

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2022



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN

Lima - Perú



INDICE

	Pág.
I. Presentación	3
II. Objetivos	4
III. Alcance	4
IV. Metodología de Autoevaluación	4
V. Equipo Evaluador	6
VI. Cumplimiento del Plan	7
VII. Puntaje Alcanzado	8
VIII. Observaciones	10
IX. Recomendaciones	15
X. Conclusiones	16
Anexos	
1. Resultado de la Autoevaluación 2022 por macroproceso	17
2. Hojas de Registro de Observaciones y Recomendaciones	18



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HCLLH, 2022

I. PRESENTACIÓN

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es un establecimiento de salud de atención general, de segundo nivel de complejidad, categoría II-2, que tiene la misión de brindar servicios de salud básica y especializada, en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad, con el enfoque preventivo, curativo y recuperativo de la salud, de los usuarios que acuden a los servicios de salud, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad en consulta externa, hospitalización y emergencia.

La Unidad de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal. Es por ello que uno de los ejes estratégicos de la Unidad es el proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación, que se viene llevando a cabo desde el año 2008.

El proceso de Autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se llevó a cabo conforme a los objetivos establecidos en el Plan de Autoevaluación del HCLLH, 2022, aprobada con Resolución Directoral N° 167-07/2022-DE-HCLLH/MINSA y ha seguido las pautas indicadas en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, teniendo como finalidad calificar la totalidad de los 21 macroprocesos evaluados en el establecimiento, y el resultado es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares.

El presente informe detalla los resultados obtenidos de la evaluación interna realizada a las diferentes Oficinas, Unidades, Departamentos y Servicios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz involucrados en los 21 macroprocesos, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, identificando oportunidades de mejora continua en todos los procesos asistenciales y administrativos.

El Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ejecutó el proceso de Autoevaluación del 17 de Octubre y finalizó el 23 de Noviembre del 2022, obteniendo un puntaje general de 61 % del cumplimiento de criterios establecidos en el listado de estándares de Acreditación; mismo que lo califica como "no aprobado" debiendo proseguir por una nueva evaluación. Según la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% que es lo esperado para solicitar la evaluación externa.

Es preciso mencionar que el proceso de evaluación forma parte de los Compromisos de Mejora de los Servicios a cumplir del Convenio de Gestión 2022, establecido en el Decreto Supremo N° 001-2022-SA, en la ficha N° 24: "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud". Al respecto, se ha cumplido con las acciones en los plazos establecidos.



II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación correspondiente al establecimiento de salud de nivel II-2: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 21 macroprocesos.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Unidades Orgánicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.

III. ALCANCE

El ámbito de aplicación de la Autoevaluación, comprende a todos los servicios relacionados a los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y en ella su participación es activa y permanente.

IV. METODOLOGÍA

5.1 Para la evaluación interna en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se desarrollaron las siguientes actividades:

1. **Conformación del Equipo de Acreditación Institucional**, oficializado mediante Resolución Directoral N° 138-05/2022-DE-HCLLH/MINSA de fecha 31 de mayo del 2022.
2. **Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH**, oficializado con Resolución Directoral N° 139-05/2022-DE-HCLLH/MINSA, de fecha 31 de mayo del 2022. Los evaluadores internos estuvieron encargados de evaluar, emitir estrategias y recomendaciones del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.
3. **Reunión de Instalación del el Equipo de Evaluadores Internos**, el cual se llevó a cabo el 8 de Junio del 2022, en donde se compartió información sobre la importancia del proceso de autoevaluación en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud (NT N° 050-MINSA), las funciones del equipo evaluador, los criterios a evaluar según macroproceso y los instrumentos a utilizar.
Posterior a ello, conformó los equipos para la evaluación de los macroprocesos, y por conceso el Equipo de Evaluadores Internos eligió como Líder de este proceso a la Lic. Jannet Pallín Villalobos. La reunión se evidencia en el Libro de Acta del Área de Mejora en el folio 42; de los 25 integrantes sólo asistieron 13 evaluadores internos.



Se remitió vía correo electrónico el listado de estándares con sus respectivos check list para su revisión.

