



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
DE TRUJILLO



BICENTENARIO  
PERÚ

LA LIBERTAD 2020

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Trujillo, 20 de Diciembre de 2021

OFICIO N° 1507 - 2021-GRLL-GS-HRDT/OGC/DE

Señora M.C.  
KERSTYN MOROTE GARCÍA DE SÁNCHEZ  
GERENTE REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD  
Presente.-

ASUNTO: ALCANZO INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA  
ACREDITACIÓN DEL HRDT-2021

Por medio del presente me dirijo a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez alcanzarle el Informe de Autoevaluación para la Acreditación del HRDT año 2021, para su conocimiento y fines pertinentes.

Es propicia la ocasión para manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.



REGIÓN LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
M.C. Cesar A. Fernandez Sanchez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
HRDT Hospital Regional Docente de Trujillo

C.c. Archivo  
CAFS/IV/sda  
Folios: (39)  
Reg. Documento:  
Reg. Expediente:

**"Juntos por la Prosperidad"**

Av. Mansiche 795 – Central Teléf. 044-231581 Anexo 229 - Trujillo - Perú  
E-mail: adquisicionhrdt@yahoo.com.pe



**GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD**



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

**INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION  
PARA LA ACREDITACION  
DEL HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE TRUJILLO  
2021**



INDICE

I.	PRESENTACION.....	03
II.	OBJETIVOS.....	04
III.	ALCANCE.....	04
IV.	METODOLOGÍA DE EVALUACION.....	04
V.	EQUIPO EVALUADOR.....	06
VI.	CUMPLIMIENTO DEL PLAN.....	08
VII.	OBSERVACIONES.....	08
VIII.	PUNTAJE ALCANZADO.....	21
IX.	RECOMENDACIONES.....	23
X.	ANEXOS.....	37



## INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HRDT- 2021

### I. PRESENTACIÓN

En los últimos años se han producido cambios en materia de salud, pasando de modelos tradicionales y paternalistas a modelos autogestionarios.

El avance de la tecnología Médica, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que responda a las necesidades que demanda el usuario.

En este contexto y teniendo como meta mejorar la calidad de atención; se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con un enfoque que involucre sus tres dimensiones: humana, técnica y de entorno.

Dentro del sistema, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad; siendo la acreditación un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de Salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

Los estándares establecidos en el instrumento de Acreditación; permiten orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de salud, que influyen en el resultado de la prestación desde una perspectiva de calidad.

Según Norma Técnica de Salud N° 050 –MINSa-DGSP-V.02 (Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo) el Proceso de Acreditación de los Establecimientos de Salud está compuesto de 2 fases:

1. Autoevaluación: De carácter obligatorio por lo menos una vez al año.
2. Evaluación Externa: De carácter voluntario.

Este Proceso de autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional Docente de Trujillo, está a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados. En este contexto el Hospital Regional Docente de Trujillo, considera de suma importancia desarrollar el proceso de autoevaluación con la aplicación de los estándares de calidad de los diferentes macro procesos; que



permitirán identificar nudos críticos y proponer acciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad; por lo que a continuación se pone a su disposición los resultados de dicha autoevaluación en el presente Informe Técnico.

## II. OBJETIVOS:

### Objetivo General

Mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios

## III. ALCANCE:

La Autoevaluación se realizó en Unidades y/o Servicios Productoras del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), evaluándose todos los Macro procesos de Acreditación del Nivel III – 1, según listado de estándares de acreditación.

## IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El equipo de Evaluadores internos del HRDT utilizó diversas técnicas de verificación que les permitió evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación /Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se pueda recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.



5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el HRDT, referencias, normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para el Establecimiento del Nivel III-1, como es el caso del HRDT solo se aplicaron 21 macroprocesos. Consta de criterios de estructura (36%) de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HRDT.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios que se evaluaron en el HRDT:

**RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

	Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1.	Direccionamiento	2	11
2.	Gestión de recursos humanos	4	11
3.	Gestión de la calidad	3	22
4.	Manejo del riesgo de atención	8	50
5.	Emergencias y desastres	3	21
6.	Control de la gestión y prestación	2	15
7.	Atención ambulatoria	4	17
8.	Atención extramural	4	13
9.	Atención de hospitalización	7	26
10.	Atención de emergencias	3	14
11.	Atención quirúrgica	4	24
12.	Docencia e Investigación	2	15
13.	Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14.	Admisión y alta	4	16
15.	Referencia y contrarreferencia	4	13
16.	Gestión de medicamentos	3	15
17.	Gestión de la información	3	14
18.	Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19.	Manejo del riesgo social	2	6
20.	Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21.	Gestión de insumos y materiales	2	8
22.	Gestión de equipos e infraestructura	2	12
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>361</b>



## V. EQUIPO EVALUADOR

Debido a la pandemia y siendo nuestro hospital designado como Hospital Referencia COVID-19 a nivel regional, se tuvo que reconfigurar el equipo de evaluadores internos; puesto que muchos que figuraban se encontraban haciendo trabajo remoto por factores de riesgo.

Quedando conformado el Equipo de Evaluadores Internos de la siguiente manera:

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO
Dr. César Augusto Fernández Sánchez (Director)	1. <b>Direccionamiento</b>	MC. MARIE HERRERA VILOCHE (Evaluador Líder)
CPC Flavio Valencia Méndez	2. <b>Gestión de Recursos Humanos</b>	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES
Dra. Marie Herrera Viloche	3. <b>Gestión de la Calidad</b>	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN
Lic. Luisa Chu Campos	4. <b>Manejo del Riesgo de Atención</b>	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN
Dr. Félix Evangelista Montoya	5. <b>Gestión de Seguridad ante emergencia</b>	MC. MARIE HERRERA VILOCHE
Dra. Rocío Llaque Sánchez	6. <b>Control de la Gestión y Prestación</b>	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP ELIZABETH
Dra. Rocío Llaque Sánchez	7. <b>Atención Ambulatoria</b>	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP ELIZABETH
NO APLICA	8. <b>Atención Extramural ( NO APLICA)</b>	-----
Dr. Manuel Chávez	9. <b>Atención de Hospitalización</b>	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP ELIZABETH
Dr. Antonio Caballero	· <b>Medicina</b>	
	· <b>Cirugía</b>	
Dr. Mickey Quispe	· <b>Gineco-Obstetricia</b>	
Dra Betty Zevallos	· <b>Pediatría</b>	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP ELIZABETH



