



Resolución Directoral

Lima, 04 de Mayo de 2024

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 07044 -2024, que contiene entre otros, la Nota Informativa N° 038-2024-HNDM/OGC, de fecha 15 de febrero de 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del cual remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación - 2023", del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés Público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en el artículo VI del Título Preliminar de la norma legal citada en su primer párrafo establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

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

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en el cual los Establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

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

Que, con la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", cuya



finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, a través de Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías del proceso para la implementación de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, se aprobó las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que en su numeral 6.1.4, señala entre los tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran, entre otros, los planes de diversa naturaleza;

Que, con la Resolución Ministerial Nº 090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 326-MINSA/OGPPM-2022: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;



Que, con el Informe Nº 016-2024-HNDM/OGC, de fecha 15 de febrero de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General, el sustento técnico para que se apruebe el Documento Técnico: "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación - 2023", del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; informe en el que concluye que: *"El plan es elaborado a partir de los resultados generados en el proceso de Autoevaluación 2023 y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna a todos los criterios con puntaje de 0 y 1, los mismos que contienen las observaciones, recomendaciones y responsables de los mismos"*;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones, remite el Informe Nº 009-2024-EPP-OEPE-HNDM, de fecha 8 de febrero de 2024, el mismo que cuenta con el Proveído Nº 067-2024-OEPE-HNDM, indicando en su numeral 7 que: "El presupuesto estimado, es de 0 soles. Señalando que cada área (oficina o departamento) que requiriese elaborar un plan de mejora, lo presupuestará de ser necesario, razón por la que concluye lo siguiente: *"El presupuesto estimado es de cero soles (S/. 0.00)"*;

Que, mediante Nota Informativa Nº 038-2024-HNDM/OGC, de fecha 15 de febrero de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del proyecto del Documento Técnico: "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación - 2023", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que debe realizarse a través del presente acto resolutivo;

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

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





Resolución Directoral

Lima, 04 de Marzo de 2024

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN – 2023", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el que en sesenta (60) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Oficina de Gestión de la Calidad, realice la difusión, seguimiento, evaluación y ejecución, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de manera trimestral, semestral y anualmente, los avances del "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación – 2023", del Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobado por la presente resolución.

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

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M.C. VÍCTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - R.N.E. 13877

VRGPI/EVT/DLPA/dpa
C.c.:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- Org. de Control Institucional.
- Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Ofic. Gestión de la Calidad.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Estadística e Informática
- Archivo.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA
AUTOEVALUACIÓN 2023**

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	2
II. Finalidad	2
III. Objetivos	2
IV. Ámbito de aplicación	3
V. Base Legal.	3
VI. Contenido.	
6.1. Aspectos técnicos conceptuales	5
6.2. Análisis de la situación de la Autoevaluación	6
6.3. Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativo al POI	7
6.4. Actividades por Objetivos	8
6.5. Presupuesto	8
6.6. Financiamiento	9
6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan	9
VII. Responsabilidades	9
VIII. Anexos.	
Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan	10
Anexo N° 02 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	11
Anexo N° 02 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	13
Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas y Presupuestales	15
Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico	17
Anexo N° 05: Presupuesto Requerido	18
Anexo N° 06: Matriz del Plan de mejora en base a resultados obtenidos en la autoevaluación 2023	19
IX. Bibliografía	60



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN 2023

I. INTRODUCCIÓN:

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

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

La Acreditación está definida como una metodología de evaluación externa, periódica, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.

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

En el Hospital Nacional “Dos de Mayo” se ha llevado a cabo el proceso de Autoevaluación del año 2023, obteniéndose un puntaje final de 72%.

En el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2023 se han anexado las Hojas de Recomendaciones para los 342 criterios, los cuales 163 criterios obtuvieron puntajes 0 y 1 durante el proceso de Autoevaluación, recomendaciones que se tornarán en actividades a fin mejorar los procesos que se ejecutan en nuestro Hospital.

II. FINALIDAD:

Disminuir las brechas halladas, durante la Autoevaluación, en el cumplimiento de los estándares de Acreditación para el Hospital Nacional “Dos de Mayo”.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y Oficinas del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el proceso de Autoevaluación 2023.



3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024.
- 3.2.1 Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" involucrados en el cierre de las brechas detectadas durante la Autoevaluación 2023.

V. BASE LEGAL:

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 5.2. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su modificatoria: Ley N° 28496.
- 5.3. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.4. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.5. Decreto Supremo N° 023-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 5.6. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.7. Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios de Salud y modificatoria.
- 5.8. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y modificatorias.
- 5.10. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y modificatorias.
- 5.11. Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"
- 5.12. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
- 5.13. Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- 5.14. Resolución Ministerial N° 1001-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Adolescentes.



- 5.15. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y modificatoria.
- 5.16. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 5.17. Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- 5.18. Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal" y modificatoria.
- 5.19. Resolución Ministerial. N° 665-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 103-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética".
- 5.20. Resolución Ministerial N° 944-2012/MINSA que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSP V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".
- 5.21. Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- 5.22. Resolución Ministerial. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" y modificatoria.
- 5.23. Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica".
- 5.24. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.25. 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".
- 5.26. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.27. Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- 5.28. Resolución Ministerial. N° 845-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 060-MINSA-DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis".
- 5.29. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
- 5.30. Resolución Ministerial N° 1213-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 104-MINSA/DGSP V.01: Directiva Administrativa para el Funcionamiento de Departamentos/Servicios de Oncología/Unidades Oncológicas dedicadas al manejo integral del Cáncer en Hospitales del Ministerio de Salud.
- 5.31. Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba NTS N° 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".



- 5.32. Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores".
- 5.33. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 5.34. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 5.35. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño", y su modificatoria.
- 5.36. Resolución Ministerial. N° 143-2006/MINSA, que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y su modificatoria.
- 5.37. Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 031-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios y su modificatoria.
- 5.38. Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".
- 5.39. Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
- 5.40. Resolución Directoral N° 130-2017/D/HNDM, que aprueba los formatos denominados: Retiro Voluntario, Desistimiento de Retiro Voluntario, Desistimiento Voluntario de Procedimiento, para uso de todos los Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.41. Resolución Directoral N° 106-2023/D/HNDM, que aprueba el Equipo de Evaluadores Internos-2023, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.42. Resolución Directoral N° 164-2023/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico "Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital Nacional Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES - DEFINICIONES OPERATIVAS

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos 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.



Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre los recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.

Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

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.

Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.

Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, los observadores, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

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

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUTOEVALUACIÓN

6.2.1. ANTECEDENTES

El Hospital Nacional “Dos de Mayo” ha culminado el proceso de Autoevaluación 2023. Se evaluaron 21 macroprocesos, los cuales corresponden a nuestro hospital, por tener categoría III-1. Estos 21 macroprocesos, contienen 342 criterios, de los cuales 134 son de Estructura, 167 de Proceso y 41 de resultado.

El porcentaje alcanzado fue de: **SETENTA Y DOS POR CIENTO (72%), NO APROBADO**. Este resultado fue obtenido en función de los datos recogidos por el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, datos que



posteriormente fueron ingresados en el Aplicativo de Acreditación del Ministerio de Salud, haciendo uso del Archivo de Actualización de códigos (actualizado en agosto 2023).

Como resultado de esta Evaluación Interna, se elaboró el Informe Técnico del Proceso de Autoevaluación 2023, el cual contiene las Recomendaciones a ser implementadas para cada uno de los criterios que obtuvieron puntajes 0 y 1 (163 criterios: 70 de Estructura, 71 de Proceso y 22 de Resultado), dichas recomendaciones se tornarán en actividades en el presente Plan.

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

6.2.2. PROBLEMA

El incumplimiento de estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación, impide que nuestro hospital sea una entidad acreditada.

6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

- a) Alta rotación de jefaturas, directivos
- b) No se brindan facilidades a evaluadores internos: horario y atención
- c) Desconocimiento/falta de compromiso con la capacitación
- d) Algunos de los procesos evaluados aún no se documentan adecuadamente
- e) Normas y herramientas desactualizadas
- f) Criterios de evaluación no estandarizados. "Interpretación de los criterios"
- g) Limitaciones de tiempo de los Evaluadores Internos
- h) Incumplimiento de los Evaluadores Internos y responsables de macroprocesos

6.2.4. POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

Todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" cuya puntuación, en la Autoevaluación 2023, fue 0 o 1.

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Las Jefaturas de los Departamentos/Oficinas involucrados en el proceso de Autoevaluación 2023, deberán elaborar planes de acción o proyectos de mejora que les permitan subir la puntuación de los criterios de sus macroprocesos. Para ello, se basarán en el Anexo N° 02: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales y Anexo N° 06: Matriz en base a resultados obtenidos en la autoevaluación 2023

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA AL POI

Este Documento se articula con el Objetivo Estratégico Institucional 04 (OEI.04) 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. Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 04.02 (AEI.04.02) Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

En cuanto a la Articulación Operativa, se articula con la Actividad Operativa Institucional AOI00014400578 Gestión - Acciones para la implementación de la cultura de calidad y



mejora continua para mejorar la satisfacción de los usuarios, del Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2024 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

Ver anexo N° 01: Formato N° 01 Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Incrementar en un 5% o más el porcentaje de cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024.

- Elaboración de acciones/planes de mejora que permitan cumplir los estándares de acreditación
- Elaboración de Documentos Técnicos (Planes, Manuales, ASISHO, GPC, GPT, etc.)
- Actualización de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos con antigüedad mayor de 3 años
- Fortalecimiento de la adherencia de Guías de Práctica Clínica y Guía de Procedimientos
- Inclusión en el Plan de Desarrollo de personal de capacitaciones transversales sobre Bioseguridad, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, deberes y derechos de los usuarios, etc.
- Elaboración del mapa de riesgos asistenciales
- Elaboración y aprobación de los estándares de productividad
- Realización de la autoevaluación 2024.

OE2: Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023.

- Evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo
- Evaluación de las Funciones obstétrica neonatales, acorde al nivel del establecimiento (FONI)
- Supervisión de la adherencia a las GPC-GPT
- Realización de auditorías médicas, de calidad de atención en salud, de muerte materna, etc.
- Monitoreo de acciones de mejora implementadas.
- Medición del tiempo empleado para lograr atención ambulatoria, hospitalización y emergencia
- Realización de controles de la gestión y prestación
- Supervisión del trabajo de los diferentes comités (CPIAAS, Farmacovigilancia, CAM, CMM, etc.)

El Anexo N° 04 muestra los Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos

6.5. PRESUPUESTO

Cada área (Departamento/Oficina) elaborará su plan de acción o mejora para cerrar la brecha en el puntaje de su(s) criterio(s) y macroproceso(s) y lo presupuestará, de ser necesario.



6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades del presente plan, se financiarán con Recursos Ordinarios de la institución.

6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en este plan e informará trimestralmente los avances a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

VII. RESPONSABILIDADES

- a) Oficina de Gestión de la Calidad, elabora y difunde el plan; asimismo supervisa, monitorea y evalúa la ejecución del mismo.
- b) Comités y Equipos de Auditoría, apoyan en las actividades de auditoría.
- c) Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, brindará apoyo en las actividades de capacitación.
- d) Las Jefaturas de todas las unidades orgánicas (Departamentos/Oficinas) involucradas en el proceso de autoevaluación, elaborarán los planes de acción o mejora pertinentes

VIII. ANEXOS



ANEXO N° 01

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Marco Estratégico		Estructura programática y operativa					
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
OEI.04 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	AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Gestión - Acciones para la implementación de la cultura de La calidad y mejora continua para mejorar la satisfacción del usuario	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa	Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y Oficinas del Hospital Nacional "Dos de Mayo", a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el proceso de Autoevaluación 2023	Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024.
							Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023.