4. **Elaboración del Plan de Autoevaluación del HCLL, 2022**, realizado por la Resp. Área de Mejora para la Calidad en coordinación con la líder del equipo de Evaluadores Internos.
5. **Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022, en el marco de la Acreditación**, mediante la Resolución Directoral N° 167-07/2022-DE-HCLLH/MINSA de fecha 12 de Julio del 2022. El Plan está elaborado de acuerdo establecido en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Tanto las Resoluciones Directorales de la Conformación de los Equipos de Acreditación y del Equipo de Evaluadores Internos, como el Plan de Autoevaluación están publicados en la página web institucional (www.hcllh.gob.pe / Atención al Ciudadano / Unidad de Gestión de la Calidad).

6. **Socialización del Proceso de Autoevaluación y Difusión del Listado de Estándares por Macroprocesos a los Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios**. Mediante documento Memorándum Circular N° 013-06/2022-UGC-HCLLH/MINSA, se hizo entrega del Listado de Estándares de Acreditación.

También se realizó una reunión de apertura con el Director Ejecutivo, Jefe de la Oficina de Administración y los Jefes de Departamentos y Servicios (Acta de Reunión)

7. **Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación por la Autoridad Institucional a la DIRIS Lima Norte**. Mediante Oficio N° 1970-09/2022-DE-UGC-HCLLH/MINSA (04.09.22) se comunicó que la evaluación iniciaría del 3 al 28 de Octubre del 2022; sin embargo debido a circunstancias de cambio de gestión, la autoevaluación dio inicio dos semanas después, es decir del 17 de Octubre y finalizó el 18 de Noviembre del 2022.

Asimismo, mediante el Memorándum Circular N° 025-09/2022-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 26 de Setiembre del 2022 se informó y remitió a todas las Jefaturas de Oficinas, Unidades y Departamentos y Servicios involucrados en los 21 Macroprocesos, el cronograma del inicio de la evaluación interna

8. **Ejecución de la aplicación del Listado de Estándares a los servicios involucrados en los 21 macroprocesos**. Está actividad dio inicio el **17/10/2021** y finalizó el **18/11/2022** (aproximadamente 5 semanas), donde los evaluadores internos de acuerdo a su cronograma visitaron los servicios involucrados de los 21 macroprocesos y solicitaron al personal designado las fuentes auditables a evaluar. Algunos macroprocesos no se terminaron de evaluar en la fecha programada, debido a que el evaluador muchas veces no coincidía con el turno del personal que iba a ser evaluado, motivo por el cual, se prolongó una semana más.

Posterior a la etapa de aplicación del listado de estándares, los evaluadores internos redactaron sus informes adjuntando el check list, sus hojas de registro con la calificación de cada criterio, sus observaciones y recomendaciones formatos y/o fotografías como evidencias. Estos informes fueron remitidos a la Resp. Area de Mejora, tres semanas después de haber culminado la evaluación.

9. **Registro y Procesamiento de Resultados**. El 14 de diciembre del 2022, se digitó los datos (calificación) de cada criterio correspondientes a los 21 macroprocesos evaluados, en el Aplicativo de Acreditación del MINSA, teniendo como resultado el 61 % del cumplimiento de estándares, siendo este un porcentaje menor al 85% que es lo esperado para solicitar la evaluación externa.



10. **Elaboración y presentación del Informe Técnico de Autoevaluación 2022.** Este documento fue elaborado teniendo en cuenta los pasos establecidos en la Guía Técnica del Evaluador, en ella se detalla los objetivos y la metodología utilizada para el desarrollo de las actividades, asimismo la tabla del puntaje final de la Autoevaluación 2022, con las observaciones y recomendaciones de los macroprocesos cuyos puntajes son de 0 y 1, los cuales tendrán que ser subsanados en plazos establecidos.

Este Informe será remitido mediante Oficio a la DIRIS Lima Norte y también al MINSA, a fines de diciembre del presente año, como parte del cumplimiento de uno de los compromisos de mejora de los Convenios de Gestión 2022. Asimismo, estará publicado en la página institucional.

Asimismo, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad remitirá a la Dirección Ejecutiva y a las Jefaturas de las Unidades, Departamentos y Servicios del hospital, el Informe del Resultado de la Autoevaluación 2022, con las observaciones encontradas por cada macroproceso para la implementación de las recomendaciones. Para ello, en los dos primeros meses del 2023 se tendrá reuniones con los servicios involucrados en cada macroproceso.