Dra. Ray Plasencia	Psiquiatría	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP	ELIZABETH
Dr. Félix Evangelista Montoya	10. Atención de Emergencia	MC. MILAGROS TRUJILLO NECIOSUP	ELIZABETH
Dr. Walter Carpio Montenegro	11. Atención Quirúrgica	MC. AUGUSTO TANTALEÁN	SALAZAR
Dr. Edward Nuñez	12. Docencia e Investigación	MC. MARIE HERRERA VILOCHE	
Dr. Julio Vera	13. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MC. ELVA ROSA CRISTINA CARILLO RAMIREZ	
Dra. Rocío Llaque Sánchez	14. Admisión y Alta	MC. MARIE HERRERA VILOCHE	
Dr. Raúl Cantera Chávez	15. Referencia y Contra Referencia	MC. MARIE HERRERA VILOCHE	
Q.F. Julissa Vargas	16. Gestión de Medicamentos	MC. AUGUSTO TANTALEÁN	SALAZAR
Lic. María Luisa Sebastián Vílchez	17. Gestión de la Información	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES	
Lic. Lourdes Reyna Flores	18. Descontaminación, Limpieza y Esterilización	MC. OFELIA GARCIA	
Lic. Pilar Saldaña	19. Manejo del Riesgo Social	LIC. SONIA DEZA ALVA	
Lic. Lilia Rodríguez Hidalgo	20. Manejo de Nutrición de Pacientes	LIC. SONIA DEZA ALVA	
Lic. César Revilla Paredes	21. Gestión de Insumos y Materiales	MC. MARIE HERRERA VILOCHE	
TAP Américo Roldan	22. Gestión de Equipos e Infraestructura	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES	

Al equipo de evaluadores internos se le capacito en diferentes sesiones educativas para luego iniciar el proceso de autoevaluación.





**VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:**

Por la naturaleza dinámica del quehacer hospitalario y en los tiempos de pandemia que nos encontramos fue necesario que el Equipo Técnico de Gestión de la Calidad sea la instancia que realice las actividades preliminares, lo cual incluyó la propuesta inicial, discusión del Plan en sus aspectos generales y elaboración del presente informe; sin embargo el Equipo de Evaluadores Internos tuvo una amplia y decidida participación en el cronograma detallado de visitas y responsables de macroprocesos a ser evaluados, el cual en la Guía Técnica se hace énfasis en el detalle de la interacción evaluado / evaluador de cada macroproceso, siguiendo el cronograma del Anexo 01, del presente informe.

**EJECUCION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION**

La autoevaluación se inició la primera semana y termino en la cuarta semana del mes de julio del 2021.

Cabe indicar que en tiempos de pandemia el cumplimiento del mismo fue estricto y así mismo se tuvieron que tomar las medidas de bioseguridad para los evaluadores internos y evaluados; se tuvo que ceñir a los tiempos y coordinación previa con el área a evaluar.

La presentación del informe técnico de autoevaluación se realizó al equipo de gestión, mostrándose las observaciones y recomendaciones para cada criterio; siendo el único objetivo el de contribuir y realizar la mejora continua de la calidad del HRDT.

**VII. OBSERVACIONES**

Las observaciones desprendidas de la evaluación, por macroprocesos y según criterio, podemos detallar lo siguiente:

**MPC: ADMISIÓN Y ALTA**

<b>Código criterio</b>	<b>Observaciones</b>
ADA1-2	Almacén de HCL en mal estado de conservación
ADA1-3	No se evidencia informes que identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.



ADA1-4	Ausencia de Informes respecto a 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
ADA1-5	Solo el 60% del personal en admisión y alta se encuentra capacitado
ADA 2-1	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; pero no lo implementa
ADA 2-3	Ausencia de registro y monitoreo del tiempo de espera del usuario en admisión.
ADA 2-4	Ausencia de registro y monitoreo del porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.
ADA2-5	Ausencia de registro y monitoreo el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.
ADA2-6	No se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.
ADA2-7	Los resultados de las auditorías de registro no están acorde con los resultados esperados; puesto que no se mejora los ítems.
ADA2-8	La pandemia de COVID 19 no permitió la realización de la encuesta SERVQUAL
ADA3-1	El proceso de alta en el establecimiento se conoce de manera verbal
ADA3-2	La calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos se realizan de manera no sistemática por lo que la calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza parcialmente.
ADA4-1	La pandemia de COVID 19 no permitió la realización de estrategias para toma de sugerencias o quejas en consulta externa, pero si para hospitalización

### MACROPROCESO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Código criterio	Observaciones
ADT1-1	La UPSS de radiología no cuenta con todas las guías de procedimientos para toma de exámenes
ADT1-2	No todos los equipos del servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control y garantía de la calidad
ADT2-1	Se registra parcialmente los tiempos transcurridos entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega de resultados de los exámenes de ayuda y/o apoyo al diagnóstico.
ADT2-2	Se registra parcialmente los tiempos transcurridos entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega de resultados de los exámenes de ayuda y/o apoyo al diagnóstico.
ADT3-1	Se cuenta con algunos indicadores de calidad relacionados con la entrega de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes
ADT3-4	En los informes de evaluación se observa que no se cumple en un 100% el programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del HRDT.



**MACROPROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

<b>Código criterio</b>	<b>Observaciones</b>
ATA1-1	La señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, no se encuentra disponibles en todas las áreas de primer contacto.
ATA1-2	Algunos mensajes relacionados con la cartera de servicios no son comprensibles para los usuarios.
ATA1-4	Se cuenta con un sistema de citas pero debido al deficiente presupuesto no permite cubrir la demanda.
ATA1-5	Se ha desarrollado estrategias de atención preferencial en función al grado dependencia y situación clínica; la cual no es cumplida por todas las áreas.
ATA2-2	Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)
ATA2-3	Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)
ATA2-4	Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)
ATA3-6	Completar al 100% con programas de prevención de las patologías más frecuentes
ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal; pero no están operativos.
ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria; pero ésta no es de manera sostenida ni periódica.

**MACROPROCESO ATENCIÓN HOSPITALARIA**

<b>Código criterio</b>	<b>Observaciones</b>
ATH1-2	Se evidencia diferentes Actas de Reunión de Equipos de Gestión; así como los diferentes Oficios que envían las Jefaturas de los diferentes departamentos y/ servicios que identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución; pero que no se pueden implementar al 100% por falta de presupuesto.
ATH1-3	No se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto; por la pandemia para evitar contagios.
ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente; pero debido a falta de recursos humanos no se ha podido realizar acciones para su disminución.
ATH3-3	En los Informes de departamentos y/o servicios se evidencia que los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización no son auditados



ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de solo 06 patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.
ATH4-2	Se alcanza el 60% de los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.
ATH4-3	Se evidencia que en 30% de las HCL no se implementan las guías de práctica clínica
ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos; pero solo el 70% cumplen las recomendaciones
ATH5-2	No todas las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.
ATH6-1	Se conoce los procedimientos pero no se tiene documentados pero se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.
ATH6-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para la los pacientes internados y de emergencias; pero existen turnos en el mes que no se cubren
ATH7-1	El establecimiento de salud no 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.
ATH7-3	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados; pero no se cumplen al 100%
ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica en 70%
ATH7-6	No se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.
ATH7-7	No se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto por la pandemia

## MACROPROCESO ATENCION QUIRURGICA

Código criterio	Observaciones
ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimiento del centro quirúrgico, el cual no se aplica
ATQ1-3	Cumplimiento del 60% de adherencia a las guías de manejo quirúrgico y anestésico.
ATQ3-2	La evaluación pre anestésica se registra en el 80% en el formato de HCL.
ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto quirúrgico de acuerdo con lo establecido; pero no se encuentra en todas las historias clínicas.
ATQ4-2	El HRDT implementa de manera esporádica proyectos de mejora en centro quirúrgico.
ATQ3-11	No se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y no se conoce si está en el nivel esperado por la institución.



ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatorio y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas, pero no se pueden implementar por falta de presupuesto
ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, y se toman las acciones correctivas; que aún no se cumplen al 100%
ATQ4-1	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas, pero no se pueden implementar por falta de presupuesto

### MACROPROCESO CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION

Código criterio	Observaciones
CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación, pero este año 2020 no se cumplió al 100% por la pandemia
CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución, pero este año 2020 no se cumplió al 100% por la pandemia
CGP2-1	El personal responsable de área y servicios consignados en los comités refieren estar capacitados en un 60% para realizar procesos de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito.
CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido, pero los resultados no son los esperados
CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados no son los esperados para la organización.
CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos no se encuentran en los niveles esperados.
CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos no se encuentran en los niveles esperados.
CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso en casos de muerte materna , pero no en fallecidos
CGP2-3	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores no están dentro de los estándares establecidos para la organización.
CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación pero no se cumple de acuerdo al plan establecido.
CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia, pero cumplen al 60% de adherencia
CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia, pero solo cumple al 70% de adherencia.
CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumplen con el 60% de los estándares establecidos para la organización.



CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora; pero algunos no se pueden aplicar por escasos recursos económicos
CGP2-9	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos solo cumplen con el 60% de los estándares establecidos para la organización.

### MACROPROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Código criterio	Observaciones
RCR1-1	El establecimiento de salud no tiene documentado el proceso de referencias y contra referencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.
RCR1-2	El establecimiento de salud no ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extra institucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta
RCR1-3	El establecimiento de salud no ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la Contrareferencia efectiva.
RCR2-1	No se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.
RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos pero el nivel no es el esperado por la organización.
RCR3-3	No se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud.
RCR3-4	No se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contra referencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.

### MACROPROCESO DIRECCIONAMIENTO

Código criterio	Observaciones
DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación parcial de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.
DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres se encuentran al 60% de los niveles esperados para el establecimiento de salud.
DIR1-7	La adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias se encuentra en el 60%



DIR2-3	El establecimiento de salud no cumple al 100% con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.
--------	---

**MACROPROCESO DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, ESTERILIZACIÓN**

<b>Código criterio</b>	<b>Observaciones</b>
DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados no siguiendo lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.
DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra parcialmente en cada procedimiento de esterilización.
DLDE2-6	No Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está protegido en menos del 90% de acuerdo con la norma de salud ocupacional.
DLDE3-2	Los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal existe, pero no lo conoce todo el personal
DLDE3-3	No 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.
DLDE3-4	No se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.
DLDE4-1	El personal de limpieza está vestido y protegido en menos del 90%, según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.
DLDE4-2	Aplica parcialmente los procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición de residuos sólidos.
DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud cuyo nivel se encuentra por debajo de los esperados.

**MACROPROCESO ATENCION DE EMERGENCIA**

<b>Código criterio</b>	<b>Observaciones</b>
EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario ; pero que no es cumplido por el 100% del personal médico.



EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en lugares no visibles de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidad. . .
EMG1-3	La programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, no se encuentra en un lugar visible para los usuarios.
EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida; pero aún falta elaborar algunas guías
EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado de manera parcial en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.
EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad; pero son insuficientes para la demanda de pacientes
EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año; pero la radio aún no se encuentra reubicada en la actual emergencia
EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica; aproximadamente en un 70%

### MACROPROCESO DOCENCIA E INVESTIGACION

Código criterio	Observaciones
DIV1-3	El establecimiento no ha definido políticas específicas de investigación y las aplica.
DIV1-4	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana pero no todos los aplican.
DIV1-7	Se encuentra elaborando el reglamento de docencia de pregrado y postgrado.
DIV2-1	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen a demanda para evaluar sus actividades.
DIV2-5	No se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación porque no se tiene biblioteca física y/o virtual.
DIV2-6	Como no se cuenta con biblioteca, el personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados.

### MACROPROCESO MANEJO DEL RIESGO SOCIAL

Código criterio	Observaciones
MRS1-2	El HRDT realiza control de calidad de las fichas socioeconómicas al 80% planificado.





MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas al 80% de los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.
--------	--

### MACROPROCESO GESTION DE LA CALIDAD

Código criterio	Observaciones
GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos solo cumple en un mínimo porcentaje
GCA2-5	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar, las cuales se implementan parcialmente
GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables en emergencia y consulta externa
GCA3-1	El establecimiento no evaluó la satisfacción del usuario interno y externo en el presente año
GCA3-3	El instituto institucionaliza parcialmente los resultados de los PMCC exitosos.
GCA3-5	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-6	No se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.

### MACROPROCESO GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA

Código criterio	Observaciones
GEIF1-1	El establecimiento de salud no cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).
GEIF1-2	El establecimiento de salud no cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).
GEIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos; pero no de todos los procesos.
GEIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año; pero solo el 30%
GEIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos; pero del año 2019.
GEIF1-7	No se aplica los procedimientos del manual para mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.



GEIF1-8	No se aplica los procedimientos del manual para mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. Se usan Informes
EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos; pero no se realizó en el 2020
EIF2-2	No se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.

