

## PLAN DE INTERVENCION DE MEJORA 2021

**MACROPROCESO : ( DIR) DIRECCIONAMIENTO**

**AREAS INVOLUCRADAS : Direccion, Planificacion, Epidemiologia, Coordinadora de Estrategias Presupuestales, Estrategia Salud Materna, Jefes de servicios.**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
DIR : 1-1-	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.	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan OPERATIVO INSTITUCIONAL (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).	1	No se cuenta con actas de formulacion y difusion del POI. nsable de Planificacion contar con la documentacion ordenada para su verificacion.	CORTO :El responsable de Planificacon programar la reunion o taller para la difusion a todos los jefes de servicio, plazo 30 dias.
DIR : 1-4		Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.	0	No se cuenta con documentos oficiales de identificacion necesidades de salud por etapas de vida.	CORTO . A jefatura de Inteligencia Sanitaria. Debe contar con actas de reuniones de la formulacion participativa del ASIS en un plzo 30 dias.
DIR : 1-5		El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participacion de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.	0	No ha sido formulado y Actualizado el ASIS según norma vigente no cuenta con Actas de reuniones para formulación del ASIS	CORTO : A jefatura de Inteligencia Sanitaria. debe contar con actas de analisis de participacion, plazo 30 dias.
DIR : 1-6		Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud.	1	SE cuenta con el reporte de evaluacion de FON del segundo semestre 2020 , con porcentaje de algunas mediciones entre 51% a 80% para su intervencion. NO Se desarrollao la evaluacion de FON en el primer semestre 2021	MEDIANO :La responsable de la Estrategia Salud Materna. desarrollar la evaluacion del FON, Plazo 60 dias.
DIR : 1-7		La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.	1	Segun la muestra aleatoria la adhesion de las Historias clinicas Aplican CON GPC NACIONALES POR EL MOMENTO entre el 50% . No todos los servicios cuentan con GPC .	MEDIANO : Las jefaturas de los servicios de Medicina, Cirugia, Pediatria-Neonatalogia, Centro Quirurgico, Emergencia, Ginecoobstetricia, Psicologia, Articulado Nutricional, Odontologia, Nutricion. implementar las GPC en Adapte para la atencion prioridades sanitarias segun el ASIS, plazo 60 dias. La Jefatura de Enfermeria. Responsable de Calidad, y el comite de GPC monitoreo permanente de la adhesion del personal a las de
DIR : 2-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes operativo INSTITUCIONAL y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.	1	No todos los servicios presentan los informes de actividades desarrolladas y las estrategias a mejorar.: no se Implementa mecanismos de participacion Multisectorial. se cuenta actas de Reuniones para su seguimiento y mejoramiento.	MEDIANO :La direccion , unidad de planificacion ,el Comité de Gestion y comité ampliado participar en los espacios del POI, plazo 60 dias.
DIR : 2-3		El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.	1	Se cuenta con el informe de evaluacion del primer semestre 2021, avance entre 61% a 80%- con previo analisis. Superar las coberturas mayor a 80%	MEDIANO : La jefatura de Planificacion. programas presupuestales, monitorear el cumplimiento , superar las coberturas mayor 80%, plazo 90 dias.

**MACROPROCESO : GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)**

**AREAS INVOLUCRADAS : Direccion, Planificacion, Epidemiologia, Jefatura de Servicios, Bienestar Social, Comité de Capacitacion, Recursos Humanos**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GRH 1-1	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.	1	No se evidencia el MOF de la Institucion aprobada para su aplicacion en todos los servicios. El MOF no esta socializado. Cuenta con el reglamento del Proceso de seleccion de personal.	CORTO : La jefatura de Recursos Humanos , debe contar con MOF Actualizado y formular los perfiles de puestos en el MOF, ASI COMO DE LA ELABORACION DEL REGLAMENTO DE PROCESO DE SELECCION, SEGUN LA NORMATIVA , PLAZO 45 DIAS.
GRH : 1-2		El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.	0	No se cuenta con el Procedimiento documentado oficializado de inducción del personal. No se tiene Informe de inducción del personal del último semestre. Falta Plan de induccion.. Y no se cuenta con personal capacitado para realizar esta actividad.	CORTO :La jefatura de la Unidad de Recursos Humanos formular e implementar un Plan de Induccion para todo personal nuevo, tomando en cuenta las características específicas de sus servicios, plazo 45 dias.
GRH : 1-3		El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.	0	se evidencia en algunos Legajos del personal no se tiene el Documento de asignacion de funciones a cumplir . falta acta de reuniones de difusion del MOF .	CORTO : La jefatura de la Unidad de Recursos Humanos, debe formular y socializar el Manual de Perfiles de Puestos , según el mapeo de puestos y procesos, plazo 60 dias.

GRH : 1-4		Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.	0	No se cuenta con actas de reuniones de analisis, toma de decisiones para mejora del desempeño de los Recursos HUMANOS, Los jefes de servicios no evalúan la productividad individual , informes de HIS y SIS . no se tiene informes de analisis de productividad individual dirigidos a Dirección.	CORTO . la jefatura de la Unidad de Recursos Humanos debe elaborar un plan de verificación del desempeño del personal y ser analizado en las jefaturas de los servicios y unidades, emitiendo reportes mensuales de los resultados, plazo 60 días. La jefatura de Estadística remitir la información mensual a los jefes de servicios , establecer el estándar de productividad. plazo 30
GRH 2-2	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	no se cuenta con Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos no se evidencia el Informe de propuestas al área respectiva	CORTO . la jefatura de la unidad de Recursos GHmanos debe estructurar equipos de trabajo que identifiquen problemas en el desempeño de los recursos humanos en base a la evaluación realizada en los servicios y unidades , además de propuestas de mejora, plazo 30 días.
GRH : 3-2	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.	0	No cuenta con Relación oficial de personal con N° de Autogenerado de ESSALUD o póliza de seguro individual	CORTO : El área de Bienestar de Personal de Unidad de Recursos Humanos debe contar con la Relación del aseguramiento básico de salud del personal CAS y Nombrado en su totalidad. Plazo 30 días.
GRH : 4-1		El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.	1	se cuenta con Plan anual de capacitación del comité de Capacitación , no del área de Capacitación . No cuenta con Informe de evaluaciones semestrales del plan.	CORTO : la jefatura de la Unidad de Recursos Humanos designe un responsable del área Capacitación para el desarrollo del plan y se trabaje con el comité de Capacitación, plazo 30 días.
GRH : 4-2		El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	0	No se tiene evidencia si en el Plan Operativo Anual está incluido el Plan anual de capacitación de los recursos humanos no se tiene Informe de evaluaciones semestral del plan	CORTO : La jefatura de Unidad de Recursos Humanos y la jefatura de Planificación fortalecer las competencias orientado a logros de los objetivos institucionales..plazo 30 días.
GRH 4-3		El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.	0	En El Plan anual de capacitación no se evidencia la inclusión del tema deberes y derechos de los usuarios externos , no se coordina con el Comité de RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS del HACRS. Herramienta para evaluar comprensión Herramienta para evaluar cumplimiento no se tiene informe de realización de capacitación . POST-TEST.	CORTO : La jefatura de Unidad de Recursos Humanos y la jefatura de Calidad ELABORAR HERRAMIENTAS para evaluar la comprensión y cumplimiento de los temas sobre Derechos y deberes de los usuarios.( medición del impacto)de Planificación fortalecer las competencias orientado a logros de los objetivos institucionales..plazo 30 días.

**MACROPROCESO : GESTION DE LA CALIDAD (GCA)** AREAS INVOLUCRADAS : Dirección, Planificación, Epidemiología, Jefatura de Servicios, Recursos Humanos, unidad de Estadística e Informática, Comité de Reclamaciones y Sugerencias, Comité de satisfacción del usuario externo, Comité de Proyectos de Mejora. Comité de Auditoría de la Calidad en Salud, comité de Seguridad del paciente

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GCA : 1-2	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.	1	el personal capacitado no cuenta con constancias o certificados de capacitación. y no se evidencia en el Legajo de los integrantes del Comité.	MEDIANO : La jefatura de Calidad coordinar con la Dirección de la oficina del Sistema de Gestión de Calidad GERESA Cusco. Para adjuntar en el Legajo , plazo 60 días.
GCA : 2-4	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.	1	Se tiene documento de Privacidad (aprobadas con RD)., pero no se implementan.	CORTO : La jefatura de Calidad actualizar l Directiva que garantice la privacidad y cuantificar el porcentaje del cumplimiento en mas del 50% de las áreas,plazo 60 días.
GCA : 2-8		El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización.	1	En algunos servicios cuenta con flujogramas . Mejorar las señalizaciones.	MEDIANO : La jefatura de consultorios externos deba coordinar e implementar la señalización y elaboración de flujogramas de atención general por servicio , plazo 90 días.
GCA : 3-5	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.	1	Se cuantifica porcentaje de usuarios que tuvieron atención con privacidad , resultado de bajo nivel. Lo optimo es > 60%. Garantizar en todos los consultorios externos, bombos para el cumplimiento de la Privacidad del paciente.	MEDIANO : La jefatura de Enfermería hacer llegar la Directiva para la privacidad durante la atención, y aplicar las mediciones respectivas por trimestre, plazo 60 días.
GCA : 3-7		Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	0	En proceso los resultados del porcentaje de trabajadores satisfechos con cultura organizacional	CORTO : La jefatura de Unidad de Recursos Humanos dar cumplimiento al estudio de Clima Organizacional para las intervenciones oportunas y elevar la información , plazo 30 días.

**MACROPROCESO : MANEJO DEL RIESGO EN LA ATENCION (MRA)** AREAS INVOLUCRADAS : Dirección, Epidemiología, Jefatura de Servicios, , unidad de Estadística e Informática, Comité de Proyectos de Mejora. Salud Ambiental, Calidad, Estrategia Materno Neonatal. programas de estrategias sanitarias, comité de IAAS, comité de Farmacovigilancia, jefatura de Enfermería, jefatura de Obstetras, Lavandería, Farmacia. Laboratorio, BANCO DE SANGRE.