- 5.2 Como instrumento de evaluación se utilizó el Listado de Estándares de Acreditación, del cual por ser un establecimiento de salud de nivel II-2, nos corresponde 21 macroprocesos, 71 estándares y 341 criterios de evaluación. Asimismo, el Equipo de Evaluadores Internos consignó los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos y Hoja de Recomendaciones; y realizó el registro y procesamiento de resultados en el Aplicativo de Acreditación – MINSA.
- 5.3 Las técnicas que aplicaron los evaluadores internos con el personal de salud fue la revisión de documentos, observación en la atención al usuario, entrevistas con el usuario interno y externo, muestras, encuestas y auditorías.

V. EQUIPO EVALUADOR

Mediante Resolución Directoral N° 139-05/2022-DE-HCLLH/MINSA, de fecha 31 de mayo del 2022, se oficializó la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos, el cual estuvo integrado de 25 profesionales asistenciales y administrativos.

Se llevaron a cabo reuniones técnicas con el Equipo de Evaluadores Internos, para designar tareas y distribuir los macroprocesos a evaluar; no todos cumplieron con las tareas asignadas.

N°	Evaluador Interno	Profesión	Cumplió
1	Lic. Jannet Mariluz Pallin Villalobos	Enfermera	si
2	Lic. Juana Estefanía Torres Murillo	Enfermera	no
3	Lic. Neil Freddy Basilio Uzuriaga	Enfermera	no
4	Lic. Rosa Isabel Paiva Vite	Enfermera	no
5	Lic. Doris Juana Parillo Coila	Enfermera	no
6	Lic. Fary Mendoza Chumbes	Enfermera	no
7	Lic. Enneis Rosario Vicente Rojas	Enfermera	no
8	Lic. Judith Rosario Vidal Campos	Enfermera	no
9	C.D. Rudi Melva Cahuana Rojas	Cirujano Dental	si
10	Q.F. Lurdes Bertha Condori Huancacuri	Químico Farmacéutico	si
11	Q.F. Elva Elizabeth Alfaro Ariza	Químico Farmacéutico	no
12	Lic. Luis Lazo Pacheco	Psicólogo	no
13	Lic. Elke Jury Candiotti Ramírez	Obstetra	si



14	Lic. Paula Zamora Ruiz	Educadora para la Salud	si
15	Lic. Lilia Olinda Villanueva Pardo	Nutricionista	no
16	MC. Hairo André Dedios Solis	Médico Auditor	si
17	Lic. Rollan Alexis Uribe Donayre	Enfermero - UESA	no
18	Téc. José Percy Tantaleán Quispe	Téc. Administrativo	no
19	Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Téc. Administrativa	si
20	MC Giancarlo Puse Santillán	Médico Auditor	no
21	Ing. Roy Jairo Silva Sánchez	Ingeniero Electrónico	no
22	Ing. Denisse Astuhuamán Jiménez	Ingeniero de Sistemas - UEIT	si
23	Bach. Ing. Egor Villanueva Espinoza	Ingeniero de Sistemas - SIS	no
24	Lic. Ethel July García Martínez	Lic. Administración	si
25	Sr. Felipe Christian Ceferino Paredes	Ingeniero Electrónico	no

Para la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación, solo se contó con la participación y compromiso de diez (10) Evaluadores Internos, quienes estuvieron a cargo de evaluar los siguientes macroprocesos:

EVALUADOR INTERNO	MACROPROCESO
1. Lic. Reyna Saéñz Bazán	MP 3: Gestión de la Calidad
2. Lic. Paula Zamora Ruiz	MP 1: Direccionamiento
3. MC. Hairo Dedios Solis	MP 4: Manejo del Riesgo de la Atención
	MP 5: Gestión de Seguridad ante Desastres
	MP 6: Control de Gestión y Prestación
	MP 7: Atención Ambulatoria
	MP 12: Docencia e Investigación
	MP 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
	MP 14: Admisión y Alta
	MP 15: Referencia y Contrareferencia
	MP 16: Gestión de Medicamentos
	MP 17: Gestión de la Información
	MP 19: Manejo del Riesgo Social
	MP 20: Nutrición y Dietética
	MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura
4. Lic. Jannet Pallín Villalobos	MP 10: Atención de Emergencia
5. Q.F. Lurdes Condori Huancacuri	MP 11: Atención Quirúrgica
6. Ing. Dennis Astuhuaman	
7. CD Rudi Cahuana Rojas	MP 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
8. Lic. Elke Candiotti Ramirez	MP 9: Atención de Hospitalización
9. Tec. Adm. Mary Cangana Melgarejo	MP 2: Gestión de Recurso Humano
10. Lic. Ethel García Martínez	MP 21: Gestión De Insumos y Materiales

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Las actividades programadas en el Plan de Autoevaluación 2022 se cumplieron al 100%.