### MACROPROCESO GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES

Código criterio	Observaciones
GIM1-3	No aplican totalmente las medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central; así mismo se observa espacio insuficiente
GIM2-1	Se realiza parcialmente el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.
GIM2-3	Se cumple con el 80% de las entregas de insumos y materiales están acordes a la programación

### MACROPROCESO GESTION DE LA INFORMACION

Código criterio	Observaciones
GIN1-1	La identificación de las necesidades de información de todos los procesos asistenciales no cuenta con la participación de todas las áreas involucradas.
GIN1-2	La difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos se realiza al 80% de la lista de verificación
GIN1-6	Solo el 60% del personal que labora en gestión de la información ha sido capacitado el último año.
GIN1-7	El área de gestión de la información no cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
GIN1-9	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea al 90% de las unidades o servicios
GIN2-2	El HRDT no cuenta con método formal y permanente para la gestión de la información
GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información pero no son documentados.
GIN3-3	El HRDT cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada pero no está actualizada
GIN3-4	No se identifica las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información



**MACROPROCESO GESTION DE MEDICAMENTOS**

Código criterio	Observaciones
GMD1-4	Se cumple de manera parcial el almacenamiento y conservación de los medicamentos de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación
GMD2-1	El HRDT aplica las normas de prescripción pero su aplicación y evaluación no es periódica.
GMD2-2	El HRDT aplica las normas de dispensación pero su aplicación y evaluación no es periódica.
GMD2-3	Se observa informes mensuales de errores de prescripción pero no informa de manera periódica a la autoridad competente.
GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento de manera no periódica
GMD3-1	Evalúa el porcentaje de consistencia entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real pero no es el esperado.
GMD3-2	No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.
GMD3-4	El 70% del personal está capacitado acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.

**MACROPROCESO GESTION DE RECURSOS HUMANOS**

Código criterio	Observaciones
GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple parcialmente con todos los trabajadores nuevos.
GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa; que se encuentra en proceso
GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento; pero no es periódico
GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional; las cuales no se reflejan en las actas
GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos; pero no se ven reflejadas en las actas de reuniones
GRH3-2	Solo el 80% del personal que labora en el HRDT se encuentra protegido con algún tipo de seguro de salud básico independientemente de su régimen laboral



GRH4-1	El establecimiento cuenta con un Plan de Desarrollo de Personal (PDP), pero se implementa parcialmente
GRH4-2	El establecimiento implementa parcialmente un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.
GRH4-3	El personal que labora en el HRDT no ha sido capacitado en derechos y deberes,

## MACROPROCESO GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Código criterio	Observaciones
GSD1-1	El establecimiento de salud no cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.
GSD1-2	El establecimiento de salud no somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.
GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta de manera parcial con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.
GSD1-4	Se cuenta con señalización en regular estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.
GSD1-5	Se ha señalado parcialmente de manera correcta los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.
GSD1-6	El establecimiento no ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.
GSD1-7	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia no están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.
GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado pero no desarrolla su plan anual de actividades.
GSD2-3	Se cuenta con plan de contingencia; pero no con plan anual de emergencias y desastres
GSD2-6	No se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.
GSD2-7	El establecimiento de salud no ha realizado solo 01 simulacro al año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basados en su plan de respuesta.
GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal de manera parcial
GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres; las que se cumple de manera parcial
GSD3-2	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y no cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad



GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública; pero se encuentra en regular estado de conservación
GSD3-6	Se dispone solo con stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencia y desastres para casos de oftalmología

**MACROPROCESO NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Código criterio	Observaciones
NYD1-1	No se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.
NYD1-2	Se cuenta con 30% de personal de nutrición capacitado durante el último año.
NYD1-5	El establecimiento aplica parcialmente buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.
NYD2-1	El servicio de nutrición cuenta parcialmente con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.
NYD2-2	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas al 40%.
NYD2-4	No se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.

**MACROPROCESO RIESGO DE LA ATENCIÓN**

Código criterio	Observaciones
MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia; pero no se documentan
MRA1-4	Se cuenta parcialmente con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.
MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización; pero se cumple parcialmente
MRA1-5	Existe mecanismo para hacer pública la información relevante de la gestión de la atención; pero no muestra la evidencia.
MRA1-7	El establecimiento de salud no ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas).
MRA1-8	El HRDT tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos; pero debería documentarlo



MRA1-9	Se cuenta con un mecanismo de evaluación del conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización pero no se evalúa periódicamente. No muestra evidencia.
MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía; de cumplimiento parcial
MRA2-5	Se encuentra en proceso las medidas de prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica.
MRA2-6	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión pero aún no se llevan a cabo medidas preventivas.
MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y trombo embolismo pulmonar pero aún no se utilizan las medidas apropiados para evitarlos.
MRA3-1	Se encuentra en proceso el uso de métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.
MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas; pero de manera parcial.
MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en el 60 % de los ambientes de atención.
MRA6-7	Se implementa el 80% de programas de prevención casos de riesgos según mapa de riesgos.
MRA7-1	Se cumple parcialmente la norma de recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos.
MRA7-2	La recolección de residuos sólidos se realiza parcialmente de acuerdo con la norma.
MRA7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos no se realiza de acuerdo con la norma vigente.
MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados; pero no muestran evidencia

### VIII. PUNTAJE ALCANZADO

Al haberse concluido la evaluación el puntaje total alcanzado es de 66& cuyos detalles se aprecian en el siguiente cuadro:



**Establecimiento :** 000051

**Tipo de Establecimiento :** III-1

**Fase:** AutoEva

**Año:** 2021

**Periodo :** 3

PROPROC CATEGORIAS

		Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	79.41	222.64	151.11	67.87
Gestión de recursos humanos	11	50.00			
Gestión de la calidad	22	71.95			
Manejo del riesgo de atención	50	79.67			
Gestión de seguridad ante desastres	21	50.00			
Control de la gestión y prestación	15	55.77			
Atención ambulatoria	14	62.50	254.45	168.28	66.13
Atención extramural	0	0.00			
Atención de hospitalización	26	60.19			
Atención de emergencias	14	71.05			
Atención quirúrgica	24	75.53			
Docencia e Investigación	15	59.52			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	75.00	159.03	96.82	60.88
Admisión y alta	16	34.29			
Referencia y contrarreferencia	10	38.24			
Gestión de medicamentos	15	67.31			
Gestión de la información	14	56.52			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	68.97			
Manejo del riesgo social	6	81.82			
Nutrición y dietética	10	58.82			
Gestión de insumos y materiales	8	80.77			
Gestión de equipos e infraestructura	12	47.06			
<b>Total</b>	<b>342</b>		636.12	416.21	
			<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>65</b>	



<b>RESULTADO FINAL</b>
<b>NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)</b>

**Resultados por categorías:**

Macroprocesos	%
GERENCIALES	67.87
PRESTACION	66.13
APOYO	60.88
<b>Total</b>	<b>65</b>

**IX. RECOMENDACIONES**

Las principales recomendaciones desprendidas de la autoevaluación 2021, según macroprocesos y por criterios se detallan a continuación:





MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ADMISIÓN Y ALTA	<p>En el macroproceso de admisión y alta se observa en la autoevaluación que el ambiente donde se archivan las HCL, se encuentra deteriorado, proceso de atención no se encuentra formalizado y así mismo se deben tener en cuenta para su elaboración tiempo de espera en admisión, registro y monitoreo de citas, satisfacción de las mismas; así mismo se debe elaborar los procesos de alta.</p>	<p>Gestionar un nuevo ambiente para archivo de HCL Elaborar Mapa de proceso de atención Elaborar el Mapa de Proceso de alta.</p>
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	<p>La UPSS de radiología no cuenta con todas las guías de procedimientos para toma de exámenes No todos los equipos del servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control y garantía de la calidad Se registra parcialmente los tiempos transcurridos entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega de resultados de los exámenes de ayuda y/o apoyo al diagnóstico. Se registra parcialmente los tiempos transcurridos entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega de resultados de los exámenes de ayuda y/o apoyo al diagnóstico. Se cuenta con algunos indicadores de calidad relacionados con la entrega de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes En los informes de evaluación se observa que no se cumple en un 100% el programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del HRDT.</p>	<p>Elaboración de todas las guías de procedimientos en la UPSS de radiología. Todos los equipos del servicios de apoyo al diagnóstico deben aplicar programas de control y garantía de la calidad Registrar totalmente los tiempos transcurridos entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega de resultados de los exámenes de ayuda y/o apoyo al diagnóstico. Establecer los indicadores de calidad relacionados con la entrega de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.</p>
ATENCIÓN AMBULATORIA	<p>La señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, no se encuentra disponibles en todas las áreas de primer contacto.</p>	<p>Implementar flujogramas de atención en todas las áreas de consulta externa.</p>
	<p>Algunos mensajes relacionados con la cartera de servicios no son comprensibles para los usuarios.</p>	<p>Elaborar la cartera de servicio comprensible para los usuarios</p>
	<p>Se cuenta con un sistema de citas pero debido al deficiente presupuesto no permite cubrir la demanda.</p>	<p>Continuar solicitando a las instituciones el requerimiento de presupuesto para la atención de pacientes.</p>
	<p>Se ha desarrollado estrategias de atención preferencial en función al grado dependencia y situación clínica; la cual no es cumplida por todas las áreas.</p>	<p>Sensibilizar y capacitar en atención preferencial en función al grado de dependencia y situación clínica en el 3er piso.</p>
	<p>Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)</p>	<p>Implementar estrategias para cumplir con el 100% de los lineamientos de las guías de práctica clínica (GPC)</p>



	Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)	Implementar estrategias para cumplir con el 100% de los lineamientos de las guías de práctica clínica (GPC)
	Se cumple en un 60% con los lineamientos de las guías de práctica clínica(GPC)	Implementar estrategias para cumplir con el 100% de los lineamientos de las guías de práctica clínica (GPC)
	Completar al 100% con programas de prevención de las patologías más frecuentes	Implementar al 100% con programas de prevención de las patologías más frecuentes
	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal; pero no están operativos.	Operativizar los mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal
	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria; pero ésta no es de manera sostenida ni periódica.	Implementar estrategias para lograr que el hospital tenga mecanismos que incentiven y faciliten a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria.
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>	Se evidencia diferentes Actas de Reunión de Equipos de Gestión; así como los diferentes Oficios que envían las Jefaturas de los diferentes departamentos y/ servicios que identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución; pero que no se pueden implementar al 100% por falta de presupuesto.	Realizar las diferentes gestiones a fin de conseguir asignación de presupuesto por Gobierno Regional o MINSA.
	No se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto; por la pandemia para evitar contagios.	Implementar estrategias a través de las cuales se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto en pandemia evitando contagios.
	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente; pero debido a falta de recursos humanos no se ha podido realizar acciones para su disminución.	Elaborar un Plan de Implementación de Gestión de Camas
	En los Informes de departamentos y/o servicios se evidencia que los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización no son auditados	Implementar auditorias de casos de mortalidad de enfermedades transmisibles.
	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de solo 06 patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.	Elaborar las guías de práctica clínica de atención faltantes en cada servicio.
	Se alcanza el 60% de los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.	Implementar estrategias que permitan alcanzar los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.



Se evidencia que en 30% de las HCL no se implementan las guías de práctica clínica	Implementar estrategias que permitan cumplir al 100% con las guías de práctica clínica por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.
Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos; pero solo el 70% cumplen las recomendaciones	Implementar estrategias que permitan cumplir al 100% con las guías de práctica clínica por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.
No todas las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.	Implementar estrategias para que el 100% de las historias clínicas contengan el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.
Se conoce los procedimientos pero no se tiene documentados pero se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.	Documentar los procedimientos, aplicar y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados
Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para la los pacientes internados y de emergencias; pero existen turnos en el mes que no se cubren	Realizar requerimiento de personal para cubrir turnos faltantes.
El establecimiento de salud no 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.	Implementar con 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.
El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados; pero no se cumplen al 100%	Implementar mecanismos para que el establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados; y se cumplan al 100%
Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica en 70%	implementar mecanismos para que los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica en 100%
No se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.	Realizar auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.
No se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto por la pandemia	Implementar estrategias para registrar y evaluar la satisfacción del usuario en la atención del parto en pandemia.



<b>ATENCIÓN QUIRÚRGICA</b>	Se cuenta con un manual de procedimiento del centro quirúrgico, el cual no se aplica	Socializar manual de procedimientos del centro quirúrgico, monitorizar su aplicación y cumplimiento.
	Cumplimiento del 60% de adherencia a las guías de manejo quirúrgico y anestésico.	Mejorar la adherencia a las guías de manejo quirúrgico y anestésico
	La evaluación preanestésica se registra en el 80% en el formato de HCL.	Realizar un monitoreo de registro de evaluación preanestésica.
	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto quirúrgico de acuerdo con lo establecido; pero no se encuentra en todas las historias clínicas.	Realizar un monitoreo de cumplimiento de informe quirúrgico en las historias clínicas.
	El HRDT implementa de manera esporádica proyectos de mejora en centro quirúrgico.	Implementar de manera continua actividades o proyectos de mejora continua de la calidad en centro quirúrgico
	No se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y no se conoce si está en el nivel esperado por la institución.	implementar estrategias para evaluar la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico
	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatorio y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas, pero no se pueden implementar por falta de presupuesto	Realizar gestiones ante Gobierno Regional y MINSA para asignación de presupuesto
	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, y se toman las acciones correctivas; que aún no se cumplen al 100%	Implementar estrategias para cumplir al 100% las acciones correctivas
<b>CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN</b>	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, pero no se pueden implementar por falta de presupuesto	Implementar estrategias para cumplir al 100% las acciones correctivas
	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación, pero este año 2020 no se cumplió al 100% por la pandemia	Implementar estrategias cumplimiento del 100% del plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación en tiempo de pandemia
	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, pero este año 2020 no se cumplió al 100% por la pandemia	establecer estrategias para cumplir al 100% con los niveles esperados en tiempos de pandemia
	El personal responsable de área y servicios consignados en los comités refieren estar capacitados en un 60% para realizar procesos de control interno(auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito.	Implementar el archivamiento de evidencia que demuestra participación en eventos o reuniones técnicas de capacitación según comités.
El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido, pero los resultados no son los esperados	Implementar estrategias en tiempo de pandemia	