ANEXO N° 02 - A
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

Estructura programática operativa									
Objetivo General del Plan: Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y oficinas del Hospital Nacional Dos de Mayo, a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el proceso de Autoevaluación 2023									
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual		
Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	Elaboración de acciones/planes de mejora que permitan cumplir los estándares de acreditación	Plan de MCC elaborado		1		1	2	Todas las unidades orgánicas del Hospital	
	Elaboración de Documentos Técnicos Pendiente (Planes, Manuales, ASISHO, GPC, GPT, etc.)	DT elaborado	1	1	1	1	4	Todas las unidades orgánicas del Hospital	
	Actualización de GPC y GPT con antigüedad mayor de 3 años	Documento actualizado		1		1	2	Todos los Servicios Asistenciales	
	Fortalecimiento de la adherencia de GPC y GPT	GPC y GPT implementada		1		1	2	Todos los Servicios Asistenciales	
	Inclusión en el Plan de Desarrollo de personal de capacitaciones transversales sobre Bioseguridad, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, deberes y derechos de los usuarios, etc.	Persona capacitada	1				1	Oficina de apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	
	Elaboración del mapa de riesgos asistenciales	Documento elaborado	1				1	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
	Elaboración y aprobación de los estándares de productividad	Resolución Directoral	1				1	Oficina de Personal	
	Realización de la autoevaluación 2024	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad	



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023	Evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo	Informe			1	1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Evaluación de las Funciones obstétrica neonatales, acorde al nivel del establecimiento (FONI)	Informe		1		1	2	Todas las unidades involucradas
	Supervisión de la adherencia a las GPC-GPT	Informe		1		1	2	Todos los Servicios Asistenciales
	Realización de auditorías médicas, de calidad de atención en salud, de muerte materna, etc.	Informe		1		1	2	Comités y Equipos de Auditoría Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Medición del tiempo empleado para lograr atención ambulatoria, hospitalización y emergencia	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realización de controles de la gestión y prestación	Informe		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Supervisión del trabajo de los diferentes comités (CPIAAS, Farmacovigilancia, CAM, CMM, etc.)	Informe		1		1	2	Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 02 - B
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

Estructura programática operativa												
Objetivo General del Plan: Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y oficinas del Hospital Nacional Dos de Mayo, a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el proceso de Autoevaluación 2023												
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (\$/)									
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Presupuesto (\$/)	Responsable
Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	Elaboración de acciones/planes de mejora que permitan cumplir los estándares de acreditación	Plan de MCC elaborado	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestion Administrativa						S/. 00.00	Todas las unidades orgánicas del Hospital
	Elaboración de Documentos Técnicos Pendiente (Planes, Manuales, ASISHO, GPC, GPT, etc.)	DT elaborado										
	Actualización de GPC y GPT con antigüedad mayor de 3 años	Documento actualizado										
	Fortalecimiento de la adherencia de GPC y GPT	GPC y GPT implementada										
	Inclusión en el Plan de Desarrollo de personal de capacitaciones transversales sobre Bioseguridad, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, deberes y derechos de los usuarios, etc.	Persona capacitada										
	Elaboración del mapa de riesgos asistenciales	Documento elaborado										
	Elaboración y aprobación de los estándares de productividad	Resolución Directoral										
	Realización de la autoevaluación 2024	Informe										



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)									
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total Presupuesto (S/)	Responsable
Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023	Evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo	Informe	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa						S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Evaluación de las Funciones obstétrica neonatales, acorde al nivel del establecimiento (FONI)	Informe									S/. 00.00	Todas las unidades involucradas
	Supervisión de la adherencia a las GPC-GPT	Informe									S/. 00.00	Todos los Servicios Asistenciales
	Realización de auditorías médicas, de calidad de atención en salud, de muerte materna, etc.	Informe									S/. 100.00	Comités y Equipos de Auditoría / OGC
	Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	Informe									S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Medición del tiempo empleado para lograr atención ambulatoria, hospitalización y emergencia	Informe									S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realización de controles de la Gestión y prestación	Informe									S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Supervisión del trabajo de los diferentes comités (CPIAAS, Farmacovigilancia, CAM, CMM, etc.)	Informe										S/. 00.00
			TOTAL PRESUPUESTO S/.									S/. 00.00



ANEXO N° 03
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

Objetivo General del Plan: Mejorar los procesos asistenciales y administrativos en los Departamentos y oficinas del Hospital Nacional Dos de Mayo, a través de la implementación de las recomendaciones generadas en el proceso de Autoevaluación 2023										
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FISICAS				CUMPLIMIENTO PRESUPUESTAL (S/)			
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		I SEMESTRE		II SEMESTRE	
			Programado		Programado		Programado		Programado	
OE 1: Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	A.1.1: Elaboración de acciones/planes de mejora que permitan cumplir los estándares de acreditación	Plan de MCC elaborado	1		1					S/. 00.00
	A.1.2: Elaboración de Documentos Técnicos Pendiente (Planes, Manuales, ASISHO, GPC, GPT, etc.)	DT elaborado	2		2					S/. 00.00
	A.1.3: Actualización de GPC y GPT con antigüedad mayor de 3 años	Documento actualizado	1		1					S/. 00.00
	A.1.4: Fortalecimiento de la adherencia de GPC y GPT	GPC y GPT implementada	1		1					S/. 00.00
	A.1.5: Inclusión en el Plan de Desarrollo de personal de capacitaciones transversales sobre Bioseguridad, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, deberes y derechos de los usuarios, etc.	Persona capacitada	1							S/. 00.00
	A.1.6: Elaboración del mapa de riesgos asistenciales	Documento elaborado	1							S/. 00.00
	A.1.7: Elaboración y aprobación de los estándares de productividad	Resolución Directoral	1							S/. 00.00
	A.1.8: Realización de la autoevaluación 2024	Informe			1					S/. 00.00



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	CUMPLIMIENTO DE METAS FÍSICAS				CUMPLIMIENTO PRESUPUESTAL (S/)			
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	Programado	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	Programado
			Programado	Programado	Programado		Programado	Programado	Programado	
OE 2: Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023	A.2.1: Evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo	Informe		2	2					S/. 00.00
	A.2.2: Evaluación de las Funciones obstétrica neonatales, acorde al nivel del establecimiento (FONI)	Informe	1	1	2					S/. 00.00
	A.2.3: Supervisión de la adherencia a las GPC-GPT	Informe	1	1	2					S/. 00.00
	A.2.4: Realización de auditorías médicas, de calidad de atención en salud, de muerte materna, etc.	Informe	1	1	2					S/. 00.00
	A.2.5: Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	Informe	1	1	2					S/. 00.00
	A.2.6: Medición del tiempo empleado para lograr atención ambulatoria, hospitalización y emergencia	Informe	1	1	2					S/. 00.00
	A.2.7: Realización de controles de la gestión y prestación	Informe	1		1					S/. 00.00
	A.2.8: Supervisión del trabajo de los diferentes comités (CPIAAS, Farmacovigilancia, CAM, CMM, etc.)	Informe	1	1	2					S/. 00.00



ANEXO N° 04

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Declaración de Objetivos	Indicador			Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador					
Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	Porcentaje de disponibilidad de GPC / GPROC para los procesos de atención por servicio para las cinco primeras causas priorizadas	N° Departamento que elabora GPC / GPROC	x 100	Porcentaje	50%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestion de Calidad
	Porcentaje de Adherencia a GPC y GPROC en Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa	N° departamentos asistenciales		Porcentaje	80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestion de Calidad
	Historias Clínicas auditadas con calificación satisfactoria	N° HC auditadas con calificación satisfactoria	x 100	Porcentaje	55%	Informe	Comités y Equipos de auditoria Oficina de Gestion de la Calidad
Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	Personal capacitado/entrenado en Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente			Persona capacitada	50	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
	Personal capacitado/entrenado en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía			Persona capacitada	50	Informe	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamento de Cirugía Departamento de Enfermería Departamento de Gineco-Obstetricia Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular
	Personal capacitado en deberes y derechos de los usuarios			Persona capacitada	80	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 05

PRESUPUESTO REQUERIDO

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la actividad
Incrementar en un 5% o más el cumplimiento de los estándares de acreditación en el proceso de Autoevaluación 2024	Elaboración de acciones/planes de mejora que permitan cumplir los estándares de acreditación	S/. 00.00
	Elaboración de Documentos Técnicos Pendiente (Planes, Manuales, ASISHO, GPC, GPT, etc.)	S/. 00.00
	Actualización de GPC y GPT con antigüedad mayor de 3 años	S/. 00.00
	Fortalecimiento de la adherencia de GPC y GPT	S/. 00.00
	Inclusión en el Plan de Desarrollo de personal de capacitaciones transversales sobre Bioseguridad, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, deberes y derechos de los usuarios, etc.	S/. 00.00
	Elaboración del mapa de riesgos	S/. 00.00
	Elaboración y aprobación de los estándares de productividad	S/. 00.00
	Realización de la autoevaluación 2024	S/. 00.00
Lograr un 5% de implementación de recomendaciones derivadas de los resultados del proceso de autoevaluación 2023	Evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo	S/. 00.00
	Evaluación de las Funciones obstétrica neonatales, acorde al nivel del establecimiento (FONI)	S/. 00.00
	Supervisión de la adherencia a las GPC-GPT	S/. 00.00
	Realización de auditorías médicas, de calidad de atención en salud, de muerte materna, etc.	S/. 00.00
	Monitoreo de las acciones de mejora implementadas	S/. 00.00
	Medición del tiempo empleado para lograr atención ambulatoria, hospitalización y emergencia	S/. 00.00
	Realización de controles de la gestión y prestación	S/. 00.00
	Supervisión del trabajo de los diferentes comités (CPIAAS, Farmacovigilancia, CAM, CMM, etc.)	S/. 00.00
TOTAL		S/. 00.00



ANEXO N° 06

MATRIZ DEL PLAN DE MEJORA EN BASE A RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN 2023