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
MRA : 1-3	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.	1	Las reuniones por servicios no se informan ni se indican propuestas para disminuir las incidencias. cuentan Actas de reuniones de análisis de gestión de riesgos en la atención .	CORTO :Las jefaturas de los servicios y unidades presentar sus informes de identificación de gestión de riesgos y las estrategias a mejorar, plazo 30 días.
MRA : 1-9		El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.	0	Los servicios de hospitalización, emergencia y consultorios externos no cuentan con Formato/s de consentimiento informado diferenciado	LARGO : La jefatura de Enfermería implementar el formato diferenciado para todas las áreas, plazo 60 días.
MRA 1-11		Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización	1	Se aplica la evaluación de Riesgo de Caídas, evaluación de Adherencia de Higiene de Manos, que se cuenta con metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno. Falta EVALUACION DE RIESGO LABORAL, solo se cuenta con informe de Higiene de manos .	MEDIANO : La jefatura de Salud Ocupacional debe implementar la evaluación e informar al comité de Gestión, plazo 30 días.
MRA : 2-1	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales	0	No se realizó el análisis de los indicadores sobre la Seguridad Transfusional según la Norma. Del MINSA.	MEDIANO : la jefatura de Laboratorio con el responsable de Banco de Sangre realizar el análisis respectivo por trimestre y presentar el informe respectivo, plazo 30 días.
MRA : 2-3		Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía	0	No cuentan con los Manuales de Seguridad para el manejo de medicamentos e insumos. los servicios De Hospitalización, emergencia , Centro Quirúrgico , no se desarrolló la Capacitación al personal en forma permanente sobre Manejo de Medicamentos.	CORTO : La jefatura de Farmacia implementar el Manual de Seguridad para el MANEJO de medicamentos e insumos a todos los servicios para tomar medidas que pueden originar eventos adversos, plazo 60 días. La jefatura de Farmacia , debiera capacitar al personal asistencial , plazo 30 días.
MRA : 2-6		Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas	0	No se evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión.	MEDIANO : La jefatura de Enfermería implementar el registro de la evaluación del riesgo a desarrollar UPP en pacientes,, asimismo registrar la valoración, diagnóstico en las notas de enfermería, plazo 60 días.
MRA : 2-7		Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos	0	no se evidencia formato oficial del registro de medidas preventivas para disminuir el riesgo de desarrollar TVP/TEP en pacientes hospitalizados, no cuenta con GPC de TVP y TEP , No se APLICA en todos los pacientes hospitalizados. no se evidencia en la Historia Clínica para tomar acciones preventivas el personal de Enfermería.	MEDIANO . La jefatura de Enfermería debiera establecer Guías de procedimientos de enfermería, donde se considere de forma específica las medidas preventivas para disminuir el riesgo de desarrollar TVP/TEP , plazo 40 días.
MRA : 2-8		En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas	0	No se evalúa el riesgo de aspiración en pacientes internados. no se evidencia en Historia clínica .para tomar acciones preventivas el personal de Enfermería.	MEDIANO : La jefatura de Enfermería debiera implementar el registro de la evaluación del riesgo de aspiración en pacientes, implementar formatos oficiales donde se reace la valoración, diagnóstico de Enfermería , tal como las Notas de Enfermería, plazo 60 días.
MRA : 2-9		Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla	0	No se cuenta con GPC que contenga medidas de prevención de la desnutrición, no se evidencia formato para la evaluación de la desnutrición en los pacientes hospitalizados.	MEDIANO : La jefatura de Nutrición debiera implementar en su área de nutrición sus GPC que contenga medidas de prevención de la desnutrición . Tener el formato oficial para la evaluación de la desnutrición, plazo 60 días.plazo 60 días.
MRA : 3-1	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres	0	No se cuenta con MAPRO para prevenir infecciones asociadas al uso de Catéteres de acuerdo a la N.T. N° 026. y Registrarse en la Historia Clínica .	MEDIANO La jefatura de Enfermería debiera implementar el MAPRO para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres
MRA : 3-4		Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.	0	No se evalúa ni Monitorea y seguimiento de las medidas de Bioseguridad, verificando el cumplimiento del Plan y/o Manual de bioseguridad No se cuenta con Informe SEMESTRAL del cumplimiento de las medidas de bioseguridad	CORTO . El comité de bioseguridad debiera realizar el análisis de cumplimiento de las medidas de bioseguridad , plazo 30 días.
MRA : 4-3	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 antibioticoterapia.	0	Se cuenta con : Informe mensual del registro de Infecciones Intra Hospitalarias no se tiene Informe sobre la identificación de cepas prevalentes No se tiene Informe de evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia	MEDIANO . El comité de infecciones intrahospitalarias debiera cumplir con la evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia, comité de farmacovigilancia debiera hacer una guía oficializada respecto al uso racional de medicamentos y establecer estrategias contra el mal uso de antibióticos, plazo 60 días.

MRA : 5-1	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	Algunos servicios cuenta con GPC sin R.D. .no esta : Implementado , no se evidencia en Historias clinicas	MEDIANO , La jefatura de Enfermeria implementar con guiax de atencion y ser aprobadas con R.D., PLAZO 60 DIAS.
MRA 5-2		El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados.	1	SE evidencia formato y elaboracion del PAE en un solo servicio , solo se desarrolla el SOAPIE , evidenciado en Historias Clínicas	MEDIANO :La jefatura de EnfermeriA debera verificar el adecuado llenado del registro y las aplicaciones del PAE, plazo 60 dias.
MRA : 5-3		El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento).	1	se evidencia el registro de kardex, de algunos servicios es incompleta.	MEDIANO : La jefatura de Enfermeria debera implementar el MAPRO de administracion de Medicamentos, plazo 60 dias.
MRA 5-4		El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes	1	Se cuenta con reportes de eventos adversos de 27 servicios, en Historia clinica no se registra .	CORTO . La jefatura de Enfermeria moniorizar el cumplimiento de registro diario de evenos adversos.. Los medicos jefes deben registrar Los eventos adversos suscitados en la Historia clinica, plazo 30 dias.
MRA : 5-5		El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal	1	Algunos servicios realizan el analisis pero no es implementado . para mitigar los riesgos. Actas de reuniones de análisis de eventos adversos falta Informes de acciones de mejora. todo evento adverso no se registra en Historia	CORTO . la jefatura de Enfermria debera moniorizar el cumplimiento del analisis de eventos adversos y su implementacion de mejora, plazo 30 dias.
MRA : 6-3	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados	1	No se evidencia el MAPRO para provision, lavado y descontaminacion de Ropa DEL PERSONAL (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)	MEDIANO : La JEFATURA de Lavanderia, implementar el MAPRO y ser aprobado con R.D. , deber socializado a todo el personal del servicio, plazo 60 dias.
MRA : 6-4		La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad .	1	Se cumple parcialmente . No se evidencia los informes de requerimiento y PECOSAS. .	MEDIANO : Las jefaturas de los servicios deben contar con los Documentos de requerimientos de materiales e insumos de bioseguridad según norma Pecosas e informar al trimestre su cumplimiento, plazo 60 dias.
MRA : 6-6		En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios	0	No se cuenta con MAPRO de Riesgo de Trasmision de enfermedades infectocontagiosas .	CORTO : el Comité de Salud ocupacional implementar el MAPRO de Riesgo de Transmision de enfermedades infectocontagiosas y las preocupaciones por adoptarse . plazo 30 dias.
MRA : 6-7		El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.	1	No se tiene documentos oficiales que establezcan medidas preventivas en menos del 50% de patologias segun mapa de riesgos.	MEDIANO : el Comité de Salud Ocupacional , debera elaborar un mapa de iesgos para implementar programas preventivos contra Hepatitis B, TBC, VIH /SIDA , radioactividad, explosiones e incendios, plazo, 60 dias.
MRA 6-8		Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.	1	Cumplen con los procesos parcialmente.	CORTO : el comité de salud ocupacional debera implementar para todos los servicios el Manual de Aislamiento Hospitalario, según R.M. 1472-2002 SA/DM., Plazo 30 dias. .
MRA : 6-9		El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	0	No se aplica y no se evalua al personal.	CORTO : La responsable de Epidemiologia debera implementar la normativa de los Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, plazo 30 dias.
MRA 7-1		Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal	1	Cuentan con Manual para la eliminación de residuos sólidos No cuentan Documentos y Material de difusión de procedimientos para eliminaión de residuos sólidos	CORTO : La unidad de Epidemiologia y El responsable de Saneamiento Ambiental debera implementar trípticos, material de difusión sobre procedimientos de eliminacion de Residuos solidos., plazo 30 dias.
MRA 7-2		La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma.	1	se cumple parcialmente la norma .	CORTO : La unidad de Epidemiologia y El responsable de Saneamiento Ambiental debera implementar y monitorizar sobre la recoleccion de Residuos solidos. segun la norma., plazo 30 dias.
MRA : 8-1	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio.	0	No se Coordino con Gobierno local para realizar procedimientos de Saneamiento Basico. Tener No se tiene informes de coordinación y/o fotografias	MEDIANO : El responsable de Saneamiento Ambiental debera coordinar , implementar y aplicar el Decreto Ley N° 17752, Ley General de Aguas. Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. DS N° 031-2010-SA. Guía Técnica para la Implementación, Operación y Mantenimiento del "Sistema de Tratamiento Intradomiciliario de Agua para Consumo Humano - MI AGUA" RM N° 647-2010-MINSA, plazo 60 dias.

MRA : 8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.	0	No se Coordino con Gobierno local para participar en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. No se tiene informes de coordinación y/o fotografías	MEDIANO A LARGO :El responsable de Saneamiento Ambiental debiera coordinar , implementar y aplicar el Decreto Ley N° 17752, Ley General de Aguas. Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano DS N° 031-2010-SA. Guía Técnica para la Implementación, Operación y Mantenimiento del "Sistema de Tratamiento Intradomiciliario de Agua para Consumo Humano - MI AGUA" RM N° 647-2010-MINSA, plazo 60 días.
MRA : 8-3	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 se Coordino con Gobierno local para capacitar a la población sobre medidas de Saneamiento Basico. Tener informes de coordinación y/o fotografías	MEDIANO A LARGO :El responsable de Saneamiento Ambiental coordinar con el Gobierno Local y tener evidencias (fotografías, etc) Presentar el Informe de capacitaciones realizadas a la comunidad, plazo 60 días.

<b>MACROPROCESO : GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)</b>	<b>AREAS INVOLUCRADAS : EMERGENCIAS Y DESASTRES. Salud Ambiental,Mantenimiento, Transporte, Farmacia. Direccion.</b>
---	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GSD : 1-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	0	El Hospital no cuenta con el certificado de inspeccion tecnica de seguridad en defensa civil, se solicito a la Municipalidad , no se tiene respuesta. pendiente.	MEDIANO : La jefatura de la Unidad de Gestion de seguridad y desastres, debe gestionar certificado de inspeccion tecnica de seguridad en Defensa Civil, plazo 45 días.
GSD : 1-2		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	Hasta la fecha no se ha realizado informes de evaluación de seguridad de obras. por la municipalidad, en las dos últimas obras (ampliación, rehabilitación y remodelación).	MEDIANO A LARGO :La jefatura de servicios generales en coordinacion con la unidad de seguridad y desastres , debe solicitar evaluacion de seguridad de todas las obras a la Municipalidad , plazo 90 días.
GSD : 1-3		El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma	0	El Hospital Alfredo Callo Rodriguez, cuenta con señales de seguridad menor del 50% , segun criterios y estandares establecidos en la norma.	MEDIANO : La jefatura de la unidad de gestion Emergencias y desastres debiera monitorizar e implementar las señalizaciones en todas las areas según los criterios y estandares establecidos en la norma, plazo 60 días.
GSD : 1-5		Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.	0	No esta los Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxigeno, oxido nitroso, aire comprimido) señalizadas.	MEDIANO : la jefatura de emergencias y desastres debiera señalar m cumplir con el mantenimiento permanente, plazo 45 días.
GSD 1-6		El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.	0	NO se ha identificado , no se tiene Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.	MEDIANO :la jefatura de emergencias y desastres debiera identificar los riesgos de vulnerabilidad en todas las areas, plazo 45 días.
GSD : 2-1	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	se tiene la conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil , sin R.D. RD de aprobación del Plan anual de actividades en magnetico. No se tiene Informe de evaluación MENSUAL del plan	CORTO : la jefatura de emergencias y desastres, debiera brindar la informacion del plan y ser implementtado , presentar la informacion de avance en forma mensual, plazo 30 días.
GSD : 2-2		El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños	1	vigente la R.D. 289-2016 DE conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños NO SE CUENTA con Documento de asignación de equipamiento a las brigadas, según norma. Falta actualizar.	CORTO : la jefatura de emergencias y desastres debiera gestionar la actualizacion de la conformacion de brigadas asi como el documento de asignacion de equipamiento según norma , plazo 30 días.
GSD : 2-3		El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal	1	cuenta con Documento oficial que aprueba plan anual de Emergencias y desastres no se tiene informe de difusión del plan	CORTO : la jefatura de emergencias y desastres, debiera realizar la difusion a todos los servicios de emergencia, hospitalizacion y consultorios externos, plazo 45 días.
GSD 2-4		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	1	CUENTA con lanes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados sin R.D. NO SE tiene Informe de evaluación trimestral de la implementación de los planes	CORTO : la jefatura de emergencias y desastres presentar el informe de evaluacion trimestral, semestral de los implementado, plazo 30 días.
GSD 2-5		El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.	0	no se cuenta con Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales	MEDIANO : la jefatura de emergencias y desastres debiera participar en los planes de respuesta regionales, evidenciado con actas,plazo 60 días.

