma periódica el tiempo de espera para atención a los usuarios y los rangos están dentro de los esperados por la institución para prioridad I, II y III															X					X					X						X								
157	INV 1-1	El instituto cuenta con Plan de investigación que incluye las políticas y líneas de investigación en su especialidad, en concordancia con las necesidades de salud pública y competencias de acuerdo a su nivel de complejidad																									X														
158	INV 1-2	El Instituto ejecuta el Plan de Investigación de acuerdo a lo programado																									X														
159	INV 1-3	El instituto cuenta con un Comité de Investigación y está operativo																									X														
160	INV 1-4	El instituto cuenta con un Registro de investigadores en la Oficina de Investigación y CONCYTEC y está actualizado																									X														
161	INV 1-5	El Instituto desarrolla acciones para perfeccionamiento de los investigadores																									X	X	X												
162	INV 1-6	El instituto cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEI) registrado en el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Office for Human Research Protections (OHRP) -Oficina de Protección de los Sujetos de Investigación-																									X														



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																				
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna. Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad
163	INV1-7	El instituto ha establecido convenios de investigación con Universidades y otras instituciones a nivel nacional e internacional																					
164	INV1-8	El instituto cuenta con infraestructura y equipamiento que facilita el desarrollo de la investigaciones	x																				
165	INV1-9	Se desarrollan investigaciones de acuerdo al Plan aprobado y los resultados se encuentran en el Cunto de Recursos de la institución																					
166	INV2-1	El instituto cuenta con Reglamento y Manual de Procedimientos para la aprobación y monitoreo de proyectos de investigación																					
167	INV2-2	El instituto cumple con las actividades de Monitoreo supervisión y evolución de las Investigaciones aprobadas																					
168	INV2-3	Cuenta con mecanismos de estímulos para el desarrollo de las investigaciones																					
169	INV2-4	Asigna recursos financieros para el desarrollo de las investigaciones de acuerdo al Plan																					
170	INV2-5	Asigna Investigadores/as u horas exclusivas para el desarrollo de las investigaciones																					
171	INV3-1	El instituto emite el informe de los resultados de la investigación a la autoridad sanitaria	x																				
172	INV3-2	El instituto publica los resultados de la investigación a través de los medios establecidos																					
173	INV3-3	El instituto emite recomendaciones en base a sus investigaciones para el desarrollo de NTS	x																				
174	DOC1-1	El instituto cuenta con convenios que contemplan actividades de docencia dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel																					
175	DOC1-2	El instituto tiene definido su campo clínico por especialidades y subespecialidades para ejercer la docencia en el ámbito de su competencia según la norma vigente																					
176	DOC1-3	El Instituto cuenta con Comités de Docencia a otros niveles de atención y/o Pre-Grado y/o Post-Grado	x																				
177	DOC1-4	El instituto cuenta con Reglamentos de Docencia y se implementan																					
178	DOC1-5	El instituto cuenta con programación de actividades de tutorías y asesorías dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel incluidos en el Plan Anual de Docencia y se cumplen																					
179	DOC1-6	El Comité de Docencia supervisa el cumplimiento del Plan de Tutorías y Asesorías																					
180	DOC1-7	El instituto cuenta con el Plan Anual de Docencia dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel y lo ejecuta																					
181	DOC1-8	El instituto cuenta con un centro de documentación adecuado (Biblioteca y otros) y es accesible a los usuarios del sector																					
182	DOC1-9	Cuenta con Programa de Cooperación y/o Asistencia Técnica Nacional y/o Internacional y se ejecuta (Pasantías, Intercambios)																					
183	DOC1-10	Cuenta con programas de Sub-especialización y lo ejecuta																					
184	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento bienen incorporados proyectos de investigación a la cartera de proyectos aprobada por el instituto																					
185	ADT2-1	El Instituto publica y difunde las investigaciones efectuadas de su especialidad referidos al apoyo al diagnóstico y tratamiento																					



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N	Código Criterio	Criterio de Evaluación	Unidad Orgánica a Evaluar																					
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Educación	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS
186	ADT2-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento incorporan la socialización de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de sus investigaciones al plan de mejoramiento de competencias con alcance sectorial							X	X	X	X	X	X	X	X								
187	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención	X						X			X	X	X	X									
188	ADT3-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican programas de control y garantía de la calidad							X			X	X		X	X								
189	ADT3-3	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud							X			X	X		X									
190	ADT3-4	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado							X			X	X		X									
191	ADT3-5	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes							X			X	X		X	X								
192	ADT3-6	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de la calidad de los procedimientos		X					X			X	X		X					X				
193	ADT3-7	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas y protocolos de seguridad (exámenes e inyecciones de contraste exámenes endoscópicos)		X					X			X	X		X					X				
194	ADT3-9	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento							X	X		X	X		X								X	
195	ADT3-10	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y estos las cumplen		X					X			X	X		X									
196	ADT3-11	El instituto cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento		X					X	X	X	X	X	X	X									
197	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente																						X
198	ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas y está contemplado en el manual de procedimientos del instituto y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente																		X				X
199	ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia																		X				X
200	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 es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario																		X				X
201	ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del instituto																						X