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégicos, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.						
CRITERIOS EN "1"						
DIR1-6 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. 0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados.	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)	No se evidencian reportes de los últimos dos semestres del FON.	El Departamento de Gineco Obstetricia, deberá monitorizar las mediciones de las funciones obstétricas neonatales para la institución. Lograr que los resultados del software de evaluación de las funciones obstétricas neonatales sean igual o mayor al 90% según lo esperado.	Departamento de Gineco Obstetricia
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales						
CRITERIOS EN "0"						
GRH1-3	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. 0: Define para algunos puestos y no comunica; 1: Define formalmente para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente.	MOF aprobado Documentos de asignación de funciones y/o acta de reuniones de difusión del MOF	La Oficina de Personal cuenta con copias de los documentos de asignación de funciones; incluidas en los MOF aún vigentes. Ha cumplido con asignar funciones al personal que ha rotado, se ha reasignado o destacado en esta institución.	Los Departamentos y Oficinas deben Comunicar de acuerdo al cargo que ocupa las funciones de los trabajadores de sus áreas	Departamentos Oficinas
GRH1-4	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. 0: No analizan 1: Algunos analizan 2: Todos analizan.	Estándares de productividad individual establecidos por la institución Informes de los análisis de productividad individual	El Hospital no tiene un documento oficial que señale los estándares de productividad.	Los Departamentos y Oficinas deben analizar los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la institución. Informes de análisis de productividad individual	Departamentos Oficinas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH2-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. 0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones.	Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos Informe de propuestas al área respectiva	Se han conformado equipos de mejora enfocados en departamentos.	Los Departamentos y Oficinas deben identificar oportunidades de mejora. Proponer soluciones a los problemas identificados y participar en las decisiones para mejorar el desempeño del recurso humano.	Departamentos Oficinas
CRITERIOS EN "1"						
GRH1-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. 0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2: Cumple con lo establecido.	Aprobar el MOF Reglamento del proceso de selección del personal según norma vigente	Actualización del MOF, que aún no puede ser modificada ya que existe la Directiva Administrativa N°001-2016-SERVIR/GDSRH, aprueba las Normas para la Gestión del Proceso de Diseños de Puestos y Formulación del Manual de Perfiles de Puesto" (aprobada por la Resolución Ejecutiva de Presidencia N°052-2016-SERVIR/PE)	La Oficina de Personal debe cumplir con los procedimientos de incorporación del recurso humano y formular el Manual de Perfil de Puestos – MPP, para poder sustentar las competencias requeridas.	Oficina de Personal
GRH1-2	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos. 0: No ha definido; 1: Define, pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%.	Procedimiento oficializado de inducción del personal. Informe de inducción del personal del último semestre.	Se espera la actualización del MAPRO donde se incorpora el Procedimiento de Inducción del Personal.	La Oficina de Personal debe definir el procedimiento de inducción del personal y cumplir con todos los trabajadores nuevos. Elaborar el Informe de inducción del personal del último semestre.	Oficina de Personal
GRH2-1	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. 0: No se organizan; 1: Se organizan y no se reúnen; 2: Cumplen con todo lo establecido.	Aprobar la conformación de equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos Libro de actas de reuniones	Se han conformado equipos de mejora enfocados en macroprocesos	Los Departamentos y Oficinas deben evaluar la conformación de los Equipos de Mejora oficializados para realizar una reflexión y análisis de la su práctica y desempeño relacionados con la situación institucional	Departamentos Oficinas
GRH3-1	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. 0: No facilita; 1: Facilita, pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos.	Manual de bioseguridad. Informe de cumplimiento de medidas de bioseguridad para el manejo de enfermedades transmisibles.	Actualización del "Manual de Prevención de Riesgos Biológicos Hospitalarios y Bioseguridad".	La Oficina de Epidemiología y Salud ambiental debe facilitar medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles a todos los trabajadores, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GRH4-1 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan, pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	Plan anual de capacitación Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, pero no ejecuta	La Oficina de Personal, debe implementar un Plan para fortalecer las competencias del recurso humano	Oficina de Personal
GRH4-2	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan, pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	Plan anual de capacitación de los recursos humanos Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, pero no ejecuta	La Oficina de Personal, debe implementar un Plan para fortalecer las competencias del recurso humano.	Oficina de Personal
GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. 0: El personal no ha sido capacitado 1: El personal ha sido capacitado pero el establecimiento no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan anual de capacitación que incluye el tema deberes y derechos de los usuarios Herramienta para evaluar comprensión y cumplimiento	Capacitación mínima al personal en relación a deberes y derecho de los usuarios, así como no pudo evaluar su comprensión.	Los Departamento y Oficinas, debe difundir los deberes y derechos a todo el personal de la institución Capacitar al personal en deberes y derechos y evaluar su comprensión sobre el tema desarrollado	Departamentos Oficinas
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales						
CRITERIOS EN "0"						
GCA1-2	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 0: No cuenta con personal; 1: El personal que ejecuta estos procesos no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.	Personal capacitado en procesos de mejora continua de la calidad Constancias de capacitación	Se ha capacitado personal en el diseño e implementación de procesos de mejora continua hasta el año 2018, pero no se han finalizado los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.	Los Departamento y Oficinas, deben identificar y capacitar al personal para liderar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad	Departamentos Oficinas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GCA3-7	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	Documento que defina metas de trabajadores satisfechos en su centro laboral. Informe de Encuestas de Clima Organizacional	No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral	La Oficina de Personal, debe cuantificar el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral. Definir metas de satisfacción.	Oficina de Personal
CRITERIOS EN "1"						
GCA1-3	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no cumplen actividades según lo planificado. 2: Cumple con todo lo establecido.	Conformación de los equipos de mejoramiento continuo Actas de reuniones de las actividades de los equipos de mejora continua	Se han conformado equipos de mejora enfocados en departamentos Algunos de los equipos de mejora se reúnen e identifican problemas y proponen acciones de mejora	Los Departamentos y Oficinas deben identificar oportunidades de mejora	Departamentos Oficinas
GCA2-3	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales. 0: No ha definido; 1: Ha definido, pero no ha sido difundida o no está adecuado culturalmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento que ha definido y difunde el paquete de información al usuario Trípticos, paneles, spots, etc. y es adecuado culturalmente.	Se evidencia que la información de la cartera de servicios se difunde a usuarios se difunde. En las áreas de consulta externa se aprecia publicado el proceso de atención nuevo o continuador. En los servicios de emergencia, UCI, hospitalización no se aprecia.	La Oficina de Gestión de la Calidad y la Plataforma de atención al usuario en Salud, debe: • Continuar preparando y difundiendo información sobre la cartera de servicios y el proceso de atención a los usuarios en consulta externa. • Implementar la publicación en áreas visibles el proceso de atención en el resto de áreas: Emergencia, UCI, Hospitalización (medicina, cirugía, pediatría), con adecuación cultural	Oficina de Gestión de la Calidad Plataforma de atención al usuario en Salud
GCA2-8	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	El establecimiento tiene Flujoigramas de atención general, por servicios y señalización. 0: No tiene flujoograma ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Flujoigramas oficiales general, por servicio. Elementos de señalización.	Algunos servicios cuentan con flujoograma de atención general y señalización.	La Oficina de Comunicaciones, la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, el Departamento de Consulta Externa y los Departamentos involucrados en la atención de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, deben implementar el flujoograma de atención general, por servicios y la señalización debe ser renovada y actualizada.	Oficina de Comunicaciones Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento Departamento de Consulta Externa Departamentos involucrados en la atención de Consulta Externa. Hospitalización y Emergencia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GCA2-9	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). 0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido.	Paneles o letreros con información sobre derecho de los pacientes en emergencia, consulta externa, hospitalización.	- Se publica los derechos de los pacientes en emergencia, consulta externa, - No se verifica su publicación en servicios de hospitalización.	La Oficina de Comunicaciones, debe publicar/renovar carteles o paneles en relación a los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).	Oficina de Comunicaciones
GCA3-1	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. 0: No evalúa 1: Evalúa anualmente; 2: Cumple lo establecido	Informe de la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno en forma semestral	- Se cuenta con evaluaciones de la satisfacción del usuario externo: SERQUAL anual - Encuesta FONE trimestral	La Oficina de Personal, debe evaluar la satisfacción del usuario interno	Oficina de Personal
GCA3-4	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	Informe de medición del nivel de percepción sobre información recibida en la atención	Se cuantifico el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y pero no está en el nivel esperado.	Los Departamentos y Oficinas, deben fortalecer el proceso de información a nuestros usuarios, con características de ser entendible y completa. Implementar las recomendaciones derivadas de los informes correspondientes	Departamentos Oficinas
GCA3-5	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	Informe de porcentaje de usuarios atendidos con privacidad (encuesta)	Se cuantifico el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel no es el esperado.	La Oficina de Gestión de Calidad y departamentos asistenciales, deben optimizar la atención brindando privacidad sobre todo en las áreas de hospitalización con número de camas mayor Vigilar el respeto a la privacidad durante el examen físico	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas. Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Cirugía. Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad
GCA3-6	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	Informe de encuestas de satisfacción usuarios satisfechos por la atención recibida.	Se cuantifico el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel no es el esperado.	La Oficina de Gestión de la Calidad, los departamentos y Oficinas, deben implementar las recomendaciones derivadas de los informes correspondientes para mejorar la satisfacción de os usuarios externos	Oficina de Gestión de la calidad

Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones						
CRITERIOS EN "0"						
MRA1-6	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas 0: No realiza; 1: Se realiza, pero no de acuerdo a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido. El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas). 0: No ha logrado; 1: NO VALIDO; 2: Ha logrado una reducción sostenida. El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. 0: No tiene definido o tiene definido para algunos procedimientos; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido.	Tres últimos informes de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna. Indicadores de calidad materno-neonatal. Informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años	El Departamento de Gineco-Obstetricia debe revisar y documentar los Indicadores de la efectividad de la atención materna semestralmente y remitirlo a la Dirección general con copia a la Oficina de Gestión de la calidad. La Mortalidad materna se mantiene debido a la referencia de pacientes graves de otras regiones del país por intermedio del SIS	El Departamento de Gineco-Obstetricia debe revisar y documentar los Indicadores de la efectividad de la atención materna semestralmente y remitirlo a la Dirección general con copia a la Oficina de Gestión de la calidad. Se recomienda al Departamento de Gineco-Obstetricia, separar los reportes de las pacientes que llevan sus controles en el Hospital Dos de Mayo de aquellas que vienen referidas de otras regiones del país por intermedio del SIS	Departamento de Gineco - Obstetricia
MRA1-7	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. 0: No tiene definido o tiene definido para algunos procedimientos; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido.	Mapa global de procesos o flujograma del consentimiento informado Resultados de entrevista a pacientes informados sobre consentimiento informado	Implementar el proceso de consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Los Departamentos involucrados en la consulta externa, hospitalización y emergencia, deben implementar el proceso de consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Departamentos involucrados en la consulta externa, hospitalización y emergencia
MRA1-8	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retraso mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo. 0: No se cuenta; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.	Formatos de consentimiento informado	Implementar el proceso de consentimiento informado diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retraso mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.	Los Departamentos involucrados en la consulta externa, hospitalización y emergencia, deben implementar el proceso de consentimiento informado para niños, ancianos y adultos, así como para personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retraso mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.	Departamentos involucrados en la consulta externa, hospitalización y emergencia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA1-11	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización 0: No se implementa 1: Se implementa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgo de la atención	No existe un sistema de gestión de riesgos que contenga la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgo de la atención	- Se recomienda que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental elabore una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgo de la atención. - Elaborar informes de la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgo de la atención.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA2-7	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	0: No se evalúa el riesgo a desarrollar tromboembolismo pulmonar en pacientes hospitalizados. 1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de tromboembolia venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de tromboembolia venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial.	Formatos de evaluación de riesgo de TVP y TEP Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Falta implementar el formato evaluación de Factores de Riesgo de Trombosis	El Departamento de Enfermería debe implementar el formato evaluación de Factores de Riesgo de Trombosis, a cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar tromboembolia venosa profunda y tromboembolismo pulmonar,	Departamento de Enfermería
MRA2-8	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas 0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no según lo indicado o no se aplican las medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.	Formatos de evaluación de riesgo de aspiración Historias Clínicas de pacientes en riesgo	El Departamento de Enfermería debe elaborar la guía de procedimientos de enfermería de evaluación de riesgo de aspiración	El Departamento de Enfermería elaborará la guía de procedimientos de enfermería de evaluación de riesgo de aspiración	Departamento de Enfermería
MRA8-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. 0: No coordina; 1: Coordina, informa, pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.	Documentos de coordinación y/o evidencias (fotografías, etc.) Informe de capacitaciones realizadas a la comunidad	Siendo un Hospital nivel III-1 no tiene un ámbito población para actividades de salud Pública	Siendo un Hospital nivel III-1 no tiene un ámbito población para actividades de salud Pública	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
MRA1-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta 0: No tiene definidos; 1: Tiene definidos, pero no realiza acciones o no las documenta; 2: Cumple con lo establecido.	Documento de designación de responsables por servicios/áreas para el manejo de riesgos. Informes de acciones realizadas para el manejo de riesgos	Tiene definidos los responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, pero no se realiza acciones o no las documenta	Los Departamentos y Oficinas, deben elaborar informes de actividades realizadas en relación al manejo de los riesgos de la atención	Departamentos Oficinas
MRA1-5	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar 0: No cuenta 1: Cuenta con mecanismos, pero no presentan los cambios a efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido.	Aprobar documento que contenga los Mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar	Se cuenta con mecanismos para publicar documentos de gestión relacionados a la Gestión de Riesgo, pero solo del riesgo para desastres.	La Oficina de Servicios generales y Mantenimiento, debe implementar un sistema de vigilancia de riesgos en la infraestructura del hospital. Gestión tecnológica también debe implementar un sistema de vigilancia de e riesgos relacionados a los equipos	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
MRA4-3	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioterapia. 0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no según norma; 2: Siempre se evalúa según lo establecido en la norma.	Informe del registro de Infecciones Intrahospitalarias Informe sobre la identificación de cepas prevalentes Informe de evaluación de la implementación de normas de antibioterapia	Elaborar el Informe trimestral sobre la identificación de cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioterapia	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar el Informe trimestral sobre la identificación de cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioterapia	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA4-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles. 0: No está incorporado; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles.	Plan oficial de prevención y control de infecciones Intra Hospitalarias Plan Estratégico Institucional	El Plan de prevención y control de infecciones No está incorporado al plan estratégico de la institución	La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, debe incorporar el Plan de prevención y control de infecciones al plan estratégico de la institución y colocar objetivos claros y medibles.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA5-1	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. 0: No cuenta 1: Cuenta, pero no aplica o aplica parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con RD Historias clínicas	El Departamento de Enfermería deberá actualizar la guía de atención en todos los Servicios de Hospitalización	El Departamento de Enfermería deberá actualizar la guía de atención en todos los Servicios de Hospitalización	Departamento de Enfermería