GSD 2-6		Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.	0	no se tiene Plan de respuesta ante las emergencias.del Comité de Defensa Civil institucional no cuenta con Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil.	MEDIANO .la jefatura de emergencias y desastres debiera implementar el plan de respuesta ante emergencias y ser informado, tener actas de reuniones, plazo 45 dias.
GSD 2-7		El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta.	0	no cuenta con Informe de evaluación de los simulacros realizados los dos últimos años	CORTO .la jefatura de emergencias y desastres debe presentar el informe semestral de los simulacros realizados , plazo 30 dias.
GSD 2-8		Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.	0	NO se cuenta con RD de Guías de manejo de emergencias masivas	MEDIANO : la jefatura de emergencias y desastres, implementar las guias de manejo de emergencias masivas con R.D. y debe ser socializado a todo el personal asistencial y administrativo, plazo 45 dias
GSD : 3-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.	0	Radiocomunicaciones no operativo en servicio de emergencias.	MEDIANO : la jefatura de emergencias y desastres debiera habilitar el sistema de comunicación alterno del sistema telefonico, plazo 45 dias.
GSD 3-6		Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.	0	NO SE CUENTA CON EL Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (formula MEDIN) Cuenta con la Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud	CORTO . la jefatura de emergencias y desastres debiera habilitar el stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos medicos , mantener operativo, plazo 30 dias.

<b>MACROPROCESO : CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)</b>			<b>AREAS INVOLUCRADAS : Direccion.COMITE DE Capacitacion, comité de ACAS, Estrategia Materno Neonatal, Comité de Seguridad del paciente, Planificacion, Coordinador de programas presupuestales. Unidad de Seguros. Estadistica e informatica</b>		
--	--	--	---	--	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
CGP : 1-2	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	1	se cuenta con documentos oficiales de fichas de indicadores, convenio de gestion, indicadores hospitalarios pero no todos son partícipes.	CORTO: La Direccion, planificacion, comité de gestion, debe establecer los seguimientos permanentes , evidenciar en Actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de los planes, plazo 30 dias.
CGP : 2-1	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	personal capacitado menos 50% y no se cuenta Certificados de capacitación de 60 horas a más, en auditoria, supervisión y evaluación al personal responsable	mediano : La jefatura de la Unidad de Recursos Humanos a traves del area de capacitacion, debiera dar cumplimiento de los cursos programados de 60 horas a mas, plazo 60 dias.
CGP : 2-3		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.	1	REALizado el analisis de los nudos criticos , el nivel establecido se encuentra inferior de lo establecido. del ultimo semestre 2021.	MEDIANO : Las jefaturas de los servicios, planificacion , programas presupuestales debiera analizar los indicadores de la gestion y prestacion por trimestre para tomar estrategias a mejorar, plazo 60 dias.
CGP . 2-5		El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.	0	NO se tiene Informes del auditoria de la calidad de atencion en emergencia	CORTO :El comité de auditoria debiera realizar los informes de auditoria de la calidad de la aplicación de las GPC de las atencion en emergencia, plazo 30 dias.
CGP : 2-6		El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.	0	NO se cuenta con Informes de auditoria de la calidad de atencion obstetrica y neonatal de emergencia o Informe de FON. no se evaluo las Historias clínicas de pacientes obstétricas y neonatales de emergencia NO se cuenta con Guías de práctica clínica para atenciones obstétricas y neonatales de emergencia	MEDIANO : El comité de Auditoria debiera realizar los informes de auditoria de la calidad de la aplicación de las GPC de las atenciones obstetricas y neonatales, plazo 60 dias.
CGP : 2-8		El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.	1	se cuenta con Informe de identificacion de aspectos criticos de la prestacion y gestion no cuenta con Informe de procesos de mejora establecidos	MEDIANO :La unidad de Calidad debiera realizar el monitoreo permanente y presenta el informe de procesos de mejora establecidos, plazo 60 dias.
CGP : 2-9		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.	1	se cuentan con informes de las auditorias del pmer trimestre que muestran que los procesos de atencion no cumplen con los estandares.	MEDIANO : La unidad de Calidad en coordinacion con el comite de Auditoria , debiera realizar informes de las auditorias que muestran que los procesos en las areas o servicios de atencion cumplen con los estandares establecidos trimestralmente , plazo 60 dias.

CGP 2-10		En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.	1	SE cuenta con Informes de supervisiones de los procesos de atención que muestra resultados inferiores a los esperados. Informes de Rondas de Seguridad de hospitalización y emergencia resultados están por debajo de los esperados.	CORTO :La unidad de Calidad deberá realizar informes de monitoreo y evaluación del cumplimiento para superar los resultados, plazo 30 días.
CGP : 2-12		Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.	1	se tiene resultados entre 60 y 80%. Se encuentra nivel bajo.	MEDIANO : la Responsable de programas presupuestales deberá monitorear permanentemente , para lograr coberturas óptimas, plazo 60 días.
CGP : 2-13		Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.	1	Resultados no óptimos .	MEDIANO .la responsable de programas estratégicos deberá monitorizar permanentemente para lograr resultados óptimos, plazo 60 días.
<b>MACROPROCESO : ATENCION AMBULATORIA (ATA)</b>					
<b>AREAS INVOLUCRADAS : jefaturas de consultorios, Relaciones Publicas, programas de estrategias sanitarias, PROMSA, Estrategia Materno Neonatal, Resp. Adulto Mayor. Epidemiología, jefatura de Enfermería, Radiología, Laboratorio.</b>					
Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA : 1-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	1	Se observa señalización y mecanismos de información no todos son visibles , pero no están en todas las áreas de primer contacto para el usuario , Mejorar los avisos, letreros.	CORTO . Los jefes de consultorios externos deberán gestionar e implementar con imagen institucional la señalización de acuerdo a Normativa vigente , plazo 30 días.
ATA : 1-2		La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.	1	Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa y según resultados de encuesta al usuario externo refieren que está ubicado muy arriba , no todos lo visualizan , se tendría que reubicar todo el contenido.	MEDIANO . El jefe de consultorios externos en coordinación con el responsable de Relaciones Publicas, Promoción de la Salud, elaborar y publicar la Cartera de Servicios en lugar estratégico para asegurar su visibilidad y comprensión del usuario externo, plazo 60 días.
ATA 1-3		El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.	1	SE Cuenta con Servicio de triaje no se tiene Informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación	CORTO . la jefatura de Enfermería deberá implementar el plan de inducción y capacitar al personal designado y presentar el informe respectivo, plazo 30 días.
ATA : 1-5		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	se observa que no todas las áreas de atención han implementado estos mecanismos de atención preferente (admisión, farmacia, caja central) hay publicación de atención preferencial en área de Admisión pero el funcionamiento de las ventanillas no es rápida y causa insatisfacción.	MEDIANO : La Dirección , unidad de Admisión en coordinación con la plataforma de atención al usuario deberá actualizar la Directiva de atención preferencial, incluyendo a todas las áreas o servicios, monitorizando y elaborando un informe de su adecuado cumplimiento, plazo 60 días.
ATA : 2-1	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, adapta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.	0	No se cuentan con Guías de Práctica clínica en Adapta por etapas de vida, los servicios asistenciales cuentan con GPC por especialidad .	MEDIANO : Las jefaturas de los servicios Medicina, GNO, pediatría, Anestesiología, Cirugía y emergencia deberán coordinar con la unidad de Epidemiología y realizar estadísticas de las patologías más frecuentes para la elaboración de GPC en adapte, por etapas de vidaasimismo , el comité de GPC, i, impulsar a su cumplimiento , plazo 60 días.
ATA 2-2		El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios	1	Cuentan con GPC vigente 2015 del servicio de Pediatría y GNO, no todos oficializadas con R.D. pendiente la actualización de los demás servicios. se cuenta con Informes de auditoría de la evaluación de gestión de registros de la atención. no se tiene Informes de evaluación del	MEDIANO . El comité de Auditoría de la calidad en Salud, debe elaborar un informe trimestral del porcentaje de Adherencia a las GPC por parte de todos los servicios asistenciales, formulando recomendaciones de acuerdo a los resultados con la finalidad de impulsar la formulación de GPC en Adapta, plazo 60 días.
ATA: 2-3		El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	1	Se verifica que menos del 80% de las historias cumplen en los procesos de atención según las Guías de Práctica Clínica . Se cuenta con Informes de auditoría de la calidad de registros de atención del primer trimestre.	MEDIANO . EL comité de Auditoría de la Calidad en Salud, deberá elaborar un informe del IV trimestre de la calidad de registros de atención de las Historias clínicas con adherencia a las GPC verificando el % de cumplimiento, plazo 60 días.
ATA : 2-4		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 tiene Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), del primer semestre 2021	CORTO . La Responsable de la Estrategia Materno Neonatal. Deberá realizar la evaluación de FON , plazo 30 días..
ATA : 3-1	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.	1	Entre el 50-80% se brinda a los usuarios información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	MEDIANO .La responsable de PROMSA , Responsable de Programas presupuestales y Responsable de Adulto Mayor. Deberá brindar información mas del 80%, plazo 60 días.

ATA: 3-2	principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.	0	No implementa actividades educativas comunicacionales, NO genera registros para reconocimientode signos de alarma y complicaciones obstetricas y ejecutar las estrategias. NO CUENTA Con Informes de actividades educativo-comunicacionales desarrolladas	CORTO .La responsable de Promocion de la Salud, debera implementar actividades educativas comunicacionales Presentar los Informes de actividades educativo-comunicacionales desarrolladas Actividades educativo-comunicacionales en ejecucion.plazo 30 dias.
ATA : 3-3-		El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables.	0	no se evidencia en POI, no cuenta en servicio, falta Plan, cronograma. No cuenta con informes trimestrales, semestrales de seguimiento.	CORTO . la Responsavble de PROMSA. Responsable de programas de estrategias.debera presentar los informes de actividades realizadas, la estrategia debe contar con Plan y cronogramas, plazo 30 dias.
ATA 3-4		El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación.	0	no cuenta con Plan para la implementación de la estrategia de Comunidades y Familias Saludables que contiene el cronograma de actividades NO se tiene Informes trimestrales de seguimiento	CORTO : la Responsavble de PROMSA. Responsable de programas de estrategias.debera presentar los informes de actividades realizadas, la estrategia debe contar con Plan y cronogramas, plazo 30 dias.
ATA 3-5		El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación.	0	no cuenta con Plan para la implementación de la estrategia de Escuelas Saludables que contiene el cronograma de actividades no se evidencia Reportes del Aplicativo Escuelas Promotoras de la Salud NO cuenta con Informes trimestrales de seguimiento	CORTO . la Responsavble de PROMSA. Responsable de programas de estrategias.debera presentar los informes de actividades realizadas, la estrategia debe contar con Plan y cronogramas, plazo 30 dias.
ATA : 3-6		El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.	0	NO se cuenta con plan de programas de prevencion para patologias mas frecuentes. El ASIS institucional . No se evidencia documentos del desarrollo de programas de prevencion perono para todas las patologias mas frecentes. como es programa de Diabetes, TBC, VIH, Salud Mental. NO CUENTA con Informes trimestrales de	MEDIANO . Las jefaturas de los servicios y unidades asistenciales, deberan coordinar con la unidad de Planificacion para la implementacion en el POI , los programas de prevencion de patologias mas frecuentes según ASIS , plazo 60 dias.