La Evaluación Interna dio inicio el 17 de octubre y finalizó el 18 de noviembre del 2022, una duración de 5 semanas, se prolongó una semana más de lo programado debido a cambios de Gestión, y la falta



de compromiso tanto de los evaluadores internos, como del personal involucrado en los servicios evaluados.

VII. PUNTAJE ALCANZADO

El puntaje global obtenido en el HCLLH, en el presente proceso, calculado mediante el aplicativo de Autoevaluación para la Acreditación - MINSA, es de 61%, del cumplimiento de criterios establecidos en el listado de estándares de Acreditación; mismo que lo califica como "no aprobado" debiendo proseguir por una nueva evaluación. Según la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% que es lo esperado para solicitar la evaluación externa.

Resultado de la Autoevaluación 2022

Establecimiento : Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Puente Piedra

Tipo de Establecimiento : II-2

Fase: Autoevaluación

Año: 2022

MACROPROCESO

Periodo : I

Macroprocesos	Criterios eval	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	54.56	41.72	76.47	221.99	155.89	70.22
Gestión de recursos humanos	11	40.92	24.07	58.82			
Gestión de la calidad	22	47.74	33.19	69.51			
Manejo del riesgo de atención	50	47.74	33.84	70.88			
Gestión de seguridad ante desastres	21	13.64	11.20	82.14			
Control de la gestión y prestación	15	34.10	23.61	69.23	253.70	134.24	52.91
Atención ambulatoria	14	47.74	26.26	55.00			
Atención extramural	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	47.74	11.05	23.15			
Atención de emergencias	14	47.74	36.43	76.32			
Atención quirúrgica	24	47.74	24.89	52.13			
Docencia e Investigación	14	34.10	20.46	60.00	158.57	97.31	61.37
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	17.05	8.91	52.27			
Admisión y alta	16	17.05	10.72	62.86			
Referencia y contrarreferencia	10	17.05	17.05	100.00			
Gestión de medicamentos	15	17.05	7.21	42.31			
Gestión de la información	14	17.05	9.27	54.35			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	17.05	8.23	48.28			
Manejo del riesgo social	6	17.05	17.05	100.00			
Nutrición y dietética	10	17.05	10.53	61.76			
Gestión de insumos y materiales	8	17.05	11.15	65.38			
Gestión de equipos e infraestructura	12	17.05	4.51	26.47			
Total	341	634.26	391.35		634.26	387.44	
					Puntaje Final (%)		

Fuente: Aplicativo de Acreditación – MINSA

0	50	NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)
0	50	NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)
50	70	NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
70	85	NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)



85 | 100 | Aprobado (85%)