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
MRA5-2	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. 0: No elabora; 1: Elabora, pero no aplica o no registra; 2: Elabora, aplica y registra.	Plan de intervención de enfermería Historias Clínicas	El Departamento de Enfermería aplicará el Plan de Intervención, registrando los procedimientos realizados en todos los servicios.	El Departamento de Enfermería aplicará el Plan de Intervención, registrando los procedimientos realizados en todos los servicios y elaborará el informe trimestral del Plan de Intervención.	Departamento de Enfermería
MRA6-1	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas 0: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%.	El personal cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde al riesgo existente en su	Se usa indumentaria de protección personal concordante a su labores y normas de bioseguridad.	La Oficina de Epidemiología y Salud ambiental y Departamentos asistenciales, deben continuar proporcionando al personal indumentaria de protección personal concordante a su labores y normas de bioseguridad.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas. Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Cirugía. Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-2	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención 0: No existen o no están visibles; 1: Existen parcialmente y están visibles; 2: Cumple con lo establecido.	Cartillas visibles en servicios	Existen cartillas de bioseguridad, pero no en todos los ambientes de atención	La Oficina de Epidemiología y Salud ambiental, debe supervisar las cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
MRA6-7	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios. 0: Se implementan programas para menos del 50% de los riesgos según mapa; 1: Se implementan para el 50% y 80% de riesgos y/o procedimientos parcialmente; 2: Se implementan para más del 80% de riesgos.	Documento que contiene la identificación de riesgos (mapa de riesgos). Programas preventivos en base a identificación de riesgos Informe de evaluación de la implementación de los programas	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realizará la identificación de riesgos mediante un mapa de riesgo para crear programas preventivos e implementarlos. La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informe de la identificación de riesgos.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental realizará la identificación de riesgos mediante un mapa de riesgo para crear programas preventivos e implementarlos. La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar informe de la identificación de riesgos.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna						
CRITERIOS EN "0"						
GSD1-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad ante Defensa Civil, solicitado al gobierno local. 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente	Certificado de Inspección Técnica de Seguridad vigente	No cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil.	La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, debe gestionar el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad con la Municipalidad Metropolitana de Lima de todas las obras de remodelación realizadas en los ambientes del hospital desde que entró en vigencia el Nuevo Reglamento de Edificaciones.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
GSD1-2	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. 0: Menos del 50% de las obras cumplen con los estándares; 1: Entre el 50 a 80% de las obras cumplen con estándares; 2: Más del 80% de las obras cumplen.	Informes de evaluación de seguridad de obras realizadas (ampliación, rehabilitación y remodelación).	No cuenta con Informes de evaluación de seguridad de obras realizadas	Oficina Ejecutiva de Administración debe solicitar a la Municipalidad Metropolitana de Lima la Evaluación de Seguridad de las últimas obras que ha realizado o está realizando la institución.	Oficina Ejecutiva de Administración
GSD2-5	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. 0: No participa; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales.	No hay evidencia de que participe en la implementación de los planes de respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres.	El Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres debe acopiar documentación que acredite la participación del Hospital en la implementación de los planes de respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres (Coordinar con DIRIS Lima Centro – MM Lima).	Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres
GSD2-6	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil. 0: No es revisado; 1: Es revisado, pero no está actualizado o no se hace con Defensa Civil; 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan de respuesta ante las emergencias del Comité de Defensa Civil. Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil.	No hay evidencia de que sea revisado por DIGERD, ni la DIRIS Lima Centro.	El Departamento de Farmacia y El Departamento de Emergencia y Cuidados críticos, deben coordinar con la DIGERD, para que revise los planes que elabora GRD y emita documento que lo acredite.	Departamento de Farmacia Departamento de Emergencia y Cuidados críticos,



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD3-6	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. 0: No se dispone de un stock o está incompleto; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (fórmula MEDIN). Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud.	La reserva de medicamentos para emergencias se evidencia de 114 insumos requeridos según N°1288-2018/MINSA, en relación al inventario correspondiente al listado del inventario de formación correspondiente al mes de octubre 2022 se observa que solo 49 medicamentos se encuentran comprendidos según la norma.	El Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres y el Departamento de Farmacia deben mejorar la dotación de medicamentos para emergencias y desastres y los ambientes en los que se almacenan. El Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres debe supervisar mensualmente los almacenes de los medicamentos y de los equipos a ser utilizados en caso de Emergencias Masivas o Desastres y verificar su orden y limpieza.	Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres Departamento de Farmacia
CRITERIOS EN "1"						
GSD1-3	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma 0: Menos del 50% de las áreas cuentan; 1: Entre 50 a 80% de las áreas cuentan 2: Más del 80% cuentan.	Norma de señalización de seguridad	Los letreros de señalización de seguridad se encuentran ubicados en menos del 80 % de las áreas revisadas aleatoriamente, existen carteles o señales que requieren ser reemplazadas por encontrarse en mal estado de conservación. Existen señales mal ubicadas, en relación a lo indicado por la normativa vigente.	La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento culmine con la colocación de la señalización de seguridad en el 100% de las instalaciones, reemplace la señalización que se encuentra en mal estado de conservación y entregue al Equipo de Trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres y a la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Oficina de Personal, el inventario (o mapa) detallado de la señalización de seguridad.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
GSD1-4	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. 0: No cuenta; 1: Cuenta con señalización, pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	Letreros de señalización de ubicación del establecimiento y de la unidad de emergencia	Cuenta con señalización adecuada del ingreso de Emergencia (cartel iluminado), pero el del Hospital se halla en mal estado.	La Oficina de Comunicaciones, debe considerar: Las letras de hierro que conforman el nombre del Hospital, ubicadas en la esquina entre Av. Grau y el Parque de la Historia de la Medicina, requiere ser resaltado pintado con color que destaque e iluminado en las noches; o, cambiado por un cartel luminoso que permita su visualización con facilidad.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Oficina de Comunicaciones Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
GSD1-5	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. 0: No se ha señalado o se ha señalado parcialmente; 1: Se ha señalado, pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nítrico, aire comprimido) señalizados para opinión de expertos.	Los conductos y tuberías peligrosos, se encuentran pintados solo en sus tramos iniciales, luego se observan en mal estado de conservación, sucios, algunos oxidados, sin que sea fácil identificarlos. Solo los de oxígeno se encuentran pintados.	La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento debe brindar mantenimiento, pintado y señalizar los conductos y tuberías peligrosas, en todo su trayecto, en toda la Institución.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimientos



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD1-6	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. 0: No ha identificado; 1: Solo ha identificado para las áreas críticas 2: Ha identificado para todas las áreas del establecimiento.	Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.	No hay un Informe actualizado del Índice de Seguridad Hospitalaria	La Oficina Ejecutiva de Administración solicite la realización de una Evaluación Técnica del Índice de Seguridad Hospitalaria de nuestro Hospital.	Oficina Ejecutiva de Administración
GSD1-7	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. 0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Vías de entrada o salida a Emergencia.	Se ha alterado la vía de ingreso a la Emergencia y colocado una puerta adicional que retarda el acceso hacia la zona de atención	El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, debe asegurarse el libre acceso al ingreso a la unidad de emergencia.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
GSD2-1	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades 0: No está implementado; 1: Está implementado, pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido	R.D. de conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil RD de aprobación del Plan anual de actividades Informe de evaluación trimestral del plan	Se elabora el Plan Anual de Actividades; pero no presenta evaluación del cumplimiento del mismo.	El Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres, debe elaborar el informe trimestralmente la evaluación del grado de cumplimiento de su Plan Anual de Trabajo.	Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres
GSD2-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero están parcialmente equipadas; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños. Documento de asignación de equipamiento a las brigadas según norma.	El Hospital cuenta con 29 brigadistas reconocidos por RD, no se ha definido a qué brigada pertenecen; su nivel de capacitación (oficial) no existe. Los implementos no les han sido asignados oficialmente	El Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres, debe continuar con la capacitación de los brigadistas y realizar la asignación de equipamiento correspondiente.	Equipo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres
GSD2-3	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal 0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento oficial que aprueba Plan Anual de Emergencias y Desastres. Documento de difusión del plan.	Solo se publican en la página web.	El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, debe establecerse mecanismo que asegure la difusión de los planes de gestión del riesgo de desastres entre el personal.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
GSD2-4	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres 0: No cumple 1: Cumple, pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.	Planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados. Informe de evaluación trimestral de los planes.	Cumple con la elaboración de los planes, pero no con emitir los informes de evaluación, avance, cumplimiento de los mismos.	El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, debe elaborar oportunamente los planes de contingencia y respuesta ante situaciones de emergencia y desastres; y cumplir con emitir los informes de evaluación, cumplimiento de los mismos.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GSD3-1	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres 0: No se adoptan las acciones; 1: Se adoptan, pero no se comunican; 2: Cumple todo lo establecido.	Documentos de difusión de alertas.	Existe mención de la difusión de alertas en el Plan de Preparación y Respuesta Hospitalario frente a Emergencias y Desastres.	El Departamento de emergencia y Cuidados Críticos y el Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres, deben elaborar Directiva Administrativa que establezca el procedimiento para realizar la difusión de las alertas frente a Emergencias, en el Hospital; y realizar simulacros para entrenar al personal	Departamento de emergencia y Cuidados Críticos Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres
GSD3-2	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad. 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero las ambulancias no cumplen con la normativa; 2: Cumple con lo establecido.	Ambulancia Lista de chequeos	Se cuenta con ambulancias parcialmente operativas.	Para asegurar la operatividad de las ambulancias, la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento se responsabilizará del aspecto relativo al funcionamiento vehicular, la Oficina de Gestión Tecnológica se encargará de verificar la operatividad del equipamiento Biomédico que tiene cada ambulancia y el Departamento de Farmacia debe supervisar y verificar la condición y buen almacenamiento de las medicinas y dispositivos médicos que se llevan durante la atención de los pacientes. Todos deben informar mensualmente (mínimo) al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.	Oficina de Mantenimiento y Servicios Generales
GSD3-4	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. 0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero no para todas las áreas críticas o cuenta por menos de 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.	Sistema alterno de provisión de energía	No hay documento oficial actualizado de la OSGM que reporte la situación del sistema alterno de energía	La Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, debe asegurar el abastecimiento de energía eléctrica a todas las áreas de atención de pacientes en riesgo, y concluir la instalación que permita entregar la provisión de energía alternativa, por lo menos al 100% de las áreas críticas, en caso haya caída del fluido eléctrico.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
GSD3-6	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. 0: No se dispone de un stock o está incompleto; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (fórmula MEDIN). Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud.	La reserva de medicamentos para emergencias se evidencia de 114 insumos requeridos según N°1288-2018/MINSA, en relación al inventario correspondiente al listado del inventario de formación correspondiente al mes de octubre 2022 se observa que solo 49 medicamentos se encuentran comprendidos según la norma.	El Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres y el Departamento de Farmacia deben mejorar la dotación de medicamentos para emergencias y desastres y los ambientes en los que se almacenan. El Equipo de trabajo de gestión del riesgo de desastres debe supervisar mensualmente los almacenes de los medicamentos y de los equipos a ser utilizados en caso de Emergencias Masivas o Desastres y verificar su orden y limpieza.	Equipo de trabajo de Gestión de Riesgo de desastres Departamento de Farmacia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias						
CRITERIOS EN "0"						
CGP1-2	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	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 0: No se han establecido o se han establecido sin consenso; 1: Se han establecido de manera consensuada pero sólo para la gestión o prestación; 2: Cumple con lo establecido.	Actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de los planes	No se evidencian las actas de consenso. Solo se han nombrado responsables de gestión, pero no de prestación.	La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, debe realizar reuniones técnicas con los diferentes equipos para la elaboración de planes de trabajo. Implementar indicadores de prestación y nombrar responsables para el control y supervisión.	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
CRITERIOS EN "1"						
CGP1-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación 0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Planes de Auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación Instrumentos de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión	Cuenta con plan de auditoría, pero no cuenta con instrumentos o planes de supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación	La Oficina de Gestión de Calidad, debe implementar planes o instrumentos de supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación	Oficina de Gestión de Calidad
CGP2-1	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. 0: Menos del 50% del personal está capacitado 1: Del 50 al 80% del personal; 2: Está capacitado más del 80% de personal.	Certificados de capacitación en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable de servicios y departamentos	Menos del 50 – 80 % del personal está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos.	La Oficina de Apoyo a la Docencia, Capacitación e investigación, debe capacitar al personal responsable de áreas y servicios para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.	Oficina de apoyo a la Docencia, Capacitación e Investigación
CGP2-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. 0: No se cuenta con Comité; 1: Cuenta, está capacitado, pero no realiza auditorías o realiza auditorías para uno de los dos casos; 2: Cumple con lo establecido.	RD de conformación del Comité de auditoría Certificados de capacitación de 60 horas a más, de los integrantes del comité Informes de auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	Se realizan auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	El Comité de Auditoría Médica debe continuar realizando auditorías de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna.	Comité de Auditoría Médica