**MACROPROCESO : ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)** **AREAS INVOLUCRADAS : Direccion.comité de GPC, Estrategia Materno Neonatal, Planificacion, Coordinador de programas presupuestales. Jefatura de Enfermeria, jefatura de Obstetricia, Estadistica e informatica.laboratorio. Radiologia.Comite de SERVQUIA**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
AT 1-1H	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios	1	NO se cuenta con ASIS institucional	MEDIANO : Los jefes de los servicios de hospitalizacion, emergencia, deberan participar activamente en la identificacion de las diez causas mas frecuentes de internamiento institucional, mediante el proceso de elaboracion del ASIS 2021, dejando constancia de su participacion en Libro de ActaS, plazo 60 dias.
ATH : 1-2		Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución	1	Acta de reunion de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio , cuenta Pediatría, Centro Quirurgico. Medicina. No se cuenta con Informe de implementación de las mismas.	CORTO . Los jefes de servicios de Cirugia, Medicina, GNO , Pediatría y Emergencia deberan identificar necesidades de mejora del proceso de atencion. Formular propuestas y comunicarlasm mediante un Informe a la alta Direccion para su aprobacion y ejecucion, plazo 45 dias.
ATH: 1-3		Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto	0	NO se permite a la gestante r el acompañamiento por la pareja o familia en la atencion del parto.	CORTO :La Jefatura de Ginecoobstetricia. Implementar en sala de partos , el acompañamiento de la pareja a la gestante, plazo 30 dias.
ATH: 2-1	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada	1	Se verifica algunos servicios refieren el incumplimiento en la atencion de necesidades requeridas de los servicios de internamiento los Cuadros de necesidades, requisiciones y pecosas de los servicios hospitalarios o SIGA. . 100%	CORTO . La Direccion en coordinacion con la unidad de Logistica atender los requerimientos, la solicitud de reposicion de equipos deteriorados y pecosas de los servicios hospitalarios o SIGA , LOgrar mayor del 80%, plazo 45 dias.
ATH: 2-2		Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización	1	promueven pero no cuentan con GPC en adapte los servicios, no se cuenta con Actas de reunion de elaboracion de GPC no se cuenta con RD de aprobación de las Guías de practica clinicas ASIS o reporte estadístico	CORTO A MEDIANO : Las jefaturas de los servicios de Medicina ,Pediatría, Cirugia, GNO, Emergencia , Centro Quirurgico, promover la adopcion, adecuacion de las GPC para las atenciones de salud de acuerdo al perfil epidemiologico, plazo 45 dias.
ATH: 2-3		La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución	0	no se tiene el informe semestral de estudio de medicion entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento por parte de los servicios de hospitalizacion. consulta externa. NO Se presentar el informe mensual , con previo analisis e indicando acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	CORTO . La jefatura de Consultorios externos y las jefaturas de los servicios de hospitalizacion de Medicina, Cirugia, Pediatría, GNO, Deberan implementar y ejecutar la medicion de tiempo transcurrido entre la solicitud t el internamiento de paciente, plazo 30 dias.

ATH 3-1	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad.	1	SOLO se cumple entre el 70 a 90% del personal.	MEDIANO : Los jefes de los servicios de hospitalización, deberán monitorizar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en todo el personal asistencial a su cargo, plazo 60 días.
ATH: 3-2		Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.	0	Los servicios Solo cuentan con Registro de eventos adversos . No Realizan el análisis de eventos adversos identificados algunos servicios cuentan con Actas de reuniones de análisis de eventos adversos	MEDIANO . Los jefes de los servicios de hospitalización, deberán analizar los eventos adversos , IIH identificados, presentar el informe de evaluación , plazo 60 días.
ATH: 4-1	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	Los servicios de hospitalización no con GPC en Adapte de las diez patologías mas frecuentes.	MEDIANO A LARGO :Las jefaturas de los servicios de Medicina ,Pediatría, Cirugía, GNO, deberán implementar las GPC en Adapte con R.D. considerando las diez primeras causas de morbilidad en su servicios, plazo 60 días.
ATH: 4-2		Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.	0	No se : Aplica la evaluación semestral de indicadores (FON), según norma. No se cumple con los estándares según la norma vigente.	MEDIANO :La responsable de consultorio Materno debiera realizar la evaluación de la atención de partos y presentar el informe , plazo 60 días.
ATH: 4-3		Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.	0	se verifica que no se implementan las GPC sobre una muestra aleatoria de cinco historias clínicas que corresponde a esas patologías.	MEDIANO A LARGO : Las jefaturas de los servicios deberán actualizar su GPC e implementar y supervisar a cada miembro del equipo de trabajo el uso adecuado de las GPC en adapte, plazo 60 días.
ATH: 4-4		Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).	0	Ningun servicio supervisa , monitorea la adherencia de GPC , NO SE realizo informes respectivo.	MEDIANO . las jefaturas de los servicios continuar con la supervision , monitoreo de adherencia de GPC en forma mensual , elevar el informe de cumplimiento, plazo 60 días.
ATH: 5-1	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.	1	Resultados de la encuesta sobre grado de comprensión de información recibida esta entre 50 al 80% .	CORTO . Los jefes de servicios y jefaturas de Enfermería y Obstetricia, deberán monitorizar e informar el % de cumplimiento del personal a cargo sobre la información brindada en cuanto a procedimientos , diagnosticos y tratamientos especificos de pacientes hospitalizados, plazo 45 días.
ATH: 6-1	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas asi como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra institucionales y interinstitucionales.)	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.	0	Los servicios no cuentan con documentos de procedimientos de interconsultas a otras especialidades para pacientes internados.	CORTO A MEDIANO :Las jefatura de los servicios, debrán realizar MAPRO aprobado R.D. donde se encuentre integrado el proceso de interconsulta , plazo 30 días.
ATH : 6-2		Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para los pacientes internados y de emergencias.	0	No se Garantizar personal en el servicio de Radiología y Laboratorio. Rol de programación de los servicios de apoyo y tratamiento con cobertura para las 24 horas del último mes, no cuentan los servicios de hospitalización.	CORTO . los jefes de servicios de Hospitalización, Deberan contar con los Roles de programación de los servicios de Apoyo y tratamiento, plazo 30 días.
ATH: 7-1	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.	1	Se Realizo Auditorias de Historias Clínicas, estableciendo un plan que establece mecanismos de evaluación periodica de HCl por pares (en cada servicio en el primer trimestre.) se cuenta con Informes/reporte de aplicación de mecanismos de evaluación periodica de HCl por pares del primer trimestre y de las mejoras de los procesos (en cada servicio) no se tiene.	CORTO A MEDIANO :La jefatura de Calidad debiera reforzar e implementar mecanismos de evaluación periodica de historias clínicas por pares e informar las mejoras de los procesos en da servicios, plazo 30 días.
ATH : 7-3		El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.	0	Los servicios cuentan con horarios publicados al ingreso de hospitalización, no se realiza el informe medico a todos los acompañantes o familiar al momento de la visita medica. no se cuenta con documento oficial de orario de entrega de informacion al usuario y familiares.	CORTO .Las jefaturas de los cuatro servicios de hospitalización , deberán oficializar los horarios de informacion al usuario y familiar acerca de la evolucion de los pacientes internados, socializar al personal de servicios y aperturar un reporte de la observacion de la entrega de informacion segun horarios, plazo 30 días.
ATH : 7-4		Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica	0	Se verifica menos de 50% cumplen a los Planes de trabajo de las HCl y las GPC sin R.D.	MEDIANO :Las jefaturas de los cuatro servicios de hospitalización , deberán monitorizar y garantizar que los planes de trabajo en las historias clínicas esten de acuerdo con las GPC, en un plazo de 60 días.
ATH : 7-5		Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica	0	No se Registra las complicaciones obstétricas no se cuenta con Actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas,de acuerdo a las GPC.	CORTO A MEDIANO . La jefatura de Ginecoobstetricia debiera elaborar un informe del manejo de complicaciones obstetricas de acuerdo a las GPC por cada trimestre, plazo 30 días.

ATH : 7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones	1	Se RealizaN el analisis, pero no se implementan las recomendaciones. Se cuenta con informes de analisis de eventos adversos del último semestre 2021 falta Informe de seguimiento de recomendaciones, del último semestre 2021.	CORTO A MEDIANO .El equipo de Seguridad del paciente de la oficina de Calidad debera realizar el informe de seguimiento de recomendaciones enforma semestral, plazo 45 dias.
ATH : 7-7	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 Realizo las encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)	MEDIANO :El responsable de salud Materno realizar las encuestas de satisfaccion de atencion de parto , y presentar el informe a Direccion, plazo 45 dias.

<b>MACROPROCESO : ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)</b>		<b>AREAS INVOLUCRADAS : Direccion. Estrategia Materno Neonatal, Jefatura de Enfermería, jefatura de Obstetricia, .laboratorio. Radiologia. Jefe del servicio de Emergencia, Enfermera responsable de Emergencia.</b>			
--	--	--	--	--	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
EMG : 1-1	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 informacion general al usuario operativo en el servicio	0	No cuenta con mecanismo de informacion .al usuario	CORTO :la jefatura de Emergencia debera disponer de la presencia fisica de un personal capacitado en triaje general que brinde informacion general y derivacion a los topicos de acuerdo a su necesidad en la puerta de ingreso a Emergencia, plazo 30 dias.
EMG 1-3		Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.	1	cuenta con programación parcial , falta de Laboratorio, Radiologia, Estadística , Servicio Social.	CORTO :la jefatura de Emergencia Y RESPONSABLE de Enfermería , debera garantizar los roles de programación diaria de los recursos humanos en lugar visible, plazo 30 dias.
EMG : 1-4		El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.	0	No se evidencia Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida.	CORTO :El comité de Auditoria de la Calidad en Salud de la oficina de Calidad debera informar sobre la propuesta de GPC del servicio de emergencia , emitiendo sus recomendaciones para su elaboracion final , plazo 30 dias.
EMG : 1-5		El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias	0	No se evidencia capacitaciones al personal del servicio, no se tiene informe escrito de capacitaciones .	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera elaborar un Plan DE Capacitacion anual, emitiendo un informe trimestral de su cumplimiento al area de capacitacion de RR.HH.plazo 30 dias.
EMG : 1-6		El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc).	0	no tiene mplementado documento oficial o Directiva que establecen medidas para la atención de emergencias sin restricciones , no se evidencia la Ley de Emergencia.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera implementar la Directiva y la Ley de Emergencia publicada .plazo 30 dias.
EMG : 2-1		El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.	1	Cuenta, pero no esta disponible para atencion inmediata y esta incompleto.
EMG 2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.		0	Radiocomunicaciones no operativo, no se tiene informe de operatividad.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera coordinar con responsable de emergencias y desastres , mplementar y garantizar los equipos de telecomunicaciones , .plazo 30 dias.
EMG : 2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad.		1	cuenta con Rol de programación de personal de emergencia, incompleto.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera garantizar los roles de programación , .plazo 30 dias.
EMG : 3-1	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes	1	se realiza la atencion en el Area de triaje, pero no siempre por personal profesional, no se informa , no se evidencia actas de reuniones.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera elaborar un plan de capacitacion para todo el personal que asume el area triaje e informar sobre atenciones realizadas, .plazo 30 dias.
EMG 3-2		Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica	0	Libro/registro de atenciones de Emergencia, EL registro es menos del 60% .por parte del profesional Medico. Se cuenta con Formatos de atención de emergencia seleccionados en una muestra aleatoria de las diez últimas atenciones.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio debera monitorizar el cumplimiento del llenado completo del registro de atenciones en Emergencia. .plazo 30 dias.