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			Dirección General	Mesa de Partes	DEDAE AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna. Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación con Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRO	U.F. Ev. Tecnologías																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
ADA2-1		El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el instituto e identifica necesidades con enfoque intercultural.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																							
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. E. Gestión	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRO	U.F. Ev. Tecnologías			
221	TCA3-3	El instituto establece mecanismos y procedimientos para regular su demanda de pacientes que no corresponden al nivel de complejidad	x		x	x	x									x	x		x																		x					
222	TCA3-4	Se cuantifica la relación entre referidos y contra referencias realizadas y el resultado es óptimo																																				x				
223	TCA4-1	El instituto tiene implementado uno o más estrategias de tele salud y las utiliza en por lo menos una región							x											x																x		x				
224	TCA4-2	El instituto propone al MINSA normas técnicas sanitarias a aplicarse en el sistema nacional de salud en el ámbito de su especialidad	x		x	x	x	x	x	x							x	x									x															
225	TCA4-3	El instituto ha brindado asistencia técnica directa en las regiones para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención	x						x																																	
226	TCA5-1	El instituto convoca a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud	x		x	x	x	x	x	x							x	x	x								x															
227	TCA5-2	El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes	x		x	x	x	x	x	x							x	x	x								x															
228	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del peticionario nacional acorde al nivel de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución								x		x		x															x													
229	GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para gestión (Kardex, informes de consumo, unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles)								x		x		x																												
230	GMD1-3	El Instituto realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos								x		x		x																												
231	GMD1-4	Los medicamentos son almacenados conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación								x		x		x																												
232	GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas								x		x		x																												
233	GMD2-1	El Instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción								x		x		x																												
234	GMD2-2	El Instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación								x		x		x																												
235	GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto								x		x		x																												
236	GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación								x		x		x																												
237	GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto								x		x		x																												
238	GMD2-6	Se reporta las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y se aplica el algoritmo correspondiente para comprobar el origen								x		x		x				x						x																		
239	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencia entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y efectivamente es el esperado. El margen de consistencia es mayor al 95%								x		x		x																												
240	GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas								x		x		x																												



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Criterios de Evaluación			Unidad Orgánica a Evaluar																																						
Nº	Código Criterio	Criterio	Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Alimentación	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf	U.F. Seguros	U.F. Telemed	UFGRO	U.F. Ev. Tecnologías		
241	GMD3-3	El instituto realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el no stock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos							X		X		X																												
242	GMD3-4	El instituto garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos							X		X		X															X	X												
243	GMD3-5	El instituto ha organizado la provisión para mantener el no stock de items necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, UC, Centro quirúrgico)							X		X		X																												
244	GIN1-1	El instituto identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas	X																																	X					
245	GIN1-2	El Instituto realiza difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos en forma adecuada																																	X	X					
246	GIN1-3	El instituto identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y está incluido en el plan anual de adquisiciones																	X									X			X				X						
247	GIN1-4	El instituto cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal																																		X					
248	GIN1-5	El instituto cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos (codificación C.E.X. CIP, procedimientos) y otras modificaciones anuales para el sector salud							X		X		X																							X					
249	GIN1-6	El instituto tiene personal capacitado durante el último año para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información																										X	X							X					
250	GIN1-7	El instituto cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información, de los que existe evidencia de su implementación																		X																X					
251	GIN1-8	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado																																			X				
252	GIN1-9	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización																																			X				
253	GIN2-1	El instituto tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información																																			X				
254	GIN2-2	El instituto cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados)																																			X				
255	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación																																			X	X			
256	GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X																						
257	GIN3-3	El instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información																						X												X	X				
258	GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, tático y estratégico) acerca del manejo de la información																						X												X					