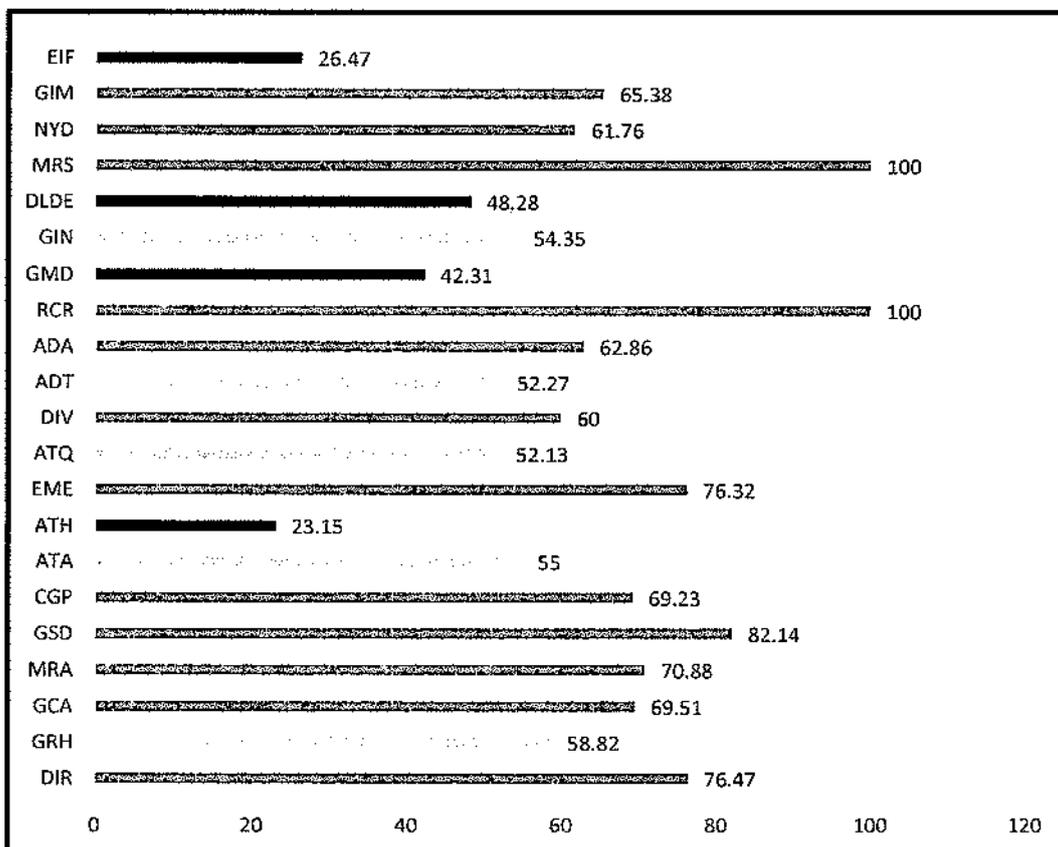
Por ser un establecimiento de salud de nivel II-2, no nos corresponde evaluar el macroproceso 8: Atención Extramural.

Puntaje de Autoevaluación por Categoría de Macroprocesos 2022

Categoría	Cumplimiento
Gerenciales	70.22%
Prestacionales	52.91%
De Apoyo	61.37%

El grupo de macroprocesos de la categoría Prestacionales son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo (52.53%), seguido de los macroprocesos Gerenciales y De apoyo; no alcanzan el 85% de cumplimiento de los estándares de acreditación para lograr un puntaje aprobatorio.

Puntaje de los macroprocesos evaluados 2022



En relación a los macroprocesos, se debe referir, los que han obtenido puntajes más bajos son: Atención de Hospitalización (23.15%), Gestión de Equipos e Infraestructura (26.47%), Gestión de Medicamentos (42.31%), Descontaminación Limpieza, Desinfección y Limpieza (48.28%), Atención Quirúrgica (52.13%), Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (52.27%), Gestión de la Información (54.35%), Atención Ambulatoria (55%), Gestión de Recurso Humano (58.82%).



Muy por el contrario, los que han obtenido puntaje de calificación mayor son: Manejo del Riesgo Social (86.36%) y Referencia y Contrareferencia (100%).

VIII. OBSERVACIONES

Cada equipo de Evaluadores ha formulado y socializado sus observaciones con las áreas evaluadas. Estas observaciones fueron analizadas y priorizadas con una matriz según corresponde. Este insumo servirá para el planteamiento de planes de mejora.

Las observaciones desprendidas de evaluación, por macroprocesos y según criterio, es la siguiente:

- **Respecto al Macroproceso 1: Direccionamiento**
 - ✓ Solo se cuenta con el ASIS del año 2020, debido al estado de emergencia no se han reunido para la elaboración del documento oficial.
 - ✓ El resultado de evaluación del FON (Tipo I) del hospital en los años 2020 y 2021 muestra que se tiene que reformular algunas mediciones porque no están en los niveles esperados. El resultado del software de la evaluación del FON está entre el 51% y 80%. En el 2022 no se ha realizado evaluación.
 - ✓ La GPC y Guías de Procedimientos Asistenciales no están actualizadas.
- **Respecto al Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos**
 - ✓ No se realiza el análisis de resultados de productividad por Unidades, Departamentos y Servicios.
 - ✓ No se existe evidencias de reuniones periódicas de equipos multidisciplinarios conformados oficialmente para realizar una reflexión de su práctica con la situación institucional
 - ✓ No existen equipos de trabajo conformados para identificar los problemas, proponer soluciones y participar en las decisiones para mejorar en el desempeño de los recursos humanos
- **Respecto al Macroproceso 3: Gestión de la Calidad**
 - ✓ Los MAPROS Administrativos y Asistenciales están desactualizados.
 - ✓ No se cuenta con panel de la cartera de servicios; solo programación diaria de consultorios publicados en los diferentes servicios.
 - ✓ No se cumple con la privacidad en la atención, porque no existen cortinas de separación en los consultorios, servicios de emergencia y hospitalización, solo se cuenta con algunos biombo que no son suficientes.
 - ✓ Existe documento (Índice de Seguridad Hospitalaria) de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios y las propuestas, pero no tiene RD. No se ha elaborado informe.
 - ✓ No existe flujogramas en ningún servicio de consultorios externos.
 - ✓ Las encuestas de Clima Organizacional (U. Personal) fueron realizadas con poca participación del personal, el Informe Técnico de Medición de Clima Organizacional debe ceñirse a la norma establecida.
- **Respecto al Macroproceso 4: Manejo de Riesgo de la Atención**
 - ✓ No se realiza el análisis de la efectividad de la atención materna de acuerdo a los indicadores establecidos según la normatividad.
 - ✓ No cuenta con el reporte de tasa de reducción de casos de muertes maternas en los últimos cinco años.
 - ✓ No cuenta con metodología oficial para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de riesgos de atención.
 - ✓ Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfuncional con procedimiento paralelo a la normatividad.
 - ✓ No se observan medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos que pueden originar eventos adversos. Los servicios asistenciales cuentan con MAPRO de Enfermería y el Manual de Seguridad del paciente para el manejo de medicamentos.



- ✓ No cuenta con documento que indique el mecanismo para el etiquetado de las placas radiográficas.
 - ✓ Solo se cuenta con documento para la identificación de personas sometidas a procedimientos quirúrgicos (lista de cirugía segura), más no para procedimientos, diagnósticos y terapéuticos.
 - ✓ No se cuenta con Guías de Práctica Clínica que describa las medidas de prevención de desnutrición.
 - ✓ Las Guías de atención están desactualizadas en todos los servicios de hospitalización.
 - ✓ No se cuenta con informes de acciones implementadas para disminuir la incidencia de eventos adversos en los servicios.
- **Respecto al Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres**
 - ✓ El hospital no cuenta con Certificado de Inspección Técnica vigente, tampoco se ha realizado la evaluación de seguridad de obras que no hace la Municipalidad, se cuenta la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), falta aprobarlo.
 - ✓ Entre el 50% a 80% de las áreas cumplen con las señales de seguridad.
 - ✓ El Hospital no cuenta con la señalización correcta de los conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nitrógeno y aire comprimido)
 - ✓ Se cuenta con RD de Conformación del Comité, falta elaborar los informes de las actividades realizadas.
 - **Respecto al Macroproceso 6: Control de Gestión y Prestación**
 - ✓ Se cuenta con Plan oficial e instrumentos completos de auditoría, supervisión y evaluación; sin embargo, no se cumple con lo programado.
 - ✓ No se cuenta con acta de reunión de los responsables para la elaboración de indicadores de gestión y prestación.
 - ✓ Se verifica documentos que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito (muestra de 10 trabajadores)
 - ✓ No cuenta con informe de indicadores de gestión y prestación.
 - ✓ No se ha evaluado la aplicación de Guías de Práctica Clínica en las atenciones de emergencias.
 - ✓ No se ha evaluado la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
 - ✓ Se tiene identificados los aspectos críticos de los procesos de gestión, pero falta compromiso de todos los jefes de los Servicios asistenciales.
 - ✓ No se ha realizado auditorías de los procesos de atención, pero está programado en el Plan de Auditoría en Salud HCLLH 2022.
 - **Respecto al Macroproceso 7: Atención Ambulatoria**
 - ✓ Existe señalización de rutas de acceso de los servicios, sin embargo, no hay planos de ubicación, tampoco un mapa de ubicación actualizado de los consultorios.
 - ✓ El Servicio de Consultorios Externos no cuenta con un área de Triage.
 - ✓ No se registra la demanda insatisfecha; en el Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (UEIT), el personal de ventanillas únicas solo registra pacientes que han obtenido cita pero que no se sienten satisfechos porque no es el día que ellos quieren ni tampoco el profesional que les va a atender.
 - ✓ Se cuenta con GPC oficializadas de que abordan las patologías más frecuentes en las diversas etapas de vida, pero no están actualizadas
 - ✓ En el 2022 no se ha realizado la evaluación de indicadores de atención prenatal.
 - **Respecto al Macroproceso 9: Atención Hospitalaria**
 - ✓ No cuenta con el ASIS institucional actualizado.
 - ✓ No todos los servicios cuentan con Actas de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio.
 - ✓ No se realizó FON o informe de encuestas a familiares o pareja.