EMG : 3-3		El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia	1	No se tiene mecanismos para la atención en cambios de guardia. no se cumple la segunda meta internacional de Seguridad del paciente.. Cuentan con libro de ocurrencias.	CORTO :La jefatura de emergencia y la enfermera responsable del servicio deberá monitorizar el cumplimiento de la continuidad de la atención en los cambios de guardia..plazo 30 días.
<b>MACROPROCESO : ATENCION QUIRURGICA (ATQ) AREAS INVOLUCRADAS : Direccion. Jefatura del Centro Quirurgico, Enfermera responsable del Centro Quirurgico, jefe del anestesiologia. Comité de GPC,</b>					
Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATQ 1-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico	0	No cuenta con Programación de actividades del centro quirúrgico del último semestre 2021 cuenta con Informe de evaluación de actividades del centro quirúrgico del II semestre.	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. Enfermera responsable del Centro Quirurgico. Debe implementar la programación de actividades y evaluarlas , plazo 30 días.
ATQ : 1-2		Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica	1	Cuenta con El Manual de procedimientos (MAPRO) del centro quirúrgico sin R.D. el personal desconoce el MAPRO del servicio no se Socializa a todo el personal para su cumplimiento de funciones.	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. Enfermera responsable del Centro Quirurgico. Debe implementar oficializarlo, socializar a todo el personal del servicio, realizar la lista de chequeo para verificar su aplicación , la programación de actividades y evaluarlas , plazo 30 días.
ATQ : 1-3		Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)	0	< 60% del personal aplican las guías. No cuenta con Informe de cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las diez intervenciones más frecuentes, por indicadores.	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. . Debe implementar las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones mas frecuentes que se realizan, plazo 30 días.
ATQ : 1-4		El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia	1	no se tiene el documento oficial o Manual que dispone Sala para urgencias. No se tiene Informes dadas a todo el personal del servicio. no se cuenta con El Rol diario de programación de salas dar cumplimiento , no presenta el informe trimestral de la disponibilidad de sala de urgencia	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. . Debe implementar los roles diarios de asignacion de salas y ser informado a los servicios de hospitalizacion, consultorios externos y emergencias, plazo 30 días.
ATQ 1-5		Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación)	1	Cuenta Rol de programación del personal , que incluye anestesiólogos, personal profesional , pero no cuenta del personal de apoyo, en áreas críticas, del último trimestre	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. . Debe tener los roles del personal de apoyo de areas criticas , plazo 30 días.
ATQ 2-3		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	1	se verifica en HCl se registra pero no siempre , se aplica otra herramienta de formato de entrega al paciente. En forma mensual se informa previo analisis dirigido a los servicios para su mejora.	CORTO :La jefatura de Enfermeria del Centro Quirurgico. . Debe cumplir con el estándar del tiempo de hora , para trasladar al paciente a hospitalizacion, plazo 30 días.
ATQ 3-2		La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.	1	se verifica el registro del 60% a 90% de historias clinicas seleccionadas de la evaluación preanestésica	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. . Debe cumplir mas del 90% de evaluacion preanestésica registrada en la historia clinica, plazo 30 días.
ATQ 3-5		El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido	1	se verifica el Reporte de Sala de Recuperación (Hoja postanestésica) < 80% registradas en HCl (10) seleccionadas .	CORTO :La jefatura del Centro Quirurgico. . Debe cumplir Con la informacion del monitoreo postoperatorio completa al 100%, plazo 30 días.
ATQ : 3-6	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.	1	se verifica que no cuenta con informe de POI del tercer trimestre, reporte de tasas de cirugías suspendidas , pero no se toman acciones correctivas.	MEDIANO :La jefatura de Anestesiologia y centro quirurgico deberan analizar la Tasa de la Cirugia suspendidas del tercer trimestre y realizar los informes para conocimiento a la Direccion y la oficina de Calidad con las medidas correctivas implementadas y socializadas, plazo 60 días.
ATQ : 3-8		Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.	1	se cuenta con Registros mensuales de las tasas de complicaciones de eventos adversos intra y postoperatorios presentan a estadística no se evidencia Informe/actas de implementación de medidas correctivas	MEDIANO :La jefatura de Anestesiologia y centro quirurgico deberan analizar la las tasas de complicaciones de eventos adversos intra y postoperatorios del tercer trimestre y realizar los informes para conocimiento a la Direccion y la oficina de Calidad con las medidas correctivas implementads y socializadas, plazo 60 días.
ATQ : 3-10		Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.	1	se Informa mensual las reintervenciones a estadística, pero no se informa de la implementación de medidas correctivas.	CORTO :La jefatura de Cirugia y ginecobstetricia debera contar con el Registro y analisis de las reintervencion inmediatas y tardías, elevar informe a la Direccion y oficina de Calidad con la implementación de las medidas correctivas y su socializacion, plazo 30 días.

ATQ : 3-11		Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.	0	no se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en el centro quirúrgico.	CORTO : La jefatura de Enfermería en coordinación con el comité de la plataforma de atención al usuario debe realizar la satisfacción del paciente atendido en EL CENTRO QUIRURGICO, plazo 45 días.
ATQ : 4-1	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 se : Realizar evaluaciones periódicas y no se Informa de auditorías de la calidad de atención ó evaluaciones no se tiene Informes de la implementación de las medidas correctivas trimestral de las 5 patologías del último trimestre 2021	MEDIANO :la jefatura de oficina de calidad en coordinación con el comité de auditoría deberá elaborar informes de auditorías de la calidad de atención y socializarlo a los servicios involucrados para la implementación d las medidas correctivas, plazo 60 días.
ATQ : 4-2		El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.	0	no se cuenta con proyectos de mejora.	MEDIANO A LARGO : la jefatura de la oficina de Calidad en coordinación con el comité de auditoría y proyectos de mejora deberán elaborar proyectos de mejora producto de las auditorías, plazo 90 días.
ATQ : 4-3		El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	0	no se cuenta con documento oficial de la Política de Confidencialidad respecto a la información del paciente.	MEDIANO :La sub-Dirección y el comité asistencial deberán elaborar el documento que establece los mecanismos de implementación de la política de confidencialidad, respecto a la información del paciente el cual deberá ser elevado a La DIRECCION Y A LA OFICINA DE CALIDAD PARA SU APROBACION Y SOCIALIZAR EN UN PLAZO 60 DIAS.

**MACROPROCESO : ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)**

**AREAS INVOLUCRADAS : MEDICOS JEFES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y CONSULTORIOS EXTERNOS, COMITÉ DE CAPACITACION, LABORATORIO, ESTADISTICA , RADIOLOGIA, UNIDAD DE SEGUROS, JEFATURA DE ENFERMERIA, JEFATURA DE OBSTETRICIA. COMITE DE SERVQUAL.**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ADT : 1-1	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.	1	Cuenta con RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Algunos servicios. No se tiene Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MEDIANO :el jefe del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento , Laboratorio, Radiología, Farmacia, deberán aplicar y socializar las normas y guías de procedimientos en todos los servicios , plazo 45 días.
ADT : 1-2		Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad	1	cuentan con programas de calidad de algunos equipos , otros no están actualizados por falta de reactivo . No cuenta con Informes de la Evaluación de programas de Calidad en forma trimestral . No se Socializa a todo el personal del servicio.	MEDIANO :Los jefes del servicio de Apoyo al Diagnóstico : jefe de Farmacia , Radiología, Laboratorio deberán elaborar informes, que muestren los resultados del programa de control de calidad y su implementación en todos los servicios su funcionamiento, , plazo 45 días.
ADT: 2-1	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.	1	cuenta con un cuaderno , consigna tiempo de entrega de resultado , no cuenta con informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos.	MEDIANO :Los jefes del servicio de Apoyo al Diagnóstico : jefe de Farmacia , Radiología, Laboratorio deberán elaborar informes, que muestren Su cumplimiento de los estándares de tiempos definidos. , plazo 45 días.
ADT : 3-1	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 ha desarrollado los indicadores de calidad, desde año 2019 el servicio de Laboratorio, el servicio de Radiología no evalúa. los indicadores.	CORTO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA deberán elaborar un Plan de control de la calidad que contenga indicadores de calidad, relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de la necesidad de los pacientes y oficializar con R.D. PLAZO 30 DIAS.
ADT : 3-2		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.	1	No se cuenta con MAPRO para control de calidad . no se cuenta con informes del programa de control de calidad respecto a los procesos realizados y a la calibración de equipos y mantenimiento de equipos biomédicos en uso.	MEDIANO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA deberán elaborar un MAPRO donde se considere los procesos de control de calidad para todos los servicios, PLAZO 60 DIAS.
ADT : 3-3		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 cuenta con MAPRO para procedimiento que implican riesgo para los pacientes y se realizan de acuerdo a las normas de seguridad , Manuel de Bioseguridad del CENTRO DE HEMOTERAPIA .	MEDIANO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA deberán elaborar un MAPRO para procedimientos que implican riesgo para los pacientes , y estos se realicen de acuerdo a las normas de seguridad, PLAZO 60 DIAS.
ADT: 3-4		El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.	1	cuentan con MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo pero no se aplica a todos.	MEDIANO A LARGO :la jefatura de Farmacia , aplicar la Farmacoterapia y elaborar un informe de reportes el programa de control de calidad y la calibración de equipos, plazo 90 días.