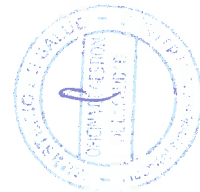
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CGP2-3	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización. 0: No se cuenta o no está actualizada; 1: Los valores no están dentro del nivel establecido para la institución; 2: Los valores están dentro de lo establecido para la institución.	Informe de los indicadores de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Solo tenemos información e indicadores de producción y gestión, pero no de prestación.	Los Departamentos asistenciales, deben implementar indicadores de prestación, supervisar y monitorizar.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Cirugía. Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría
CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. 0: No realiza; 1: Realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza de acuerdo al plan establecido.	POI vigente Informe de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión, pero no de prestación	Los Departamentos asistenciales, deben implementar indicadores de prestación evaluar, supervisar y monitorizar.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Cirugía. Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría
CGP2-5	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Informes del auditoría de la calidad de atención en emergencia	Se realiza auditoría de la adherencia de procedimientos y de Guías de Práctica Clínica, sin embargo, no se realiza auditoría de registro y de proceso de atención.	Los Departamentos involucrados en la emergencia deben implementar Auditoría de la Calidad de Atención de Salud: auditoría de registro, auditoría de procesos, Continuar implementando la auditoría de la adherencia a guías de práctica clínica, procedimientos	Departamentos involucrados en la emergencia
CGP2-6	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Informes del auditoría de la atención en emergencias obstétricas y neonatales o Informe de FON (revisar)	Informe de auditoría de la calidad de atención en emergencia.	El Departamento de Gineco Obstetricia, debe continuar Realizar auditorías de calidad en la atención de las emergencias obstétricas y neonatales	Departamento de Gineco Obstetricia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CGP2-7	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	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 0: No se realizan; 1: Se realizan y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde o superior a lo esperado.	Informes de monitoreo y evaluación de la calidad de 5 áreas/servicios de atención	Se realiza procesos de monitoreo y evaluación de calidad, pero no en todas las áreas.	La Oficina de Gestión de la Calidad, debe implementar en todas las áreas de atención clínica el proceso de monitoreo y evaluación de la calidad.	Oficina de Gestión de la Calidad
CGP2-8	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora. 0: No ha identificado aspectos críticos o los ha identificado parcialmente; 1: Los ha identificado, pero no han establecido procesos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.	Informe de identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión Informe de procesos de mejora establecidos	Tiene identificado aspectos críticos de la gestión, pero no de la prestación.	Los Departamentos asistenciales, deben implementar indicadores de prestación e identificar aspectos críticos	Departamento de Medicina Interna Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría
CGP2-9	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización. 0: No se realizan; 1: Se realizan auditorías y los procesos de atención no cumplen con los estándares; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.	Informes de auditoría de proceso en las áreas/servicios de atención clínica	Se realizan auditorías de los procesos de atención, pero no cumple con los estándares.	Los Departamentos asistenciales, deben realizar: • Auditorías de los procesos de atención. • Supervisar la retroalimentación a través del seguimiento de la implementación de recomendaciones	Departamento de Medicina Interna Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CGP2-10	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización. 0: No se realizan; 1: Se realizan y los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.	Informes de supervisiones a las áreas/servicios de atención Documento de rondas de seguridad	Se realizan la supervisión de los procesos de prestación y resultados.	Los departamentos asistenciales y la Oficina de Gestión de la Calidad, deben continuar con las supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Cirugía Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Pediatría
CGP2-11	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones. 0: No se hacen de conocimiento o son de conocimiento parcial; 1: Se hacen de conocimiento, pero no se toman decisiones; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento de comunicación de resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación Informe de acciones tomadas en función a ellos	Se hacen de conocimiento los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación, pero no se toman decisiones.	Los departamentos asistenciales y la Oficina de Gestión de la Calidad, deben monitorizar las recomendaciones obtenidas de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas Departamento de Gineco Obstetricia Departamento de Cirugía Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos Departamento de Pediatría Oficina de Gestión de la Calidad
CGP2-12	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias nacionales	Se evalúan los resultados de indicadores para las prioridades sanitarias nacionales.	La Oficina de Gestión de la Calidad, debe continuar evaluando los resultados de indicadores para las prioridades sanitarias nacionales.	Oficina de Gestión de la Calidad
CGP2-13	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias regionales	Se evalúan los resultados de los indicadores para las prioridades sanitarias regionales.	La oficina de Gestión de la Calidad, debe continuar evaluando los resultados de los indicadores para las prioridades sanitarias regionales.	Oficina de Gestión de la Calidad



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia						
CRITERIOS EN "1"						
ATA1-2	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. 0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensibles por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.	Cartera de servicios publicada. Encuesta a usuarios.	Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa a través de 5 gigantografías.	La Oficina de Comunicaciones, debe medir anualmente la comprensión de los usuarios en relación a la Cartera de Servicios de Consulta Externa y los mensajes relacionados.	Oficina de Comunicaciones
ATA 1-3	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales. 0: No dispone; 1: Dispone, pero no está asumido por personal capacitado 2: Dispone y está a cargo de personal capacitado.	Servicio de triaje. Capacitación de personal	El establecimiento de salud cuenta con un área de Triage a cargo de un Médico Cirujano. Ha recibido capacitación a cargo del Departamento de Consulta Externa - Unidad Funcional de Telesalud el 15/12/2020.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, debe capacitar periódicamente al personal a cargo del área de triaje. Solicitar actualización de legajo.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
ATA1-4	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. 0: No ha establecido una política; 1: Existe una política, pero no se cumplen los resultados esperados y; 2: Ha establecido política y se cumplen los resultados esperados.	Documento que establece mecanismos para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria. Informes de evaluación de demanda insatisfecha	No cuenta con una política actualizada para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados. Se elaboró "Directiva para la reducción del Número de Usuarios que no acceden a la Consulta Externa", en el 2015.	El Departamento de Consulta Externa, debe elaborar y actualizar el documento oficial que contenga políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados.	Departamento de Consulta Externa
ATA1-5	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. 0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos, pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento que define mecanismos de atención preferencial. Lista de chequeo de acuerdo a normativa interna.	Implementar los mecanismos de atención preferente establecidos en la Directiva Administrativa "Atención preferente a mujeres embarazadas, niñas y/o niños, adultos mayores y personas con discapacidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo", en todas las áreas de atención.	El Departamento de Consulta Externa y el Departamento de Enfermería, deben monitorizar la permanencia de los mecanismos de atención preferente establecidos en la Directiva Administrativa "Atención preferente a mujeres embarazadas, mujeres y varones acompañados de niñas y/o niños, adultos mayores y personas con discapacidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo", en todas las áreas de atención.	Departamento de Consulta Externa Departamento de Enfermería



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATA2-1	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. 0: No ha formulado, adaptado o adoptado; 1: Lo ha hecho parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	ASIS institucional. Guías de práctica clínica abordando patologías más frecuentes identificadas en las diversas etapas de vida, aprobadas.	Se tiene determinado las 10 patologías más frecuentes de la atención ambulatoria. Se cuenta con Guías de Práctica Clínica de las diferentes especialidades médicas, aprobadas con RD en los años 2022, 2021 y 2018.	Los Departamentos Asistenciales, deben determinar cuáles son las patologías más frecuentes de la atención ambulatoria según perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida y de acuerdo a ello actualizar las GPC.	Departamento de Medicina Interna Departamento de Especialidades Médicas. Departamento de Gineco Obstetricia. Departamento de Cirugía. Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Departamento de Pediatría
ATA2-3	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). 0: Menos de 50% del plan de trabajo de las HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.	Informes de auditoría de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC.	Se evidenció informe de auditoría de la calidad de registros de atención de consultorio externo de las historias clínicas con adherencia a las GPC.	Los Departamentos asistenciales que realizan atención ambulatoria, deben realizar la verificación periódica de las Historias Clínicas de todos los servicios de consultorio externo y capacitar al personal de salud para que se cumplan los lineamientos establecidos en las GPC.	Departamentos Asistenciales que realizan atención ambulatoria
ATA2-4	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.	Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), de los últimos trimestres.	Se evidencia Informe de Encuesta FONE de Satisfacción de usuarias en la atención prenatal y parto - II Trimestre 2022. Se evidencia Informe FONI en el semestre II del 2017.	El Departamento de Gineco Obstetricia, debe cumplir con la evaluación de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal. (FONE)	Departamento de Gineco Obstetricia
ATA3-1	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. 0: Menos del 50% de usuarios reciben información 1: Del 50 al 80% reciben información; 2: Más del 80%.	Encuesta a usuarios externos basada en documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Se aplicó encuesta a usuarios sobre la información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Los Departamentos asistenciales que realizan atención ambulatoria, deben elaborar documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Departamentos Asistenciales que realizan atención ambulatoria



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumple con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa						
CRITERIOS EN "0"						
ATH3-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar decisiones de corresponder. 0: No son auditados; 1: Son auditados, pero no se toman decisiones cuando corresponde; 2: Se auditan y se toman decisiones cuando corresponden.	Informes de auditoría del último año. Informe de implementación de las recomendaciones del último año.	Refieren que no tienen muertes por Infecciones Intrahospitalarias, sin embargo, no se realizan auditorías de caso mediante los comités de auditoría de sus departamentos ni solicitan su realización a la Oficina de Gestión de la Calidad.	Solicitar la realización de auditorías de caso si presentase algún caso de mortalidad por enfermedad transmisible ocurrida en hospitalización, al comité de auditoría médica.	Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Gineco Obstetricia, Pediatría
ATH3-4	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento. 0: No se auditan 1: Se auditan, pero no se toman decisiones; 2: Se auditan y se toman decisiones.	Informes de auditoría del último año Informe de implementación de las recomendaciones del último año	Obstetricia hace discusiones de muerte materna, dentro del comité hospitalario de mortalidad materna. De aquí sale un informe análisis con las recomendaciones a ser adoptadas por los involucrados en los procesos defectuosos Se auditan a solicitud de la institución	El Departamento de Gineco Obstetricia, debe dar continuidad a las discusiones mensuales sobre las muertes maternas de acuerdo a la estrategia nacional de salud reproductiva.	Departamento de Gineco Obstetricia
ATH-6	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones 0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no se implementan recomendaciones o se realiza parcialmente; 2: Se realiza y se implementan las recomendaciones.	Reporte de eventos adversos Documento de análisis de eventos adversos del último trimestre Informe de seguimiento de recomendaciones, del último trimestre.	No se realiza análisis de los eventos adversos en los servicios evaluados.	Promover el análisis de los Eventos Adversos mediante trabajo conjunto entre las Jefaturas de Servicios y Departamentos de Hospitalización y la Oficina de Gestión de la Calidad.	Departamentos de Hospitalización de Oficina de Gestión de la Calidad.
CRITERIOS EN "1"						
ATH1-2	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución 0: No identifican necesidades; 1: Identifican, pero no formulan propuestas o no las comunican; 2: Cumple con lo establecido.	Acta de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio Informe de implementación de las mismas.	Pocos servicios se reúnen con sus integrantes y dentro de sus reuniones identifican oportunidades de mejoras en los procesos de atención.	Los jefes de Servicios y Departamentos deben realizar reuniones periódicas para identificar e implementar las oportunidades de mejoras de los procesos de atención y proponer las propuestas a la alta dirección, plasmada en el libro de actas Asimismo, como resultado, cada servicio debe remitirle a su respectivo departamento un informe con las medidas necesarias para su implementación.	Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia, Pediatría, Emergencia, Enfermería