- ✓ Cuenta con SIGA sistematizado en la mayoría de los servicios.
 - ✓ No se cuenta con Guías de Práctica Clínicas y Guías de Intervención de Enfermería actualizadas.
 - ✓ No se evidencia informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento, ni informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.
 - ✓ El personal de salud no cumple con las medidas de bioseguridad al 100%.
 - ✓ No se evidencia reuniones de análisis de LIH y eventos adversos.
 - ✓ No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año.
 - ✓ No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año debido a que no se presentó casos de mortalidad materna al momento de la supervisión.
 - ✓ Dentro de las GPC Gineco-obstétricas se evidencia la atención de las complicaciones obstétricas. Pero no cuenta con informe de monitoreo.
 - ✓ No se auditan las historias clínicas ni se toman acciones para mejorar los procesos.
 - ✓ El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos de su caso del 50 % al 80%.
 - ✓ Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento en menos del 50% de los casos.
 - ✓ Los Departamentos Asistenciales no cuentan con su MAPRO vigente, tampoco cuentan con informes ni acta de reunión de mejora de procedimiento.
 - ✓ No cuentan con documentos que evidencia mecanismo de evaluación por pares en cada servicio.
 - ✓ No se cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta.
 - ✓ No se cuenta documento oficial ni horarios publicados debido a que por Pandemia está prohibido en ingreso de familiares.
 - ✓ No se evidencia actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a las GPC en el servicio de Gineco-obstetricia.
 - ✓ Se realiza el informe de eventos adversos trimestralmente, pero no se han implementado las recomendaciones ni el seguimiento de estas.
 - ✓ No se registra ni se evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto.
- **Respecto al Macroproceso 10: Atención en Emergencia**
 - ✓ Renovar los carteles y banners informativos con un enfoque de interculturalidad del Servicio de Emergencia.
 - ✓ Las GPC se encuentran desactualizadas.
 - ✓ El Servicio de Emergencia cuenta con un plan de capacitación, pero dichos contenidos son charlas. El personal médico y técnico se capacita con sus propios recursos.
 - ✓ No se ha realizado Capacitación para el personal de Triage.
 - ✓ Se verifica la existencia de medicamentos e insumos del coche de paro para la atención inmediata; sin embargo, no hay evidencia de un registro de verificación periódica de operatividad del equipamiento.
 - **Respecto al Macroproceso 11: Atención Quirúrgica**
 - ✓ No cuenta con la Programación de actividades de Centro Quirúrgico.
 - ✓ Se cuenta con manual de procedimientos oficial y es conocido por el personal sobre una muestra aleatoria de 50% de trabajadores del área en el turno.
 - ✓ No se cuenta con GPC actualizadas.
 - ✓ No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes del centro quirúrgico, solo lo registran la hora.
 - ✓ No cuentan con el informe de análisis de las cirugías suspendidas, solo cuentan con un cuaderno de registro.
 - ✓ No se cuantifica las tasas de mortalidad intraoperatorio y postoperatorio.
 - ✓ No se cuenta con informe de medidas correctivas.
 - ✓ No se cuenta con el informe de análisis de las reintervenciones.



- ✓ No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
- ✓ No se realiza las evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes, debido a no contar con GPC.
- ✓ No se implementa proyectos de mejora continua en base a los resultados de las auditorías preventivas y de caso.
- ✓ No se cuenta con política de confidencialidad respecto a la información del paciente.

- **Respecto al Macroproceso 12: Docencia e Investigación**
 - ✓ Se cuenta con los planes anuales de actividades de docencia pregrado y posgrado, aún falta oficializarlos con acto resolutivo.
 - ✓ No se cuenta con informes del cumplimiento de actividades del programa de tutoría y asesoría a los alumnos de pregrado y postgrado.
 - ✓ Existe evidencia documental de las actividades de pre y post grado, sin embargo, no se cuenta con el informe de evaluación del plan de actividades de los dos últimos trimestres.
 - ✓ No se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el Comité de Ética e Investigación.
 - ✓ Se cuenta con cuaderno de registro de los materiales de capacitación, pero no se cuenta con un ambiente apropiado para incorporar los materiales de investigación (biblioteca física o virtual).
 - ✓ El personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos ni virtuales, debido a que no contamos con una infraestructura para implementación de una biblioteca.