ADT : 3-5		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 ha calificado la demanda no atendida en el servicio de Laboratorio, Radiología, Farmacia.. No se cuenta con Informe trimestral y analisis de la demanda no satisfecha no se cuenta con Plan de Implementacion de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	MEDIANO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA , debere cuantificar, analizar trimestralmente, y tomar medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimiento y servicios , plazo 60 dias.
ADT : 3-6		Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen.	0	No cuenta con Plan de Capacitacion del personal de los servicios de apoyo No presenta Informe de Capacitacion al personal del servicio de Apoyo al diagnostico y tratamiento no se Realizo la Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	CORTO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA , debere coordinar, ejecutar y documentar las capacitaciones para el personal, asegurando el cumplimiento de las capacitaciones programadas , asi mismo la jefatura debere monitorear el cumplimiento de las condiciones para la toma de muestra o preparación para los procedimietnos, plazo 30
ADT : 3-7		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	se cuenta con Registro de eventos adversos en el servicio pero no realizan su analisis respectivo. no cuentan con Plan de implementacion de medidas correctivas para la disminucion de eventos adversos en el servicio No hay Seguimiento/monitoreo del plan de implementacion	CORTO :El jefe del servicio de Laboratorio, Radiología , FARMACIA , debere realizar el analisis de eventos adversos presentados y desarrollar su plan de implementacion de medidas correctivas . plazo 30 dias.
<b>MACROPROCESO : ADMISION Y ALTA (ADA)</b>				<b>AREAS INVOLUCRADAS : ESTADISTICA E INFORMATICA, JEFES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION, EMERGENCIA Y CONSULTORIOS EXTERNOS,, JEFATURA DE ENFERMERIA, JEFATURA DE OBSTETRICIA. COMITE DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS. COMITÉ SERVQUAL.</b>	
Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ADA : 1-1	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	No cuenta con la norma tecnica para almacenamiento y respaldo de informacion procesada . El comité de historias clínicas no tiene actividades que evidencien los cambios de acuerdo a la normatividad vigente. Falta solicitar del sistema galenho.	CORTO :La jefatura de Estadística e informatica debere actualizar la R.D. Del sistema de Galenho,plazo 30 dias.
ADA : 1-3		El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.	1	El procedimiento de proceso diario de recojo o archivamiento de historias clínicas, no cuenta con un informe trimestral de problemas detectads en las entradas y salidas de historia clinica, se debe considerar de manera urgente formalizar su MAPRO para mejorar los aspectos determinantes del uso, archivamiento y manejo adecuado de Historias clínicas. No Cuenta con libro de actas donde ven la problematica de admision . solo ccuenta con lista de pacientes.	MEDIANO :La jefatura de Estadística e informatica debere elaborar reportes trimestrales de la identificacion de problemas detectados en el proceso de recojo/archivo (entradas y salidas) de historias clínicas, plazo 60 dias.
ADA 1-4		El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	1	El procedimiento es de conocimiento solo del servicio no se ha difundido . El area de PAUS publica en pizarra programacion de especialidades, se informa siempre al paciente que lo solicite .	CORTO :la jefatura de Estadística e informatica debere establecer oficialmene y difundir el procedimiento para la obtencion y entrega de citas en admision ( horarios, costos), plazo 30 dias.
ADA: 1-5		Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.	0	no cuenta con RD el Plan de Capacitacion del area de admision. No se tiene Informes de Capacitacion al personal del area solo acta. Entrevista al personal de admision Capacitado en el area de administracion. Como evidencia < 60%.	CORTO .la jefatura de Estadística e informatica debere implementar el plan de capacitacion anual para el fortalecimiento de competencias de su personal a cargo y realizar informes trimestrales del cumplimiento del mismo, plazo 30 dias.
ADA : 2-1	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.	1	solo cuenta con Libro de actas de reunion sobre las identificacion de necesidades de atencion por parte del personal de admision se identifica las necesidades de atencion pero sin enfoqe intercultural.	CORTO .la jefatura de Estadística e informatica debere elaborar informes mensuales de la identificacion de las necesidades el proceso de atencion , plazo 30 dias.
ADA 2-3		Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución	1	Estudio de Tiempos en Consultorio Externo lo realizo la oficina de calidad en coordinacion con el area de PAUS. En proceso de Implementacion de proyectos de mejora según resultados de estudio realizado	MEDIANO : la jefatura de Calidad en coordinacin con el Área de PAUS debere continuar registrando y monitorear el tiempo de espera del usuario externo en admision, elevar la informacion a Direccion para las correcciones respectivas, plazo 60 dias
ADA : 2-4		Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución	0	no se reporte el registro virtual de las citas que no se atienden, no se tiene la medicion de demanda no atendida en consulta externa (incluye desercion).	MEDIANO :La jefatura de estadística e informatica en coordinacion con el area de PAUS , oficina de calidad elaborar el porcentaje de usuarios no atendidos luego de haber obtenido una cita y analizar si los niveles estan acordes a lo establecido por la institucion, plazo 60 dias.

ADA : 2-5		Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida	1	existe registro virtual de las citas que se atienden, faltando el reporte de medicion de demanda no atendida en consulta externa ( incluye numero de atenciones mas adicionales.	MEDIANO :La jefatura de estadística e informática en coordinación con el área de PAUS , oficina de calidad elaborar el porcentaje de usuarios atendidos de acuerdo a la programación establecida y analizar si los niveles están acordes a lo establecido por la institución, plazo 60 días.
ADA : 2-6		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 cuenta con Libro de registro de manual o electrónico de citas atendidas en el EESS no cuenta con Informe y análisis de datos del libro de registro de citas	CORTO :jefatura de estadística e informática y comité de Historias clínicas, deberá monitorear el porcentaje de reprogramación de citas e informar a la Dirección ,plazo 30 días.
ADA : 2-7		Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados	0	no se realizar el control de calidad de las historias clínicas . No cuentan con el Plan de Auditoría de Historia Clínicas del HACRS NO Cuentan con Informe de Auditoría de Historias Clínicas según normatividad	MEDIANO :jefatura de estadística e informática y comité de Historias clínicas, deberá realizar el control de la calidad de las Historias clínicas, e informar en forma trimestral, plazo 45 días.
ADA : 2-8		Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	1	se realizo la Encuesta de satisfacción del usuario externo respecto a la información recibida durante el atención en farmacia, porcentaje entre 60 a 80%. No se cuenta con Implementación de proyectos de Mejora	CORTO :la jefatura de calidad en coordinación con los responsables del proceso de admisión y jefaturas de servicios de Hospitalización, emergencia , consultorios externos , FARMACIA , REFCON, deberán fortalecer la información y las acciones que intervienen en el proceso de altas, plazo 30 días.
ADA 3-1		Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple.	0	No se tiene el proceso documentado de alta. documento oficial Falta Informe de monitoreo del proceso de alta. No se tiene Resultados de la aplicación de la Lista de chequeo en función al procedimiento.	CORTO :jefatura de estadística e informática deberá implementar el proceso documentado de alta , implementr flujogramas y socializar a los servicios para la información al usuario , plazo 30 días.
ADA : 3-2	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	los servicios no cuentan con reportes /registro de estancias hospitalarias prolongadas . no se Informa en forma mensual de estancias hospitalarias prolongadas ocurridos en el servicio. no se tiene Informe de Evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio	CORTO :La jefatura de estadística e informática deberá remitir la información mensual y coordinar con los servicios de hospitalización , emergencia, analizar y tomar medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en los servicios, plazo 30días.
ADA : 4-1	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	1	Se Fomenta al usuario pero no se dan facilidades , no se aplica el Mecanismos de escucha en pacientes hospitalizados.	CORTO :La jefatura de Enfermería, JEFES DE servicios, deberá brindar aplicar el mecanismo de escucha en pacientes hospitalizados, plazo 30 días.

**MACROPROCESO : REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (RCR)**

**AREAS INVOLUCRADAS : UNIDAD DE SEGUROS. RECON, PROMSA. RELACIONES PUBLICAS.**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
RCR 2-1		Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.	0	Cuenta con Rol de programación de personal a cargo del traslado del paciente , pero no es conocido por todo los responsables.	CORTO :La jefatura de Referencias y contrarreferencias deberá informar a los responsables de su programación del traslado de paciente y previo conocimiento a los servicios, plazo 30 días.
RCR 2-2		Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas.	1	La Unidad móvil para el traslado del paciente se evidencia no esta equipado según normatividad vigente cuenta con Rol de programación de choferes no se cuenta con Libro de registro de operatividad de la unidad de transporte.	MEDIANO :La jefatura de Unidad de Segurs en coordinación con la jefatura de Referencias y contrarreferencias deberá coordinar con la jefatura de Emergencia la implementación de las unidades de ambulancia con los medicamentos e insumos básicos requeridos según norma técnica, y coordinar con el área de Farmacia para el aseguramiento del buen almacenamiento y conservación de los medicamentos dentro de la ambulancia. asimismo, se deberá contar con el informe de la calibración de equipos. plazo 60
RCR : 3-1	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos.	1	Presentar el informe de capacitación al personal de Psicología , no cuenta el responsable del SRCR ó Certificados de capacitación en el SRCR  Informe mensual de avance y seguimiento del SRCR	CORTO : la jefatura de unidad de Seguros deberá realizar el informe de identificación y análisis de aspectos críticos del SRCR y con ello se deberá elaborar el proyecto de Mejora, asimismo solicitar capacitación con constancias que acrediten su participación y/o asistencia, plazo 30 días.

RCR : 4-1	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables.	0	NO IMPLEMENTAR Y OPERATIVIZA EL Documento oficial que contiene el sistema de vigilancia comunitaria	CORTO .la jefatura de unidad de Seguros debere coordinar con el SRCR para implementar el sistema de vigilancia comunitaria en salud, plazo 30 dias.
RCR : 4-2		El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.	0	NO se cuenta con el Registro oficial de los agentes comunitarios activos. Falta Reportes de referencia comunal realizados por los ACS	CORTO .la jefatura de unidad de Seguros debere coordinar con el SRCR para implementar Agentes comunitarios para que apliquen los procedimientos para la Referencia comunal. plazo 30 dias.
RCR : 4-3		El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrarreferencia comunal y las registra.	0	no se cuenta con Formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal,	CORTO : la jefatura de unidad de Seguros debere coordinar con el SRCR para implementar los formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal . plazo 30 dias.

<b>MACROPROCESO : GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)</b>			<b>AREAS INVOLUCRADAS : UNIDAD DE FARMACIA . UNIDAD DE LOGISTICA.</b>		
---	--	--	---	--	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GMD 2-1	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.	1	cuenta Reporte de los indicadores de Buena Prescripción . Falta Informe de evaluacion mensual de la aplicación del manual de buenas practicas de prescripción	CORTO :La jefatura de Farmacia debere aplicar y evaluar su cumplimiento según las normas de prescpicion. Plazo 30 dias.
GMD 2-2		El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación.	0	Reporte de los indicadores de Buena dispensación . Informe de evaluacion mensual de la aplicación del manual de buenas practicas de dispensación	:CORTO La jefatura de Farmacia debere aplicar y evaluar su cumplimiento según las normas de Dispensacion . Plazo 30 dias.
GMD : 2-4		El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de informacion al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación	1	se Aplicar lel formato oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación. FALTA implementar e Informar Materiales y medios de información al usuario a utilizar.	CORTO .La jefatura de Farmacia debere implementar el formato o Triptico de informacion sobre Dispensacion , Plazo 30 dias.
GMD 3-4	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	El establecimiento de salud garantiza la capacitacion del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	0	No Informe de capacitacion al personal de farmacia, solo actas de induccion al nuevo personal que ingresa al servicio de Farmacia no se ccuenta con Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia	MEDIANO .La jefatura de Farmacia debere elaborar un Informe Semestral de Capacitacion al perdoal de farmacia a finde cumplir con un porcentaje mayor 80% del personal capacitado sobre los procedimientos de farmacia, plazo 90 dias.
GMD : 3-5		El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de items necesarios para el funcionamiento de servicios criticos (ej. emergencia, centro obstétrico).	1	Cuenta con Reporte diario de Normostock en los servicios criticos del EESS No se Informa de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos en servicios criticos.	CORTO :La jefatura de Farmacia debere monitorizar el normostock de los servicios criticos y presentar el informe trimestral a los servicios criticos, plazo 30 dias.

<b>MACROPROCESO : GESTION DE LA INFORMACION (GIN)</b>			<b>AREAS INVOLUCRADAS : JEFES DE SERVICIOS, ESTADISTICA , LOGISTICA, PLANIFICACION, RELACIONES PUBLICAS, COMITÉ MEJORA CONTINUA.</b>		
---	--	--	--	--	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GIN 1-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.	1	solo se tuvo con servicio de emergencias en Identificar las necesidades en el servicio, se evidencia con Actas de Reuniones no se identifico de otras areas admnistrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de informacion con el equipo de Estadística e informatica o su similar en el HACRS	CORTO : LA jefatura de estadistica e Informatica debe participar en los servicios de hospitalizacion, emergencia en la identifiacions de las necesidades de informacion , plazo 30 dias.
GIN 1-5		El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	0	no cuenta con Informe de capacitacion sobre gestion de la informacion del personal del área . No se tiene Constancias o certificados de capacitación del personal del área . .	MEDIANO :LA jefatura de estadistica e Informatica debere llevar a cabo capacitaciones sobre gestion de la informacion y documentar las constancias del mas de 90% del personal de su unidad, plazo 45 dias.
GIN 1-6		El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.	0	no cuenta con MAPRO de procedimientos aprobados con R.D. No se Informa a todo el personal y no presenta actas de reuniones .	CORTO :el jefe de la Unidad de Estadística e Informatica debere elaborar el MAPRO de su unidad, plazo 30 dias.