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH1-3	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto 0: No se permite; 1: A veces se permite el acompañamiento; 2: Se permite de manera continua.	FON o Informe de encuestas a familiares o pareja	Se cuenta con el "Plan de recuperación de parto humanizado post-COVID"	El Departamento de Gineco Obstetricia, debe implementar el "Plan de recuperación de parto humanizado post-COVID". Monitorizar la implementación del mismo, y elaborar un informe mensual con el seguimiento respectivo de actividades planteadas.	Departamento de Gineco-Obstetricia
ATH2-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización 0: Las jefaturas nunca promueven 1: Promueven, pero no cuentan con guías o no están de acuerdo con el perfil epidemiológico; 2: Cuentan con guías de práctica clínica acordes al perfil epidemiológico.	Actas de reunión de elaboración de GPC RD de aprobación de las Guías de práctica clínica ASIS o reporte estadístico.	En general los servicios cuentan con Guías de Práctica Clínica aprobadas con RD de los años 2014 al 2022	A las jefaturas de los Departamentos se les sugiere: • Promover en los médicos de su servicio, la revisión y elaboración de GPC • Elaborar un cronograma de reuniones destinadas a esta actividad. • Designar un responsable de esta actividad por cada servicio a su cargo.	Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, GinecoObstetricia, Pediatría Emergencia
ATH4-1	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. 0: No cuenta; 1: Cuenta para algunas; 2: Cuenta para las diez.	ASIS institucional o documento similar (estadísticas hospitalarias) Guías de práctica clínica aprobadas con RD.	En general los servicios cuentan con Guías de Práctica Clínica y de procedimientos aprobadas con RD donde se incluyen las patologías más frecuentes.	A las jefaturas de los Departamentos se recomienda actualizar las guías de práctica clínica con más de dos años de antigüedad de acuerdo a la normativa vigente, de acuerdo a las 10 patologías más frecuentes de internamiento.	Departamentos de Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Gineco Obstetricia, Pediatría Emergencia
ATH4-2	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes. 0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan parcialmente o no permanentemente; 2: Cumple con lo establecido en la norma vigente.	Informe de evaluación trimestral/semestral de indicadores (FON), según norma.	No se cuenta con el reporte de indicadores para la atención de partos del presente año	El Departamento de Gineco Obstetricia, debe realizar un informe de los indicadores para la atención de partos de forma semestral	Departamento de Gineco Obstetricia
ATH4-5	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. 0: No se audita; 1: Se audita, pero no se toman acciones; 2: Se audita y se toman acciones	Informes de auditoría de H.CI Informes de seguimiento de recomendaciones	En los servicios de Medicina Interna el Comité del Departamento y la OGC realizaron auditorías de Calidad de registro de la Historia Clínica, sin embargo, no se implementaron las recomendaciones dadas.	Promover, a través de los comités de auditoría de los diferentes Departamentos y la Oficina de Gestión de la Calidad la continuidad de evaluaciones periódicas de auditorías de calidad.	Comité de Auditoría en Salud Comités de Auditoría por Departamento



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ATH5-1	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. 0: Menos del 50% comprende la información; 1: Del 50% al 80% comprende; 2: Más del 80% comprende la información.	Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida o Cuestionario aplicado.	Menos del 80% de los usuarios comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamiento referidos a su caso.	La Oficina de Gestión de la Calidad, debe continuar con la encuesta de comprensión de la información.	Oficina de Gestión de la Calidad
ATH7-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución 0: No se registra; 1: Se registra, pero no se evalúa o se evalúa y el nivel no es el esperado; 2: Cumple con lo establecido.	Informes de encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)	Se realizan encuestas semestrales para la satisfacción durante el parto y la atención prenatal, pero el nivel no es lo esperado.	La Oficina de Gestión de la Calidad debe continuar con la aplicación de la encuesta FONI prenatal y parto.	Oficina de Gestión de la Calidad
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)						
Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención						
CRITERIOS EN "1"						
EMG1-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario, operativo en el servicio 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no está operativo o está parcialmente operativo; 2: Cumple con lo establecido.	Lista de chequeo de mecanismos de información al usuario de emergencia Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio	Cuenta con orientadores, pero solo de día	El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos debe garantizar la orientación las 24 horas. La Oficina de Comunicaciones, debe elaborar un mecanismo de información con idioma Quechua.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
EMG1-2	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales. 0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia o no respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido.	Cartel sobre atención de usuarios, ubicado en lugar visible con enfoque de interculturalidad según realidad local	Renovar los carteles y banners informativos con un enfoque de interculturalidad según realidad local del Servicio de Emergencias y Trauma Shock	El Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, debe elaborar carteles de atención al usuario en Emergencia para pacientes Pegantes, SOAT y Convenios Universitarios. La Oficina de Comunicaciones, debe elaborar carteles de atención con idioma Quechua.	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EMG1-4	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. 0: Menos del 50% de las atenciones cumplen con las GPC para una determinada etapa de vida; 1: Del 50% al 80% de las atenciones cumplen; 2: Más del 80% de atenciones cumplen con las GPC.	Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida. Informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida, por indicadores.	Cuentan con algunas Guías de Práctica Clínica pero no se encuentran actualizadas.	Los Departamentos involucrados en la atención de emergencia deben actualizar las Guías de Práctica Clínica de las causas más frecuentes de atención en emergencia según etapas de vida.	Comité del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
EMG2-1	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencia inmediata. 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no está disponible para atención inmediata o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido.	Lista de chequeo (ref. normas DIGEM, SS director) de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencia Reporte FON	El establecimiento cuenta con el equipamiento, medicamentos e insumos, pero está incompleto	Los Departamentos involucrados en la atención de emergencia, deben gestionar al área correspondiente el equipamiento, medicamentos e insumos para cumplir con disponibilidad ante una emergencia.	Departamentos involucrados en la atención de emergencia
EMG2-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible 0: No cuenta, 1: Si cuenta, pero no está disponible o no está accesible o cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Sillas de ruedas y camillas del servicio de emergencia operativas y accesibles.	Se cuenta parcialmente con equipamiento para la recepción y traslado interno de los pacientes.	Los Departamentos involucrados en la atención de emergencia, deben gestionar la compra de sillas de ruedas	Departamentos involucrados en la atención de emergencia
EMG2-3	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. 0: No están operativos; 1: Al menos un radio está operativo las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con lo establecido.	Informes de existencia y operatividad de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia. (servicios generales del EESS)	No todos los equipos de telecomunicaciones se encuentran operativos.	La oficina de Comunicaciones debe brindar mantenimiento a las troncales de la central telefónica para restablecer óptimamente la recepción de llamadas telefónicas.	Oficina de Comunicaciones
EMG2-4	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. 0: No dispone; 1: Dispone, pero no está operativa o no está accesible las 24 horas los 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido.	Registro de actividades/ruta de la ambulancia Reporte diario de operatividad (cuaderno, registro, ficha) según norma vigente.	Se dispone de ambulancias parcialmente operativas para trasladar a pacientes durante todo el día	Los Departamentos involucrados en la atención de emergencia, debe continuar asegurando la disponibilidad de ambulancias operativas para trasladar a pacientes durante todo el día	Departamentos involucrados en la atención de emergencia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EMC3-5	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. 0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Rol de programación de personal de emergencia, según nivel de complejidad	Se cuenta con personal para la atención del usuario, pero es insuficiente	A los Departamentos involucrados en la atención de emergencia, se sugiere la presencia de Personal Médico Especialista, a través del Sistema rotativo de guardias de las especialidades	Departamentos involucrados en la atención de emergencia
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes						
CRITERIOS EN "0"						
ATQ4-1	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas. 0: No realiza evaluaciones periódicas o no verifica el cumplimiento de parámetros; 1: Evalúa, verifica, pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Informe de auditorías de la calidad de atención o Informe de implementación de las medidas correctivas trimestral de las 5 patologías de los 2 últimos	No se evalúa, no se verifica, no se toman medidas correctivas	Los Departamentos con áreas quirúrgicas, deben realizar evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de las guías de atención quirúrgica Se sugiere que el Comité de Auditoría de Salud (CAS)- deberá realizar auditorías de calidad de registro de la historia clínica en el Servicio de Centro Quirúrgico según Norma Técnica de Auditoría e informará a la Oficina de Gestión de la Calidad	Departamentos con áreas quirúrgicas
ATQ4-2	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. 0: No implementa proyectos de mejora; 1: Implementa proyectos esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido.	Proyectos de mejora continua implementados producto de las auditorías	No se implementan proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso	Los Departamentos con áreas quirúrgicas, deben implementar proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso	Departamentos con áreas quirúrgicas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
ATQ2-3	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación 0: No se registra la hora de la coordinación; 1: Se registra pero no siempre; 2: Cumple con lo todo establecido.	HCI (10) seleccionadas del último mes.	No hay un registro de la hora exacta de la coordinación para el traslado de paciente a las áreas de hospitalización	El Departamento de Enfermería deberá implementar un registro de la hora exacta de la coordinación para el traslado de paciente a las áreas de hospitalización.	Departamento de Enfermería
ATQ2-4	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes; 1: Se cuantifica, pero no se cumplen los tiempos; 2: Se cuantifica el tiempo y está en los niveles esperados.	Informe de medición de tiempos de traslado de paciente de centro quirúrgico	No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes	El Departamento de Enfermería deberá implementar un registro para cuantificar los tiempos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico.	Departamento de Enfermería
ATQ3-6	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución. 0: No se cuantifica las tasas o no se analizan 1: Se cuantifica, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se cuantifica, analiza y se toman las medidas correctivas.	Informe mensual del análisis y registro de las cirugías suspendidas Informe/actas de implementación de medidas correctivas	Se informan las cirugías suspendidas, pero no se analizan.	Se sugiere al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y a los Departamentos con áreas quirúrgicas que, si bien se remiten las tasas de cirugías suspendidas mensualmente, se sugiere elaborar un informe del análisis de las causas más frecuentes de cirugías suspendidas y las medidas correctivas tomadas.	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamentos con áreas quirúrgicas
ATQ3-7	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatorio y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas. 0: No se cuantifica las tasas de mortalidad; 1: Se cuantifican, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido.	Informe mensual de análisis de casos de mortalidad Intra y post-operatoria Informe de implementación de medidas correctivas (Pedir actas a Anestesia)	Se informan y analizan los casos de muerte intraoperatorio y postoperatoria.	Los Departamentos con áreas quirúrgicas, el departamento de anestesiología y Centro Quirúrgico, deben continuar informando y analizando los casos de muerte intraoperatorio y postoperatoria.	Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico Departamentos con áreas quirúrgicas
ATQ3-10	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas. 0: No se registra 1: Se registran las reintervenciones, pero no se toman las medidas correctivas; 2: Se cumple lo establecido.	Informe mensual del análisis de las reintervenciones Informe de implementación de medidas correctivas	Los Dptos. Quirúrgicos no analizan las causas de las reintervenciones quirúrgicas ni toman medidas correctivas.	Los Departamentos con áreas quirúrgicas deberán registrar, analizar y tomar medidas correctivas de las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías. Realizar informes de implementación de medidas correctivas	Departamentos con áreas quirúrgicas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos						
CRITERIOS EN "0"						
DIV1-8	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y postgrado 0: No cuenta con plan anual para ninguna de las dos; 1: Cuenta sólo con plan para una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan anual de actividades académicas oficializados con RD de pre y post grado	No cuenta con plan anual de actividades académicas de pre y post grado.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben mantener actualizados los Planes anuales para las actividades académicas de pregrado y postgrado.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV2-3	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado 0: No se realizan las actividades del plan anual; 1: Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; 2: Cumple con todo lo establecido.	Plan de Docencia de pre y post grado. Informe de evaluación de actividades académicas de pre y post grado, de acuerdo al plan	No existe un plan anual de docencia de pregrado y postgrado.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben mantener actualizado el plan anual de docencia de pregrado y postgrado. Documentar dichas actividades según el cronograma establecido en el plan.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
CRITERIOS EN "1"						
DIV1-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente 0: Cumple los requisitos en más del 60%; 1: Cumple requisitos entre el 60% y 80%; 2: Cumple los requisitos en más del 80%. El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria	Lista de chequeo: RM como sede docente. RD de convenios con Universidades	No tiene resolución ministerial como sede docente.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, debe contar con un documento formalizado que acredite al HNDM como sede docente en pregrado y postgrado. Solicitar a CONAREME los resultados del proceso de acreditación como sede docente realizada el 2022	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-2	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Tiene comité, está operativo, pero no es multidisciplinario; 2: Cumple con lo establecido.	RD de conformación de comité docente (pre y pos) Libro de actas de reuniones	Se cuenta con un comité docente operativo multidisciplinario.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, debe actualizar el comité docente.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-3	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica 0: No ha definido políticas de investigación; 1: Tiene políticas, pero no las aplica; 2: Tiene políticas y las aplica.	RD de Políticas de Investigación Trabajos de investigación acorde a políticas	Establecer políticas de Investigación y formalizar mediante resolución Directoral.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben establecer políticas de Investigación y formalizar mediante resolución Directoral.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DIV1-5	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo 0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Cuenta con comité, está operativo, pero no es multidisciplinario; 2: Cuenta con comité, está operativo y es multidisciplinario.	RD de conformación de comité de Investigación Libro de actas de reuniones	No cuenta con un comité de investigación multidisciplinaria.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben reconstituir el Comité de Investigación.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-7	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple 0: No cuenta con reglamento; 1: Cuenta con reglamento, pero no se cumple; 2: Cuenta y se cumple.	Reglamento de docencia de pregrado y postgrado oficializado con RD Informe de actividades académicas de pre y post grado que concuerdan con Reglamento.	Cuenta con reglamento aprobado con Resolución Directoral del año 2012 y 2013	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben actualizar los reglamentos de docencia de pregrado y postgrado	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV1-9	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple 0: No cuenta con programa de tutorías para ninguno de los dos; 1: Cuenta con programa, pero no se cumple o se cumple para uno de los dos; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	Programa de tutoría y asesoría oficial de pre grado Programa de tutoría y asesoría oficial de post grado Informes de cumplimiento de los programas establecidos de tutoría y asesoría de pre y post grado.	Cuenta con programa de tutorías y asesorías de pregrado y postgrado	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben completar los programas de tutoría y asesoría para todas las facultades de las universidades que tienen convenio con la Institución. Actualizar los planes de tutoría y asesoría Realizar informes de cumplimiento de los programas establecidos de pre y postgrado con la estructura de la Directiva Administrativa N° 333-MINSA/SG-OGD-2022 que Regula La Gestión Documental Del MINSA Del Ministerio De Salud	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV2-1	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades 0: No se reúnen; 1: Se reúnen a solicitud o demanda; 2: Se reúnen de acuerdo con lo planificado.	Actas de reuniones de evaluación del Comité de Docencia Actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación Actas de reuniones de evaluación del Comité de Ética /bioética	Solo se cuenta con comités en docencia y ética/bioética	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, deben documentar en actas las reuniones realizadas por el Comité de Investigación	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
DIV2-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o postgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido 0: No se supervisa; 1: Se supervisa, pero no en función al convenio o no se documentan; 2: Cumple con todo lo establecido.	Alumnos (10) de post grado Convenio de docencia Interinstitucional Plan de supervisión Informe de supervisión	Se supervisa las actividades del alumnado de pregrado y postgrado, pero no se documentan	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, se sugiere elaborar un Plan de supervisión que incluya el Modelo de supervisión a aplicar. Realizar un informe del cumplimiento de actividades.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DIV2-5	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual 0: No cuenta con inventario; 1: Se cuenta con inventario, pero no se incorporan a la biblioteca; 2: Cumple con lo establecido	Inventarios de materiales de capacitación Inventario de investigaciones Biblioteca física y virtual	Se cuenta, pero no se incorpora a la biblioteca.	La Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación deben elaborar el inventario de los materiales de capacitación y de investigación que se incluirá en la biblioteca física en proceso de implementación.	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad						
CRITERIOS EN "0"						
ADT1-2	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al diagnóstico de acuerdo con normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad	Se encuentra en elaboración el Plan Anual de control de la Calidad	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben continuar con la elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia, Departamento de Diagnóstico por imágenes, Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT2-1	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes; 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Carencia de Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben elaborar y Establecer los Estándares de Tiempos para la entrega de los resultados de exámenes, de acuerdo a la variabilidad de los mismos (con contraste, sin contraste, especiales, etc.), el mismo que debe estar incluido en el Programa de Control de la Calidad o Plan Anual de Gestión de la Calidad	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia, Departamento de Diagnóstico por imágenes, Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT3-1	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. 0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes	Se encuentra en elaboración el Plan Anual de Gestión de la Calidad	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben continuar con la elaboración del Plan Anual de Calidad	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia, Departamento de Diagnóstico por imágenes, Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-5	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Carencia de Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben elaborar Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda insatisfecha	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
CRITERIOS EN "1"						
ADT1-1	"Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos."	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención, pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Se cuenta con guías de procedimientos para la atención.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben implementar las guías de procedimientos para la atención.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT2-1	"El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario."	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. 0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	Documento que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Establecer estándares de entrega oportuna de los resultados de los exámenes e informar.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben informar periódicamente los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes realizados en la totalidad.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT2-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario."	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. 0: No se registra; 1: Se registra algunos parámetros 2: Se registra siempre.	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registro en el sistema informático que incluye tiempos transcurridos entre la solicitud, toma de examen y entrega de resultados.	La herramienta informática no consigna fecha en la que entrega el resultado al paciente.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben solicitar a la Oficina de Estadística e Informática brinde apoyo y opinión técnica, respecto al registro en medios manuales o informático de los resultados de los exámenes, en los que se incluyan los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la orden y la entrega del resultado.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-2	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. 0: No se realizan calibraciones ni control de calidad; 1: Se realizan calibraciones, pero no control de calidad del procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de Calidad respecto a los procesos realizados	Se garantiza la calibración de equipos y control de calidad de los procedimientos	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben continuar garantizando el control de calidad de los procedimientos y la calibración de equipos.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT3-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). 0: No se cumplen normas de seguridad en los procedimientos; 1: Se cumplen las normas de seguridad para algunos procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO y guías de procedimientos para el control de la calidad por servicio de apoyo Lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos por cada servicio de apoyo.	Se garantiza la calibración de equipos y control de calidad de los procedimientos	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben continuar garantizando el control de calidad de los procedimientos y la calibración de equipos.	Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Especialidades Médicas - Centro Endoscópico
ADT3-5	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza, pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Existen procesos para medir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben analizar y tomar medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
ADT3-6	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestras o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen. 0: No se efectúan capacitaciones; 1: Se efectúan capacitaciones, pero el personal no las cumple o las cumplen parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo Informe de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	Realizar capacitaciones periódicas, pero no en todas las áreas.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, el Departamento de Especialidades Médicas - Centro Endoscópico y la Oficina de Apoyo a la Capacitación, docencia e investigación, deben capacitar al personal sobre las condiciones que deben cumplir con los usuarios para la toma de muestra o preparación para los procedimientos.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica Departamento de Especialidades Médicas - Centro Endoscópico Oficina de Apoyo a la Capacitación, docencia e investigación