	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados no son los esperados para la organización.	Implementar estrategias en tiempo de pandemia
	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos no se encuentran en los niveles esperados.	Implementar estrategias en tiempo de pandemia
	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos no se encuentran en los niveles esperados.	Implementar estrategias en tiempo de pandemia
	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso en casos de muerte materna, pero no en fallecidos	Implementar estrategias en tiempo de pandemia para la realización de auditoría de caso de pacientes fallecidos
	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores no están dentro de los estándares establecidos para la organización.	Implementar estrategias en tiempo de pandemia
	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación pero no se cumple de acuerdo al plan establecido.	Implementar estrategias en tiempo de pandemia
	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia, pero cumplen al 60% de adherencia	Implementar estrategias para mejorar adherencia a GPC
	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia, pero solo cumple al 70% de adherencia.	Implementar estrategias para mejorar adherencia a GPC
	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumplen con el 60% de los estándares establecidos para la organización.	Implementar estrategias para mejorar cumplimiento de estándares.
	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora; pero algunos no se pueden aplicar por escasos recursos económicos	Gestionar ante Gobierno Regional y MINSA la asignación o incremento de presupuesto para el HRDT
	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos solo cumplen con el 60% de los estándares establecidos para la organización.	Implementar estrategias para mejorar cumplimiento de estándares.
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>	El establecimiento de salud no tiene documentado el proceso de referencias y Contrareferencia que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.	Documentar el proceso de referencias y Contrareferencia que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.
	El establecimiento de salud no ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extra institucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta	Realizar las acciones pertinentes y registrarlos



	El establecimiento de salud no ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la Contrareferencia efectiva.	Establecer mecanismos de seguimiento a pacientes.
	No se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.	Elaborar un rol de personal a cargo de traslado de pacientes y socializarlo con todos los servicios
	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos pero el nivel no es el esperado por la organización.	Implementar estrategias para alcanzar niveles esperados.
	No se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud.	Implementar estrategias para cuantificar e porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud
	No se cuantifica la relación porcentual entre referencias y Contrareferencia realizadas y el nivel es el esperado por la organización.	Implementar estrategias para cuantificar la relación porcentual entre referencias y Contrareferencia
<b>DIRECCIONAMIENTO</b>	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación parcial de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.	Mejorar la participación de las autoridades regional y/o locales
	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres se encuentran al 60% de los niveles esperados para el establecimiento de salud.	Implementar estrategias para mejorar los resultados esperados
	La adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias se encuentra en el 60%	Mejorar la adherencia a las guías de práctica clínica.
	El establecimiento de salud no cumple al 100% con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.	Implementar estrategias para mejorar los resultados esperados
<b>DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, ESTERILIZACIÓN</b>	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados no siguiendo lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.
	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra parcialmente en cada procedimiento de esterilización.	Implementar mejoras de registro
	No Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.	Implementar un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está protegido en menos del 90% de acuerdo con la norma de salud ocupacional.	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres deberá estar protegido en el 100% de acuerdo con la norma de salud ocupacional.



	Los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal existe, pero no lo conoce todo el personal	Socialización de los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal existe, según procedimientos establecidos
	No 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.	Implementar un sistema de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería
	No se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	Implementar una estrategia para almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.
	El personal de limpieza está vestido y protegido en menos del 90%, según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	Implementar estrategias para lograr la protección al 100% de las medidas de bioseguridad y norma de residuos sólidos.
	Aplica parcialmente los procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición de residuos sólidos.	Identificar a las áreas o servicios que aplican parcialmente los procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición de residuos sólidos. Así mismo sensibilizar y capacitarlos según normas.
	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud cuyo nivel se encuentra por debajo de los esperado.	Implementar estrategias para incrementar los niveles de satisfacción respecto a la limpieza del eess
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIAS</b>	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario ; pero que no es cumplido por el 100% del personal médico.	Socializar directiva interna respecto a información a pacientes
	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en lugares no visibles de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades. . .	Ubicar los carteles de derechos de todas persona en lugares adecuados y visibles, teniendo el enfoque de interculturalidad
	La programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, no se encuentra en un lugar visible para los usuarios.	Colocar la 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.
	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; pero aún falta elaborar algunas guías	Capacitar al personal de salud faltante.
	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado de manera parcial en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.	Capacitar al 100% al personal de salud n temas propios de emergencia según competencias.
	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad; pero son insuficientes para la demanda de pacientes	Realizar los requerimientos necesarios para la adquisición de los mismo y realizar gestiones para asignación de presupuesto
	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del	Instalar la radio en la actual emergencia



	año; pero la radio aún no se encuentra reubicada en la actual emergencia	
	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica; aproximadamente en un 70%	Registrar en un 100% , las atenciones, procedimientos y diagnósticos en el formato de atención de emergencias de la historia clínica
<b>DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>	El establecimiento no ha definido políticas específicas de investigación y las aplica.	Establecer políticas de investigación
	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana pero no todos los aplican.	Implementar estrategias para cumplimiento
	Se encuentra elaborando el reglamento de docencia de pregrado y postgrado.	Concluir con la elaboración y aprobación del reglamento
	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen a demanda para evaluar sus actividades .	La reuniones se deben realizar mensualmente
	No se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación porque no se tiene biblioteca físico y/o virtual.	Implementar la biblioteca física y virtual
	Como no se cuenta con biblioteca , el personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados.	Implementar la biblioteca física y virtual
<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos solo cumple en un mínimo porcentaje	Implementar estrategias para cumplir con el estándar
	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar, las cuales se implementan parcialmente	Implementar estrategias para cumplir con lo establecido
	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables en emergencia y consulta externa	Ampliar la muestra cartera de servicios a todas las UPSS del HRDT
	El establecimiento no evalúo la satisfacción del usuario interno y externo en el presente año	Implementar estrategias para evaluación de satisfacción de usuario externo e interno en tiempo de pandemia
	El instituto institucionaliza parcialmente los resultados de los PMCC exitosos.	Solicitar a los servicios los informes de institucionalización de resultados.
	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Implementar estrategias para evaluación de satisfacción de usuario externo e interno en tiempo de pandemia
	No se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Implementar estrategias para evaluación de satisfacción de usuario externo e interno en tiempo de pandemia
<b>GESTIÓN DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA</b>	El establecimiento de salud no cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos e incorporado al plan operativo de actividades (POA).