GIN 1-8		La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	1	solo cuenta Reportes mensuales del monitoreo del sistema de gestion de la informacion de estrategias , falta hospitalizacion . Monitoreo del 60%.	CORTO :El jefe de la Unidad de Estadística e Informática debiera elaborar los reportes mensuales del monitoreo del sistema de gestion de la informacion de las unidades organicas y funcionales, plazo 30 dias.
GIN 2-1	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.	1	Cuenta con MAPRO sin R.D. QUE identifica aspectos críticos de la gestion de la informacion	MEDIANO :El jefe de la unidad de estadística en coordinacion con el area PAUS, debiera identificar los aspectos críticos de la gestion de informacion y elaborar un plan de trabajo para la implementacion del PMC de la informacion, plazo 60 dias.
GIN 2-2		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	No se cuenta el MAPRO de aplicación de metodo formal y permanente de gestion de la informacion considerando la RECOLECCION, PROCESAMIENTO , ANALISIS Y EVALUACION DE RESULTADOS.	CORTO :el jefe de la unidad de estadística e informática en coordinacion con las areas usuarias de los sistemas de informacion deberan elaborar un plan de trabajo en base a los reportes de los productos de cada fase del metodode gestion de la informacion, plazo 30 dias.
GIN 3-1	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.	1	cuenta con Reportes, web, boletines, otros i para los servicios de la IPRESS  Falta Acta de reuniones De retroalimentacion de la informacion difundida al personal de los servicios y áreas.	MEDIANO :el jefe de la unidad de Estadística e informática en coordinacion con la responsable de Relaciones publicas deberan tener la evidencia documentaria de los mecanismos de difusion, reportes en la web, boletines, y otros para los servicios y areas del HACRS, plazo 45 dias.
GIN 3-2		Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	0	No se participa en los servicios de sus reuniones mensuales para el analisis de informacion. No cuenta : informes tampoco Acta de reuniones .	MEDIANO :la jefatura de Estadística e Informática coordinar con las jefaturas de servicios para generar espacios participativos de analisis de informacion, presentar el informe trimestral via Direccion, plazo 45 dias.
GIN 3-3		El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.	0	no se brinda Informacion de proyectos de mejora continua de informacion actualizada del primer semestre , publicada en , pagina web, etc de la IPRESS.	MEDIANO :La jefatura de la unidad de estadística e informática en coordinacion con la oficina de Calidad debiera publicar en el portal web institucional la informacion actualizada del primer semestre sobre los proyectos de mejora continua, Directivas , plazo 45 dias
GIN 3-4		Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.	0	en proceso de los resultaos de la Encuesta semestral de la percepcion del usuario interno sobre el manejo de informacion	CORTO :la unidad de estadística e informática debiera realizar las coordinacion con la unidad de Recursos Humanos y oficina DE Calidad para cumplir con el Estudio del Clima organizacional y realizar las mejoras , plazo 30 dias.

**MACROPROCESO :  
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y  
ESTERILIZACION (DLDE)**

**AREAS INVOLUCRADAS : JEFES DE SERVICIOS, EPIDEMIOLOGIA, CENTRAL DE ESTERILIZACION, LIMPIEZA, LAVANDERIA, SANEAMIENTO AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL, RECURSOS HUMANOS. JEFATURA DE ENFERMERIA, JEFATURA DE OBSTETRAS.**

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
DLDE : 1-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de decontaminacion, 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 esta proceso.	1	Se cuenta con el I Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria MINSA/OGE/VIGIA aprobaa con R.M.N 1472-2002-SA/MINSA a todo el personal del servicio. no es conocido por el personal.	MEDIANO :El Responsable del Central de Esterilizacion. Servicio de Limpieza. Servicio de Lavandería. Debera realizar la capacitacion a todo el personal para su aplicacion correcta. , Y presentar el informe respectivo plazo 45 dias.
DLDE : 1-2		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	no cuenta el MAPRO de procedimientos de Limpieza y Desinfección de los ambientes. No se Recibio la capacitacion al personal del area responsable.	MEDIANO : el Responsable del Central de Esterilizacion. Servicio de Limpieza. Servicio de Lavandería. Comité de Capacitacion. Responsable de Saneamiento Ambiental. Debera implementar el MAPRO Aprobado con R.D. Socializar a todo el personal e informar via Direccion, plazo 45 dias.
DLDE : 1-3		El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.	1	Cuenta con Existencia del Servicio de Central Esterilizacion , sin R.D..	CORTO : El Responsable de Epidemiología. Jefes de Limpieza, Central de Esterilizacion Servicio de Lavandería. Responsable de Saneamiento Ambiental. Debera realizar flujogramas de los procesos de limpieza, desinfeccion y esterilizacion de materiales y equipos. plazo 30 dias
DLDE : 2-1	Se realizan los procesos de decontaminacion, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas.	1	se cuenta con responsable de Salud Ocupacional, no se cumple con las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional aprobado con R.D. no cuenta con Informe de supervision al personal de servicio sobre medidas de	CORTO :El equipo tecnico de Seguridad del TRABAJO DEBERA aplicar el Manual de Salud Ocupacional , verificar su cumplimiento según las disposiciones, supervisar al personal de cada servicio sobre medidas de proteccion de bioseguridad, plazo 30 dias.
DLDE : 2-3		Se empaqa y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.	1	No se cumple con el MAPRO de empaque y esterilizacion de material , sin aprobacion RD	CORTO :la responsable de Central de Esterilizacion debiera monitorizar al personal sobre su cumplimiento del MAPRO DE empaque y esterilizacion y deber ser aprobado con R.D., plazo 30 dias.
DLDE : 2-4		El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.	0	no se Realizar el monitoreo de cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfeccion y Esterilizacion. no refieren la aplicacion de los controles ,	CORTO :la responsable de Central de Esterilizacion debiera capacitar al personal del servicio para su cumplimiento de los controles físicos, químicos y biológicos en la esterilizacion de materiales y equipos, plazo 30 dias.

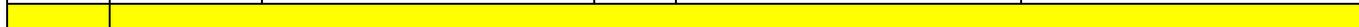
DLDE : 2-5		Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.	0	Cuentan con Libro de Registro de ocurrencias de Control de Daños y perdidas de materiales y equipos no se presenta Informe de supervision Mensualizado del libro de registros de los procedimientos de esterilizacion.	C: la responsable de Central de Esterilizacion debera implementar un sistema de control de daños perdidas de materiales y equipos en cada area de esterilizacion y registrar en cada procedimiento de esterilizacion, plazo 30 dias.
DLDE : 2-6		Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.	1	los servicio no Registran pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa no se informa mensual del registro	CORTO :Las jefaturas de Enfermeria de los diferentes servicios de hospitalizacion y jefatura de Obstetricia , debera implementar un registro de enseres de cama y ropa , informar trimestralmente, plazo 30 dias.
DLDE : 3-1	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.	1	Esta protegido el personal entre el 60%. No se tiene informes.	CORTO :El equipo tecnico de Seguridad del TRABAJO DEBERA rar un informe semestral de supervision al personal que realiza la recoleccion y lavado de la ropa y enseres, determinando el porcentaje del cumplimiento e las disposiciones del manual de Salud Ocupacional, plazo 45 dias.
DLDE : 3-2		Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	1	el personal describe el procedimiento pero no cuenta el MAPRO de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada no recibieron Capacitacion el personal del area responsable.	MEDIANO :el jefe de la unidad de servicios generales debera elaborar el Manual para el tratamiento de la ropa contaminada , y debe ser aprobada con R.D., PLAZO 45 DIAS.
DLDE : 3-3		Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.	0	No se cuantifica el porcentaje de reclamos, no se tiene Informe de las medidas correctivas implementadas. No cuentan con Libro de ocurrencias	CORTO :el jefe de la unidad servicios generales debera implementar un cuaderno de registro de reclamos en el servicio de lavandería, asi como un informe mensualizado reportando las medidas correctivas implementada, plazo 30 dias.
DLDE : 3-4		Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	0	no se conocen las normas. de almacenamiento de cama y ropa . No cuentan con informe.	CORTO :el jefe de la unidad servicios generales debera elaborar un documento tecnico oficial de almacenamiento de enseres de cama y ropa de pacientes, plazo 30 dias.
DLDE : 4-1	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas especificas.	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	1	el personal de Limpieza esta vestido y protegido entre el 60%. No cuentan con Informe del cumplimiento de las disposiciones del Manual de salud ocupacional y el manual de manejo de residuos solidos .	CORTO :el jefe de la unidad de servicios generales debera supervisar el cumplimiento de las dispersiones de los manuales de salud ocupacional y el de manejo de residuos solidos hospitalarios en el personal de limpieza plazo 30 dias.
DLDE : 4-2		El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.	1	cuenta con procedimientos del manejo de Residuos solidos. Pero no aplica para algunas fases, los servicios conocen la Norma tecnica parcialmente.	CORTO :el jefe de la unidad de servicios generales en coordinacion con el area de Salud Ambiental de la unidad de Epidemiologia debera reforzar permanentemente el MAPRO sobre Manejo e Residuos solidos hospitalarios ,presentar el informe , plazo 30 dias.
DLDE : 4-3		La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.	0	no se participo en elaborar normas de Limpieza.CORTO :no cuentan con el Informe de las actividades del comité de IAAS, no adjunta Actas de reunion del Comité de IIH. No se tiene Informes de supervision de los procesos de Limpieza.	CORTO :el responsable del area de salud Ambiental debera formentar reuniones con la participacion del Comité de IIH y personal de enfermeria y obstetricia para la elaboracion y supervision de aplicacion de las normas de limpieza plasmando en libro de actas, plazo 30 dias.
DLDE : 4-4		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.	1	se aplico la :Encuesta de percepcion al usuario interno y externo. Resultados no aceptables.	CORTO :el responsable del area de salud Ambiental debera formentar reuniones con la participacion del Comité de IIH y personal de enfermeria y obstetricia para la implementacion de acciones de mejora., plazo 30 dias.



<b>MACROPROCESO : MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)</b>	<b>AREAS INVOLUCRADAS : SERVICIO SOCIAL. UNIDAD DE ECONOMIA</b>
--	---

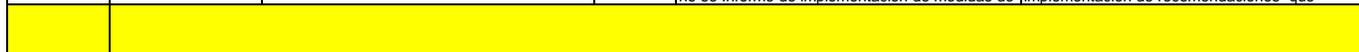
Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OPORTUNIDAD DE CUMPLIMIENTO	AREA INVOLUCRADA
MRS : 1-2		El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.	1	Realiza cada mes el control de Calidad de las Fichas de Evaluacion socioeconomica falta Informe/Reporte mensuales de control de calidad de Fichas de evaluacion socioeconomica.	CORTO :La jefatura de Servicio Social debera elaborar y remitir un informe mensual de Control de calidad de las Fichas de Evaluacion socioeconomica (analisis, conclusiones y recomendaciones), plazo 30 dias.
MRS 1-3		El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	1	Cuenta con equipos de computacion con internet, no se tiene informe de ka verificacion del cruce de informacion con EsSALUD y RENIEC	MEDIANO :La jefatura de Servicio Social debera .Gestionar o coordinar la instalacion con Estadistica , el sistema de ESSALUD y RENIEC a los Equipos de Computacion con internet , plazo 60 dias.