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADT3-7	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. 0: No se cuantifica las reacciones adversas o no se analizan; 1: Se cuantifica las reacciones adversas, se analizan, pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Registro de eventos adversos en el servicio Informe trimestral de eventos adversos ocurridos en el servicio Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos en el servicio Evaluación del plan de implementación	Cuentan con Registro de eventos adversos o incidentes (Servicio de Medicina Nuclear). No se han presentado eventos adversos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico, deben implementar las acciones de mejora a implementar para la disminución de eventos adversos.	Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia, Departamento de Diagnóstico por imágenes Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar						
CRITERIOS EN "0"						
ADA1-4	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. 0: El procedimiento para las citas no es de conocimiento del personal; 1: El procedimiento es de conocimiento del personal, pero no ha sido difundido a los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de Procedimiento para la obtención y entrega de citas Encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo	A la fecha, la medición de tiempos de espera máximos para la obtención y entrega de citas no están automatizados.	La Oficina de Estadística e Informática, debe: • Establecer metodologías para la medición de tiempos de espera máximos en la entrega de citas • Difundir la información obtenida a los usuarios internos y externos.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-4	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución 0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero los niveles están por encima de lo establecido; 2: Se registra y se monitorea y los niveles están acordes a lo establecido o por debajo.	Libro de Registro de citas que no se efectivizaron. Informe del análisis de libro de registro.	No se cuenta con información sobre los usuarios no atendidos, luego de obtener su cita.	La Oficina de Estadística e Informática, debe elaborar informe semestral en relación a los usuarios que no acudieron a su cita.	Oficina de Estadística e Informática



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADA2-6	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución. 0: No se registra el porcentaje de reprogramación de citas; 1: Se registra, pero no se monitorea o se hace, pero no está de acuerdo a lo establecido por la institución; 2: Cumple con lo establecido.	Registro de reprogramación de citas Informe y análisis de datos del libro de registro de citas	No se registra el porcentaje de reprogramación de citas de manera mensual.	La Oficina de Estadística e Informática, debe elaborar un informe sobre las causas que originan las reprogramaciones de las citas.	Oficina de Estadística e Informática
ADA3-2	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. 0: No se registra las estancias hospitalarias prolongadas; 1: Se registran, pero no se analizan o no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio Informe de estancias hospitalarias prolongadas. Medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas	Si bien se cuenta con el registro de las estancias hospitalarias prolongadas, no se emiten informes respecto a este indicador.	La Oficina de Estadística e Informática, debe elaborar un informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas, su respectivo análisis y recomendaciones para luego ser difundida con todas las involucradas.	Oficina de Estadística e Informática
CRITERIOS EN "1"						
ADA1-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. 0: El establecimiento no tiene un sistema de registro; 1: Tiene sistema de registro, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido.	Documento que estandarice el sistema de registro para el EESS según normatividad vigente	El sistema Galen plus no logra obtener su potencialidad totalmente debido a la obsoleta infraestructura de redes que tiene el HNDM.	La Oficina de Estadística e Informática, debe: • Gestionar proyectos de inversión en torno a la infraestructura de redes en el EHNDM. • Implementar estrategias para optimizar la funcionalidad y eficacia del SIS GALEN PLUS. • Tramitar al RD de aprobación.	Oficina de Estadística e Informática
ADA1-2	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. 0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con lo establecido."	Manual de Procedimientos: conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas acorde con la normativa vigente	Se cuenta con el archivo de historias clínicas, se encuentra documentado, pero no se conservan adecuadamente.	La Oficina de Estadística e Informática, debe actualizar el MAPRO e incluir el proceso de conservación y custodia de historias clínicas	Oficina de Estadística e Informática



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
ADA1-3	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado, pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de Procedimientos: Proceso diario de recojo y archivamiento de historias clínicas Informe trimestral sobre los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros médicos	No se realizan informes sobre los problemas detectados en el proceso de recojo y archivamiento de historias clínicas	La Oficina de Estadística e Informática, debe: • Actualizar el MAPRO e incluir el proceso de recojo y/o archivamiento de historias clínicas Elaborar informes periódicos, que incluyan la identificación de los aspectos críticos del proceso diario de recojo.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-1	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural. 0: El personal de admisión no informa a los usuarios sobre la atención; 1: El personal informa, pero no identifica las necesidades o las identifica, pero sin enfoque intercultural; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de Ocurrencias sobre la identificación de necesidades de atención de interculturalidad por parte del personal de admisión Encuesta al Usuario Externo sobre la Información brindada por el personal de admisión	Se informa a los usuarios sobre el proceso de atención en el establecimiento, pero no con un enfoque intercultural.	La Oficina de Estadística e Informática, debe informar a los usuarios sobre el proceso de atención en el establecimiento con un enfoque intercultural.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-3	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución 0: No se registra el tiempo de espera o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero está por encima del nivel esperado; 2: Se registra y monitorea el tiempo de espera y éste se encuentra acorde a lo esperado. Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	Estudio de Tiempos en Consultorio Externo Implementación de proyectos de mejora según resultados de estudio realizado	Se registra, pero no se monitorea el tiempo de espera, por lo que tampoco se conoce si está acorde a lo esperado.	La Oficina de Estadística e Informática, debe realizar proyectos de mejora en relación a los tiempos de espera. Establecer indicadores en relación a este.	Oficina de Estadística e Informática
ADA2-8	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado, pero no se cumple; 2: Cumple con lo establecido.	Encuesta de satisfacción del usuario externo respecto a la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta Implementación de proyectos de Mejora	Se encuentra en un 60%, según el Informe de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo – 2022	Evaluar el Informe de Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo para el 2023	Oficina de Gestión de la Calidad
ADA3-1	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado, pero no se cumple; 2: Cumple con lo establecido.	Documento que contiene el proceso de alta Informe de monitoreo del proceso de alta. Resultados de la aplicación de la Lista de chequeo en función al procedimiento.	Actualizar el MAPRO e incluir el proceso de alta de los pacientes	La Oficina de Estadística e Informática, debe actualizar el MAPRO e incluir el proceso de alta de los pacientes	Oficina de Estadística e Informática