	El establecimiento de salud no cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Elaborar plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos e incorporar al plan operativo de actividades (POA).
	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos; pero no de todos los procesos.	Capacitar al personal
	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año; pero solo el 30%	Capacitar al personal
	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos; pero del año 2019.	Actualizar inventario
	No se aplica los procedimientos del manual para mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	Aplicar el manual de procedimientos del manual para mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
	No se aplica los procedimientos del manual para mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.	Aplicar el manual de procedimientos del manual para para mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
	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. Se usan Informes	Aplicar manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica)
	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos; pero no se realizó en el 2020	Actualizar inventario
	No se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.	Elaborar Plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos e incorporados al plan operativo de actividades (POA) y gestionar su financiación.
<b>GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES</b>	No aplican totalmente las medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central; así mismo se observa espacio insuficiente	El jefe inmediato deberá monitorizar el cumplimiento de las medidas de protección de insumos y materiales por parte del personal de almacén central.
	Se realiza parcialmente el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Realizar al 100% el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.
	Se cumple con el 80% de las entregas de insumos y materiales están acordes a la programación	Mejorar el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	La identificación de las necesidades de información de todos los procesos asistenciales no cuenta con la participación de todas las áreas involucradas.	En las reuniones de identificación de necesidades de información deberán participar el 100% de áreas asistenciales
	La difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos se realiza al 80% de la lista de verificación	Realizar la difusión a más del 80% de la lista de verificación.



	Solo el 60% del personal que labora en gestión de la información ha sido capacitado el último año.	Actualizar legajos y/o capacitar a más del 90% del personal que labora en gestión de la información
	El área de gestión de la información no cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.	Elaborar manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea al 90% de las unidades o servicios	Monitorizar a más del 90% de unidades o servicios.
	El HRDT no cuenta con método formal y permanente para la gestión de la información	Elaborar un método formal y permanente para la gestión de la información; así como implementarlo.
	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información pero no son documentados.	Documentar los espacios participativos de análisis de información
	El HRDT cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada pero no está actualizada	Actualizar la información relevante trimestralmente
	No se identifica las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información	Realizar encuesta sobre percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información
<b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	Se cumple de manera parcial el almacenamiento y conservación de los medicamentos de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación	Solicitar y realizar las gestiones respectivas para tener un ambiente adecuado según normas
	El HRDT aplica las normas de prescripción pero su aplicación y evaluación no es periódica.	Realizar la evaluación periódica
	El HRDT aplica las normas de dispensación pero su aplicación y evaluación no es periódica.	Realizar la evaluación periódica
	Se observa informes mensuales de errores de prescripción pero no informa de manera periódica a la autoridad competente.	Informar de manera periódica a la autoridad competente sobre los errores de prescripción.
	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento de manera no periódica	Realizar la corrección periódica
	Evalúa el porcentaje de consistencia entre los items prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real pero no es el esperado.	Mejorar el nivel de consistencia al 99% coordinando con las áreas que originan el problema.
	No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.	Implementar estrategias para evaluar el porcentaje de prescripciones no atendidas.
<b>GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b>	El 70% del personal está capacitado acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	Capacitar al 100% al personal en procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos
	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple parcialmente con todos los trabajadores nuevos.	Realizar la inducción al 100% de los trabajadores nuevos e implementar estrategias para que esto se evidencie
	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa; que se encuentra en proceso	Elaborar al 100% la definición de funciones



	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento; pero no es periódico	Realizar la evaluación periódica a los colaboradores.
	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional; las cuales no se reflejan en las actas	Generar las actas de reuniones
	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; pero no se ven reflejadas en las actas de reuniones	Generar las actas de reuniones para sustentar las evidencias
	Solo el 80% del personal que labora en el HRDT se encuentra protegido con algún tipo de seguro de salud básico independientemente de su régimen laboral	Implementar una estrategia para que el personal que labora bajo la modalidad por terceros pueda contar con un seguro de salud básico.
	El establecimiento cuenta con un Plan de Desarrollo de Personal (PDP), pero se implementa parcialmente	Implementar PDP al 100%
	El establecimiento implementa parcialmente un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	Implementar PDP al 100%
	El personal que labora en el HRDT no ha sido capacitado en derechos y deberes,	Implementar una estrategia para capacitar al personal en derechos y deberes y pueda comprender y cumplirlos.
<b>GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES</b>	El establecimiento de salud no cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	Realizar las gestiones para solicitar el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil
	El establecimiento de salud no somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.	Implementar acciones para someter a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos
	El establecimiento de salud cuenta de manera parcial con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.	Realizar mapeo de las áreas que no cuentan con señalética e implementar su colocación según norma.
	Se cuenta con señalización en regular estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.	Cambio de señalética en mal estado de conservación
	Se ha señalizado parcialmente de manera correcta los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.	Implementar acciones para señalar de manera total
	El establecimiento no ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.	Identificar los riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional a través del ISH
	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia no están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.	Implementar acciones para que las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia se encuentren libres de barreras.



	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado pero no desarrolla su plan anual de actividades.	Elaborar plan anual de actividades
	Se cuenta con plan de contingencia; pero no con plan anual de emergencias y desastres	Elaborar plan anual de actividades
	No se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.	Elaborar plan anual de actividades y revisarlo con defensa civil.
	El establecimiento de salud no ha realizado solo 01 simulacro al año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basados en su plan de respuesta.	Realizar simulacros según norma vigente
	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal de manera parcial	Socializar Guías de Manejo de Emergencia Masivas y desastres
	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres; las que se cumple de manera parcial	Monitoreo de cumplimiento total de alertas
	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y no cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad	Realizar los requerimientos de insumos y equipos para ambulancia según norma; así como la asignación de presupuesto para ello.
	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública; pero se encuentra en regular estado de conservación	Realizar mantenimiento a grupo electrógeno de manera periódica y Elaborar expediente técnico para la adquisición de nuevo equipo.
	Se dispone solo con stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencia y desastres para casos de oftalmología	Coordinar con la GERESA LL sobre la competencia de tener stock de medicamentos, materiales e insumos médicos par atención de emergencias y desastres de casos que no sean oftalmológicos.
<b>NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</b>	No se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.	Elaborar Manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética
	Se cuenta con 30% de personal de nutrición capacitado durante el último año.	Capacitar al 100% de trabajadores
	El establecimiento aplica parcialmente buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	Implementar estrategias para cumplimiento al 100%
	El servicio de nutrición cuenta parcialmente con un listado de regimenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.	Elaborar al 100% el listado de regimenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.
	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas al 40%.	Verificar al 100%
	No se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	Aplicar encuesta de satisfacción



**MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN**

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; pero no se documentan	Documentar los procesos de reuniones de análisis de la gestión de riesgo
Se cuenta parcialmente con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.	Implementar al 100% sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.
Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización; pero se cumple parcialmente	Implementar estrategias para su cumplimiento al 100%
Existe mecanismo para hacer pública la información relevante de la gestión de la atención; pero no muestra la evidencia.	Registrar los informes sobre la gestión de la atención en la página WEB del IRO
El establecimiento de salud no ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas).	Implementar estrategias para disminuir los caso de muerte materna de manera sostenida
El HRDT tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos; pero debería documentarlo	Documentar el proceso de obtención del consentimiento informado para los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Se cuenta con un mecanismo de evaluación del conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización pero no se evalúa periódicamente. No muestra evidencia.	Monitorizar de manera periódica a través de una encuesta o informe sobre el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.
Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía; de cumplimiento parcial	Monitorizar de manera periódica el cumplimiento
Se encuentra en proceso las medidas de prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica.	Implementar medidas
Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión pero aún no se llevan a cabo medidas preventivas.	Implementar acciones de mejora
Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar pero aún no se utilizan las medidas apropiados para evitarlos.	Implementar acciones de mejora
Se encuentra en proceso el uso de métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.	Implementar acciones de mejora
El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas; pero de manera parcial.	Socializar al 100% de personal profesional de enfermería para la aplicación las guías de atención de enfermería por servicios



	Existen cartillas visibles de bioseguridad en el 60 % de los ambientes de atención.	Colocar al 100% de los ambientes las cartillas de bioseguridad
	Se implementa el 80% de programas de prevención casos desde riesgos según mapa de riesgos.	Implementar al 100% los programas de prevención casos de riesgos según mapa de riesgos.
	Se cumple parcialmente la norma de recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos.	Sensibilizar y capacitar sobre norma de recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos. Monitorizar periódicamente su cumplimiento.
	La recolección de residuos sólidos se realiza parcialmente de acuerdo con la norma.	Sensibilizar y capacitar sobre norma de recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos. Monitorizar periódicamente su cumplimiento.
	El retiro, eliminación y disposición final de residuos no se realiza de acuerdo con la norma vigente.	Implementar mejoras
	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados; pero no muestran evidencia	Generar las evidencia como Acta de Reuniones
<b>MANEJO DEL RIESGO SOCIAL</b>	El HRDT realiza control de calidad de las fichas socioeconómicas al 80% planificado.	Mejorar el control de calidad de las fichas socioeconómicas.
	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas al 80% de los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.	Mejorar la realización de las evaluaciones socioeconómicas.

**X. ANEXOS**



**ANEXO 01**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN- B**

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	JULIO				RESPONSABLE EVALUADO
			1ERA	2DA	3ERA	4TA	
Dr. César Augusto Fernández Sánchez (Director)	1. Direccionamiento	MC. MARIE HERRERA VILOCHE (Evaluador Líder)	X				Dr. César Augusto Fernández Sánchez (Director)
CPC Flavio Valencia Méndez	2. Gestión de Recursos Humanos	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES	X				CPC Flavio Valencia Méndez
Dra. Marie Herrera Viloché	3. Gestión de la Calidad	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN	X				Dra. Marie Herrera Viloché
Lic. Luisa Chu Campos	4. Manejo del Riesgo de Atención	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN	X				Lic. Luisa Chu Campos
Dr. Félix Evangelista Montoya	5. Gestión de Seguridad ante emergencia	MC. MARIE HERRERA VILOCHE	X				Dr. Félix Evangelista Montoya
Dra. Rocío Llaque Sánchez	6. Control de la Gestión y Prestación	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP	X				Dra. Rocío Llaque Sánchez
Dra. Rocío Llaque Sánchez	7. Atención Ambulatoria	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP	X				Dra. Rocío Llaque Sánchez
NO APLICA	8. Atención Extramural (NO APLICA)	-----					NO APLICA
Dr. Manuel Chávez	9. Atención de	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP		X			Dr. Manuel Chávez
Dr. Antonio Caballero				X			
Dr. Mickey Quispe	· Gineco-Obstetricia	MC. GONZALO CARO ALVARADO		X			Dr. Mickey Quispe
Dra Betty Zevallos	· Pediatría	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP		X			Dra Betty Zevallos
Dra. Ray Plasencia	· Psiquiatría	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP		X			Dra. Ray Plasencia
Dr. Félix Evangelista Montoya	10. Atención de Emergencia	MC. MILAGROS ELIZABETH TRUJILLO NECIOSUP		X			Dr. Félix Evangelista Montoya
Dr. Walter Carpio Montenegro	11. Atención Quirúrgica	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN		X			Dr. Walter Carpio Montenegro
Dr. Edward Nuñez	12. Docencia e Investigación	MC. MARIE HERRERA VILOCHE		X			Dr. Edward Nuñez
Dr. Julio Vera	13. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MC. ELVA ROSA CRISTINA CARILLO RAMIREZ			X		Dr. Julio Vera
Dra. Rocío Llaque Sánchez	14. Admisión y Alta	MC. MARIE HERRERA VILOCHE			X		Dra. Rocío Llaque Sánchez
Dr. Raúl Cantera Chávez	15. Referencia y Contra Referencia	MC. MARIE HERRERA VILOCHE			X		Dr. Raúl Cantera Chávez
Q.F. Julissa Vargas	16. Gestión de Medicamentos	MC. AUGUSTO SALAZAR TANTALEÁN			X		Q.F. Julissa Vargas
Lic. María Luisa Sebastián Vilchéz	17. Gestión de la Información	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES			X		Lic. María Luisa Sebastián Vilchéz
Lic. Lourdes Reyna Flores	18. Descontaminación, Limpieza y Esterilización	MC OFELIA GARCIA				X	Lic. Lourdes Reyna Flores
Lic. Pilar Saldaña	19. Manejo del Riesgo Social	LIC. SONIA DEZA ALVA				X	Lic. Pilar Saldaña
Lic. Lilia Rodríguez Hidalgo	20. Manejo de Nutrición de Pacientes	LIC. SONIA DEZA ALVA				X	Lic. Lilia Rodríguez Hidalgo
Lic. César Revilla Paredes	21. Gestión de Insumos y Materiales	MC. MARIE HERRERA VILOCHE				X	Lic. César Revilla Paredes
TAP Américo Roldan	22. Gestión de Equipos e Infraestructura	ECON. CESAR ROBERTO REVILLA PAREDES				X	TAP Américo Roldan