MRS 2-1	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.	1	cuenta con Libro de registro manual de Exoneraciones a población pobre y en pobreza extrema que no cuenta con SIS No cuenta con Informe de captación de pacientes pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS	CORTO :La jefatura de Servicio Social debiera presentar el informe de captación de pacientes pobres y en extrema pobreza a la Dirección con atención a unidad de seguros para el beneficio, plazo 30 días.
MRS 2-2		Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.	0	se verifica que el tarifario institucional no ha sido actualizado .adecuado a la política del MINSA.	MEDIANO .la jefatura de Economía del HACRS debe actualizar el Tarifario Institucional de acuerdo a las Políticas del MINSA , plazo 60 días.



<b>MACROPROCESO : NUTRICION Y DIETETICA (NYD)</b>	<b>AREAS INVOLUCRADAS : JEFATURA DE NUTRICION, RECURSOS HUMANOS,COMITÉ DE CAPACITACION, JEFES DE SERVICIOS, RESPONSABLE DE CONSULTORIOS DE NUTRICION.</b>
---	---

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
NYD 1-1	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.	1	CUenta cpm MAPRO de Nutricion sin R.D. de acuerdo a la normatividad vigente. No se Socializo a todo el personal del servicio.no se tiene Informes de los participantes.	MEDIANO :la jefatura del servicio de Nutricion y Dietetica debe culminar el proceso de oficializacion del MAPRO, actualizado , asi como el manual de buenas practicas de manipulacion de alimentos a fin de garantizar una atencion de Nutricion y dietetica, segun norma, plazo 60 dias.
NYD 1-2		Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.	1	Presento Plan de capacitacion del servicio de nutricion y dietetica con Informe 004-2021. no se tiene Informes de Capacitacion y listas de asistencia. Revisión de legajo.	MEDIANO .el jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debe contar con el legajo actualizado de todo el personal a su cargo y presentar el informe trimestral, plazo 60 días.
NYD 1-3		Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.	1	se ha determinado el horario , falta l Documento oficial que aprueba horarios de distribución de dietas según establecido cuenta con Reportes de distribución de dietas	CORTO .el jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debiera elaborar y socializar un documento oficial que prueba el horario de distribución de dietas, plazo 30 días.
NYD 1-4		El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.	1	no cuenta los servicios la norma de manipulación de alimentos, Manual de Manipulacion de alimentos oficial de acuerdo a normatividad vigente. no Presentan Informes trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos	MEDIANO .el jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debiera continuar con el proceso de elaboracion del Manual de Normas y procedimiento para la atencion nutricional y dietetica, gestionar su aprobacion oficial , asimismo, realizar el informe trimestral de la supervisión de la Manipulacion de alimentos, plazo 60 días.
NYD 1-5		El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	1	No cuentan Manual de Buenas practica de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles aprobada con R.D. Aplicar el check list y Socializar a todo el personal del servicio.	CORTO :El jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debiera continuar su elaboracion, revision, actualizado y aprobacion oficial del Manual de Buenas Practicas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles, monitorizar su cumplimiento de dichas practicas, plazo 30 días.
NYD 1-6		El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.	0	no cuenta el consultorio de Nutricion con el Cronograma de actividades de informacion al usuario sobre requerimientos nutricionales no se Cuenta con material de informacion (dípticos cartillas,etc) NO CUENTA con informe de resultados de Encuesta a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimientos nutricionales. em relación a sus necesidades , adjuntando el instrumento aplicado	CORTO : el jefe del Servicio de Nutricion y Dietetica deber contar con mecanismos oficiales de informacion y educacion a los usuarios y familiares sobre sus requerimientos nutricionales para garantizar esta actividad diaria en hospitalizacion y consultorios, plazo 30 días.
NYD 2-1	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	El servicio de nutricion cuenta con un listado de regimenes estándar por patologias prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.	0	no cuenta con el Listado de regimenes dieteticos estandar por patologias prevalentes. Debe ser aprobado con R.D. Y Ser socializado al personal del servicio. Informe trimestral de lo ejecutado.	CORTO en jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debiera hacer oficial el listado de regimenes dieteticos estandar por patologias prevalentes detallado por composicion de nutrientes, prescripciones dieteticas y menus diarios, plazo 30 días.
NYD 2-3		El profesional de nutricion efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.	0	No se cumple al 100% de visitas por el profesional de nutricion a los pacientes con dietas especiales .NO se presenta el informe mensual de su cumplimiento adjuntando el total de visitas.	CORTO el jefe del servicio de Nutricion y Dietetica debiera contar en su servicio con el Registro diario de visitas efectuadas por el profesional de nutricion a los pacientes con dietas especiales debiendo identificarse con los pacientes y explicarles las dietas especiales a
NYD 2-4		Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	1	cuenta con Buzon de sugerencias en areas visibles cuentan con Libro de registro manual o electronico de reclamaciones efectuadas por los usuarios no cuenta Informe mensualizado no se Informe de implementacion de medidas de	CORTO :el jefe del servicio de Nutricion y Dietetica , mejorar la visibilidad de los carteles o avisos, de buzón de sugerencia en el comedor, debiera elaborar informes de sugerencias registradas en forma mensual por parte de la responsable de PAUS, asimismo, informar la implementacion de recomendaciones que



<b>MACROPROCESO : GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)</b>	<b>AREAS INVOLUCRADAS : JEFATURA DE LOGISTICA, RESPONSABLE DE ALMACEN.</b>
---	--

Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GIM 1-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	0	NO cuenta con RD que aprueba los Lineas de accion para el requerimiento y adquisicion de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente	CORTO : el jefe de la unidad de Logistica debe implementar el plan anal de aadquisiciones aprobado con R.D., aprobacion de formatos de especificaciones tecnicas y terminos de referencia. Contar con lineamientos de accion oficial para el requerimeto o adquisicion de insumos o material de acurdo a normatividad vigente, plazo 30 dias.
GIM 1-3		Se tienen establecidas y se aplican medidas de proteccion de insumos y materiales por el personal de almacén central.	1	no se cuenta con el Manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de insumos y materiales debe ser aprobado con R.D. no cuenta con Informe de implementacion de las recomendaciones el cumplimiento del manual de buenas practicas de almacenamiento lo realiza por experiencia , . presenta el informe , no se analiza los resultados , propuestas de mejoras.	MEDIANO : el jefe de la unidad de Logistica debiera elaborar el Manual de Buenas practicas de Almacenamiento de Insumos y materiales de Almacen Central de acuerdo a la normativa vigente, para su aprobacion con RD y socializacion correspondientes, plazo 30 dias. la jefatura de Farmacia en coordinacion con responsable del amacen especializado de mdicamentos e insumos deberan actualizar el Manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de medicamentos e insumos y gestionar la RD correspondiente, plazo 60 dias. el responsable de Almacen central en coordinacion con las areas involucradas deberan realizar la verificacion con lista de chequeo del cumplimiento de las Buenas Practicas de Almacenamiento de medicamentos e insumos
GIM 1-4		Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	0	no se ha establecido procedimientos de control. Presenta el area almacen procedimientos, faltando resentar informes del primer semestre 2021.	CORTO .la jefatura de Logistica en coordinacion con el responsable de Almacen central y el almacen especializado de farmacia debiera realizar el manual de procedimientos de control de insumos y materiales y ejecutar la verificacion de la lista de chequeo, plazo 30 dias.
GIM 2-1	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	1	cuenta con el requerimiento de los servicios , registro electronico falta Informe de las adquisiiones y cumplimiento de los procedimientos.	CORTO .el jefe de la unidad de Logistica debiera coordinar con las areas involucradas para la emision de los informes de requerimientos de bienes estrategicos e informe de bienes adquiridos según plan de adquisiciones, plazo 30 dias.
GIM 2-3		Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	1	se cumple entre 50 a 80% de las entregas estan acordes a la programacion., no presenta el nforme de evaluacion del libro de registro de entrega de insumos y materiales.	CORTO : el jefe de la unidad de logistica en coordinacion con la jefatura de Farmacia, deberan implemetar el Libro de Registro manual eletrónico que cuantifica el porcentajede entregas de insumos y materiales de acuerdo a la programacion es un plazo de 30 dias, asimismo elaborara los informes trimestrales.

MACROPROCESO : GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)				AREAS INVOLUCRADAS : RESPONSABLE DE PATRIMONIO, MANTENIMIENTO, LOGISTICA, ALMACEN.	
Código/Criterio	Estandar	Criterio	PUNTAJE OBTENIDO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
EIF 1-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la 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 recuperacion de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	1	Plan de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de la Planta Fisica y Servicios Basicos aprobado con R.D. del año 2019 no se evidencia si esta incorporado al POI oficial.el plan . Falta Informe de evaluacion trimestral del Plan.	CORTO :el jefe de Logistica en coordinacion con el responsable de Patrimonio debiera actualizar el plan de mantenimiento preventivo y de recuperacion , verificar la incorporacion al POI, PLAZO 30 DIAS.
EIF 1-3		Se cuenta con personal capacitado para la elaboracion de proyectos de inversion y se elaboran proyectos.	0	NO se Evidencia documentos de capacitacion del personal en Elaboracion de Proyectos de Inversion no se evidencia Proyectos de inversion elaborados.en el ultimo año 2021 , NO socializa a todo el comité de gestion ampliada al momento de la evaluacion.	MEDIANO A LARGO :el jefe de Planeamiento Estrategico debiera garantizar que el personal designado para elaborar proyectos de inversion , cuente con capacitacion actualizadas y monitorear los proyectos de inversion proximos a elaborarse para los siguientes años, plazo 90 dias.
EIF 1-4		El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperacion de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.	0	El responsable del personal designado capacitar en mantenimiento preventivo y de recuperacion de la infraestructura y equipos,y socializar a todo el servicio de la unidad. Presentar el informe adjutando la Relacion de participantes con actas de compromiso para su cumplimiento.	MEDIANO :El jefe de sevicios generales debiera garantizar que el personal a su cargo cuente con capacitaciones relacionadas a sus funciones durante el año año 2021, plazo 60 dias.
EIF 1-7		Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	0	no se cuenta con Manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones electricas, mecanicas y sanitarias no se tiene Informe mensual de los procedimientos realizados de acuerdo con el manual.	MEDIANO .el jefe de servicios generles debiera elaborar un informe trimestral de los procedimientos de mantenimiento (instalaciones electricas, mecanias y sanitarias, etc), según cronograma de actividades , plazo 60 dias.

EIF 1-8		Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	0	no cuenta con Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.. y desconoce el personal. falta Informes trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual	MEDIANO :el jefe de la unidad de servicio generales debera elaborar el MAPRO para el mantenimieto de areas criticas, control y seguimieto de obras, plazo 60 dias.
EIF 1-9		Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	0	no cuentan con el Manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios basicos falta Informe de las actividades realizadas según el manual falta informe de resultados de la Lista de chequeo aplicados del cumplimiento del manual.	CORTO : el jefe de servicios generales debera elaborar el Manual de medidas de buen uso y prevencion de deterioro de los equipos y servicios basicos (agua y enegia electrica) y un informe semestral de la situacion de los equipos y servicios basicos, plazo 30 dias.
EIF 2-3	El establecimiento de salud cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	0	se cuantifica pero las soluciones oportunas son menores de 60%.	CORTO : el jefe de servicios generales debe tener por separado los registros de solicitudes de mantenimiento preventivo y reparativo de infraestructura y de los equipos . Debe contar con un informe trimestral del porcentaje de soluciones opotunas de matenimiento e infraestructura y el resultado debera ser mayor al 80% , plazo 30 dias.