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																			
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	Of. PE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología
			Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Of. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Of. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Telemedicina	U.F. Salud	U.F. Ev. Tecnologías			
260	CODE1-1	Se cuenta con un manual de procedimientos de desinfección y esterilización de materiales e instrumentos médicos acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso																				
261	CODE1-2	El instituto 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 todo el personal																		X		X
262	CODE1-3	El instituto tiene centralizado en unidades los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos de acuerdo a su complejidad y cuentan con documentos de gestión																				
263	CODE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas en el Manual de bioseguridad																		X	X	X
264	CODE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional																		X	X	X
265	CODE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos oficialmente																				
266	CODE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos según guía de control de procesos																				
267	CODE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización																		X		X
268	CODE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional																		X	X	X
269	CODE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería																		X		X
270	CODE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas																		X		X
271	CODE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes																		X		X
272	CODE3-5	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento																		X		X
273	CODE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos																		X	X	X
274	CODE4-2	El instituto cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos																		X		
275	CODE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental, el comité de infecciones intrahospitalarias y el personal de enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza																		X		



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

Nº	Código Criterio	Criterio	Unidad Orgánica a Evaluar																																				
			Dirección General	Min. de Salud	U.E. AAM	DEDAE NYA	DEDAE AD	DEDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro.	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Emergencia	Dpto. Rehabilitación	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Client. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf.	U.F. Seguros	U.F. Telemed.	U.F. Ev. Tecnologías	
275	DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del instituto y se implementan las acciones para su mejora																					X				X						X						
276	DLDE4-5	El Instituto maneja los residuos sólidos en forma apropiada																	X		X						X							X					
277	DLDE4-6	El Instituto realiza procedimientos de desinfección de acuerdo a norma																X			X						X							X					
278	DLDE4-7	El Instituto realiza procedimientos de esterilización de acuerdo a norma																X			X						X							X					
279	MRS1-1	El Instituto cuenta con un sistema único de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o las 24 horas del día según corresponda								X	X																												
280	MRS1-2	El Instituto programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica								X	X																												
281	MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC								X	X																												
282	MRS1-4	El Instituto realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización								X	X																												
283	MRS2-1	El Instituto cuenta con financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza								X	X																												
284	MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA								X	X									X																			
285	MNP1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética								X	X				X					X																			
286	MNP1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año								X	X				X												X	X											
287	MNP1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios	X							X	X				X																								
288	MNP1-4	El Instituto cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican								X	X				X																								
289	MNP1-5	El Instituto aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles								X	X				X																								
290	MNP1-6	El Instituto cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican								X	X				X																								
291	MNP2-1	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								X	X				X																								
292	MNP2-2	El personal de nutrición verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas								X	X				X																								
293	MNP2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales								X	X				X																								
294	MNP2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas								X	X				X																								
295	GIMI-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes																								X			X										



ANEXO 8: CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN POR UNIDAD ORGÁNICA DEL INSM "HD-HN"

N°	Código Criterio	Criterios de Evaluación	Unidad Orgánica a Evaluar																																				
			Dirección General	Mesa de Partes	DEIDAE AAM	DEIDAE NYA	DEIDAE AD	DEIDAE SC	DEADYT	Dpto. Psicología	Dpto. Trabajo Social	Dpto. Tto. Médico	Med. Interna, Neuro	Coord. Farmacia	Coord. Laboratorio	Coord. Nutrición	Dpto. Función de la Planta Física	Dpto. Enfermería	OEPE	Of. Asesoría Jurídica	Of. Epidemiología	Of. Calidad	PAUS	Of. Coop. Cient. Int.	Of. Investigación	Eq. Docencia	Of. Administración	Of. Personal	Eq. SST	Of. Logística	Of. Economía	Of. Serv. Generales	Of. Comunicaciones	Of. Estadística e Inf	U.F. Seguros	U.F. Tele salud	UFGRD	U.F. Ev. Tecnologías	
66	GIM1-2	El instituto cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos)																								X				X									
67	GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central							X		X		X														X				X								
68	GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de calidad de insumos y materiales en el área de distribución (almacén)																									X				X								
69	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de insumos y materiales de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos																									X				X								
70	GIM2-2	En el instituto se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes																X									X				X								
71	GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación																									X				X								
72	GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales																									X				X								
73	GEIF1-1	El instituto cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA)																X								X						X							
74	GEIF1-2	El instituto cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA)																X														X							
75	GEIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos																X									X	X											
76	GEIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año																								X	X						X						
77	GEIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto																X								X					X		X						
78	GEIF1-6	El instituto cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos y se utiliza																								X					X				X				
79	GEIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias																X								X						X							
80	GEIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado																X								X						X							
81	GEIF1-9	Cuenta con plan de mantenimiento que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado																								X						X							
82	GEIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rotulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos																								X					X								
83	GEIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de acuerdo a programación																								X							X						
84	GEIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos																								X						X							
85	GEIF2-4	El instituto evalúa la calidad del equipamiento de la especialidad implementado																								X					X								