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 15: Referencia y Contrareferencia (RCR)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada						
CRITERIOS EN "1"						
RCR2-2	'El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. 0: No se cuenta con servicio de transporte; 1: Se cuenta con servicio, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Cumple lo establecido.	Lista de Chequeo: Unidad móvil para el traslado del paciente equipado según normatividad vigente Rol de programación de choferes Libro de registro de operatividad de la unidad de transporte	Se cuenta con servicio de transporte las 24 horas.	La Oficina de Seguros, debe continuar con servicio de transporte las 24 horas.	Oficina de seguros
RCR3-4	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrareferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.	Registro manual o electrónico de las referencias y contrareferencias del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrareferidos	Se cuantifica referencias y contrareferencias realizadas, pero el nivel está por debajo de lo esperado	La Oficina de Seguros, debe continuar con el monitoreo de las referencias y contrareferencias.	Oficina de seguros
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.						
CRITERIOS EN "0"						
GMD 3-2	'El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. 0: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas; 1: Se evalúa el porcentaje, pero no se adoptan medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Registro manual o electrónico de prescripciones no atendidas Informe de la implementación de medidas correctivas.	No se monitorizan las prescripciones no atendidas.	El Departamento de Farmacia debe continuar con el registro manual o electrónico de prescripciones no atendidas Continuar realizando el Informe de la implementación de medidas correctivas.	Departamento de Farmacia



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
CRITERIOS EN "1"						
GMD 3-1	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real de los medicamentos trazadores 0: No se evalúa el porcentaje; 1: Se evalúa el porcentaje, pero está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.	Reporte/ Informe mensual de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real de los medicamentos trazadores	Se evalúa el porcentaje, pero está por debajo de lo esperado.	El Departamento de Farmacia debe continuar realizando informes sobre el estado situacional de las compras centralizadas de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y otros productos, a fin de justificar parcialmente el porcentaje por debajo de lo esperado.	Departamento de Farmacia
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 17: Gestión de la Información (GIN)						
Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.						
CRITERIOS EN "0"						
GIN1-8	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales 0: Monitorea la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales; 1: Monitorea del 60% al 90% de las unidades; 2: Monitorea más del 90% de las unidades.	Reportes del monitoreo para el sistema de gestión de la información. Listado de unidades orgánicas y funcionales.	No se monitorea la información.	La Oficina de Estadística e Informática debe monitorizar la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	Oficina de Estadística e Informática
CRITERIOS EN "1"						
GIN1-5	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. 0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado.	Informe de capacitación sobre gestión de la información del personal del área Constancias o certificados de capacitación del personal del área	Se capacita en relación a la gestión de la información.	La Oficina de Estadística e Informática debe identificar las necesidades o problemas inherentes a la gestión de la información, que puedan mejorar dicha Gestión. Ingresar dicha identificación en el Plan de Desarrollo Continuo del EESS.	Oficina de Estadística e Informática



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
GIN1-7	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado. 0: No existe un sistema de gestión de la información; 1: Existe el sistema, pero no está implementado; 2: Existe el sistema y está implementado.	Documento del Sistema de Gestión de la Información Reportes del Sistema de Gestión de la Información del último trimestre	Actualizar e implementar el sistema de gestión de la información	La Oficina de Estadística e Informática debe actualizar e implementar el sistema de gestión de la información	Oficina de Estadística e Informática
GN2-1	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información. 0: El establecimiento no tiene mecanismos para la identificación de aspectos críticos; 1: Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que defina los aspectos críticos de la gestión de la información. Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información	Se cuenta con mecanismos de identificación críticos de la gestión de la información.	La Oficina de Estadística e Informática debe continuar con la aplicación del mecanismo para la identificación críticos de la gestión de la información.	Oficina de Estadística e Informática
GIN2-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). 0: El establecimiento no cuenta con método para la gestión de la información; 1: Se cuenta con método, pero no se aplica o no es permanente; 2: Cumple con lo establecido.	Documento oficial que contiene el método de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis) Reporte de productos de cada fase del método de gestión de la información. Informe de análisis de cada servicio/ área, respecto al reporte del sistema de información	El establecimiento no cuenta con método para la gestión de la información	La Oficina de Estadística e Informática debe implementar un método para la gestión de la información	Oficina de Estadística e Informática
GIN3-1	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. 0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido.	Mecanismos de difusión (Reportes, web, boletines, paneles y otros) Acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas	No existen mecanismos de difusión de la información	La Oficina de Estadística e Informática debe implementar mecanismos de difusión de la información y su retroalimentación.	Oficina de Estadística e Informática
GIN3-2	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. 0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido.	Acta de reuniones para el análisis de la información difundida	Los servicios no generan espacios de análisis de información	Los Departamentos y Oficinas deben generar espacios participativos de análisis de información y documentarlos	Departamentos y Oficinas



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)						
Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.						
CRITERIOS EN "0"						
DLDE1-2	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	El establecimiento cuenta con una 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. 0: El establecimiento no cuenta con guía actualizada; 1: Cuenta con guía, pero no es conocido por todo el personal 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba la Guía de Procedimientos de Limpieza Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Se cuenta con procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, debe continuar con procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos.	Oficina de Epidemiología y Salud ambiental
DLDE3-4	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. 0: No se conocen las normas; 1: Conoce las normas, pero no se realiza el almacenamiento de acuerdo a éstas, 2: Cumple con lo establecido.	Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfección y Esterilización Encuesta de conocimiento del Manual de Desinfección y Esterilización	No cuenta con documento técnico de almacenamiento de cama y ropa, ni lista de chequeo de acuerdo a las normas vigentes. Anaqueles tienen menos de 30 cm de altura del piso.	El Departamento de Enfermería debe elaborar Documento técnico de almacenamiento de cama y ropa y lista de chequeo de acuerdo a las normas vigentes	Departamento de Enfermería
CRITERIOS EN "1"						
DLDE1-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso. 0: No cuenta con manual ni guía o no está adecuado a su categoría; 1: Se cuenta con manual/guía, pero no es conocido por todo el personal o solo uno de ellos 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Elaborar el MAPRO correspondiente	El Departamento de Enfermería debe elaborar el MAPRO correspondiente	Departamento de Enfermería
DLDE3-1	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. 0: Está protegido menos del 60% del personal; 1: Está protegido entre el 60% a 90%; 2: Está protegido más del 90% del personal.	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional.	No cuenta con informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional, ni lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones.	El Departamento de Enfermería debe elaborar informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional, ni lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones	Departamento de Enfermería



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
DLDE3-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Se cuantifica el porcentaje de quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. 0: No se cuantifica el porcentaje de reclamos; 1: Se cuantifica, pero no se toman acciones correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	Libro de registro de Reclamos y quejas en el servicio de lavandería Informe mensualizado del libro de registros Implementación de medidas de mejora Encuesta de satisfacción del usuario interno.	No cuenta con Informe mensual del registro de reclamos y sugerencias en el Servicio de Lavandería	El Departamento de Enfermería debe continuar elaborando el Reporte Mensual del libro/cuaderno de registros, así como el informe de la implementación de acciones de mejora.	Departamento de Enfermería
DLDE4-1	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. 0: Menos del 60% está vestido y protegido; 1: Está vestido y protegido entre el 60% a 90%; 2: Está vestido y protegido más del 90%	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones de los manuales de Salud Ocupacional y el de Manejo de Residuos sólidos hospitalarios Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de salud ocupacional y el manual de manejo de residuos sólidos	No se realiza una lista de chequeo para evaluar si el personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental debe reportar de aplicación de la Lista de chequeo del para evaluar si el personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones de los manuales de salud ocupacional.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
DLDE4-2	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. 0: No cuenta con procedimientos para el manejo de residuos sólidos; 1: Cuenta con procedimientos, pero no los aplica o los aplica parcialmente para una de las fases; 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba el cumplimiento de procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios Informe de supervisión del cumplimiento de lo estipulado por la normativa Lista de chequeo del cumplimiento de los procedimientos establecidos según normativa.	Cuenta con procedimientos, pero no se realiza la lista de chequeo.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental debe aplicar Lista de chequeo del cumplimiento de los procedimientos establecidos según normativa	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
DLDE4-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. 0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica la percepción, pero no se implementan acciones de mejora; 2: Se cuantifica y se implementan acciones.	Encuesta de percepción al usuario interno y externo Implementación del proyecto de mejora de acuerdo al informe de la encuesta	No cuenta con Proyecto de mejora de acuerdo al Informe de la encuesta.	La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental debe elaborar Proyecto de mejora y aplicar su implementación.	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 19: Manejo del riesgo social (MRS)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.						
CRITERIOS EN "1"						
MRS1-3	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. 0: No cuenta con internet; 1: Cuenta con internet pero no hace cruce de información de los usuarios de ESSALUD y RENIEC; 2: Cumple con lo establecido.	Equipos de Computación con internet Lista de chequeo para verificar el cruce de información con ESSALUD y RENIEC	Se cuenta con acceso para información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC, pero no de todas las licenciadas.	El Departamento de Servicio Social debe continuar con acceso para información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	Departamento de Servicio Social
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.						
CRITERIOS EN "1"						
NYD1-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. 0: No cuenta con manual o no está actualizado; 1: Cuenta con manual actualizado, pero no está disponible; 2: Cumple con lo establecido.	RD que aprueba MOF y MAPRO de Nutrición de acuerdo a la normatividad vigente	Falta constancia de capacitación en el legajo (Licenciados y Técnicos).	El Departamento de Nutrición y Dietética debe: • Elaborar el de Plan de capacitación del servicio de nutrición y dietética • Informes de Capacitación y listas de asistencia • Remitir constancias de capacitaciones al legajo.	Departamento de Nutrición y Dietética



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.						
CRITERIOS EN "1"						
GIM1-3	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. 0: No se tiene establecidas medidas de protección; 1: Se ha establecido medidas de protección, pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de BPA de insumos y materiales. Informe de Implementación de las recomendaciones. Lista del chequeo del cumplimiento del Manual de BPA.	Se cumple con el requerimiento de bienes estratégicos, según el plan anual de adquisiciones.	La Oficina de Logística debe continuar con el cumplimiento del plan anual de adquisiciones.	Oficina de Logística
GIM1-4	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). 0: No se han establecido procedimientos de control; 1: Se ha establecido procedimientos de control, pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de Procedimiento para el control de insumos y materiales. Informe de Implementación de las medidas recomendadas del manual de almacén. Lista de Chequeo del cumplimiento del manual.	Se cumple con los procesos de adquisición.	La Oficina de Logística debe continuar con el cumplimiento de los procesos de adquisición.	Oficina de Logística
Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.						
CRITERIOS EN "1"						
EIF1-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de la Planta Física y Servicios Básicos que este incorporado al POA Informe de evaluación trimestral del Plan	Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos.	La Oficina Servicios Generales y Mantenimiento, debe actualizar el "Plan Multianual de Equipos y mantenimiento del HNDM" e incorporarlo al Plan Operativo Institucional de la institución. Elaborar un informe de cumplimiento de actividades de dicho plan.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento



Código Criterio	Estándar	Criterio	Fuentes de Verificación	Observaciones	Recomendaciones	Responsable
EIF1-2	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento de equipos; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	Plan de Reemplazo y mantenimiento Preventivo y Recuperativo de Equipos que este incorporado al POA Informe de Evaluación trimestral del Plan.	No cuenta con evidencia documentaria de capacitación en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.	La Oficina Servicios Generales y Mantenimiento, la Oficina de apoyo a la capacitación, docencia e investigación, deben capacitar al personal en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos. Identificar y reportar relación de equipos e infraestructura para realizar realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento Oficina de apoyo a la capacitación, docencia e investigación
EIF1-5	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. 0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos documentados pero no de todos los procesos; 2: Cumple con lo establecido.	MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS	Se cumple con el procedimiento para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura.	La Oficina Servicios Generales y Mantenimiento, debe continuar con la aplicación del procedimiento para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura.	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
EIF1-8	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y este es aplicado. 0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras Informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual Lista de chequeo de los procedimientos realizados según manual de procedimientos	No cuenta con procedimiento de verificación de inventarios	La Oficina de Logística y Oficina Ejecutiva de administración, debe elaborar e implementar procedimiento de verificación de inventarios Elaborar informe de resultados y remitirlo a los niveles directivos	Oficina de Logística Oficina Ejecutiva de administración



X. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
2. Ministerio de Salud. Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