- **Respecto al Macroproceso 13: Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento**
 - ✓ Algunos de los servicios de apoyo al tratamiento disponen de normas y guías de procedimientos según la directiva vigente, pero no están oficializados, están en revisión en OPE.
 - ✓ Los servicios que no han actualizados sus MAPROs son el Serv. Psicología y Servicio Social, estos documentos son del año 2011.
 - ✓ No todos los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad.
 - ✓ No se evalúan indicadores de calidad en los servicios de apoyo al diagnóstico, en función de las necesidades de los pacientes.
 - ✓ El servicio de Farmacia no cuenta con un programa de control de garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.
 - ✓ No se cuenta con documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio.
 - ✓ Se evidencia que el 50% del personal de anatomía patológica realizó capacitaciones de manera particular.
 - ✓ No se cuantifica con documentación de las medidas correctivas respecto a las reacciones adversas derivadas de atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.

- **Respecto al Macroproceso 14: Admisión y Alta**
 - ✓ Cuentan con un cuaderno de actas donde registran las reuniones para identificar los problemas detectados de los registros médicos, (Folio 231 – fecha 07.10.22); sin embargo, no se cuenta con un informe de análisis de estos casos.
 - ✓ No cuenta con cuaderno de ocurrencias en donde identifican las necesidades de atención por parte del personal de admisión.
 - ✓ No se cuenta con encuestas oficiales al usuario externo sobre la información brindada por el personal de admisión.
 - ✓ Desde hace dos años no se ha realizado el Tiempo de Espera del usuario en admisión.
 - ✓ Está en proceso el informe de control de calidad de HC.
 - ✓ No se emiten informes mensuales en físico de las estancias hospitalarias prolongadas.

- **Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos**
 - ✓ No cuenta con RD que aprueba el manual de buenas prácticas de almacenamiento. No cuenta con informe de implementación de recomendaciones. No cuenta con lista de chequeo



- ✓ El almacén de Farmacia cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento.
 - ✓ Existe el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos pero no está actualizado.
 - ✓ No se cuenta con informes de evaluación del cumplimiento de las normas de prescripción.
 - ✓ No se cuenta con informes de evaluación de cumplimiento de las normas de dispensación.
 - ✓ No existe evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores de dispensación de medicamentos.
 - ✓ No existe documento oficial que registra el mecanismo de información al paciente al momento de la dispensación.
 - ✓ No existe evidencia documentaria del registro de los errores de prescripción.
 - ✓ No se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado.
 - ✓ No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas.
 - ✓ No se ha realizado la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos
- **Respecto al Macroproceso 17: Gestión de la Información**
 - ✓ No se cuenta con plan de adquisición que incorpore todas las necesidades de equipamiento del sistema de información.
 - ✓ No se realiza un monitoreo de la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.
 - ✓ No se cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
 - ✓ No se cuenta con registro de reuniones de análisis de información entre servicios.
 - ✓ No se cuenta con evidencia documentaria sobre las percepciones del usuario interno respecto a la información.
- **Respecto al Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización**
 - ✓ El Serv. Esterilización cuenta con un Registro Manual de Pérdidas y deterioros de cama y ropa, pero no tiene Informe de dicho control.
 - ✓ Se observa que menos del 60% del personal que realiza recolección y lavado de ropa está debidamente protegido según normas de salud ocupacional.
 - ✓ No se cuenta con un Manual para el tratamiento de ropa contaminada aprobado con RD. El personal lo realiza en forma empírica. El personal no conoce ningún manual para el tratamiento del manejo de ropa contaminada.
 - ✓ El Serv. Lavandería no tiene ningún registro de quejas de los servicios que entrega la ropa, por lo que no se puede cuantificar las quejas y reclamos de este Servicio.
 - ✓ Se verifica que el personal conoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama pero no lo realiza como debe ser.
 - ✓ El Establecimiento de Salud cuenta con Manual de Residuos Sólidos y Manual de Salud Ocupacional.
 - ✓ Se observa que entre el 60% y 90% del personal de limpieza se encuentra debidamente protegido según las normas de salud.
 - ✓ El personal conoce de forma parcial los procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios. Se verifica su implementación parcial. Cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos.
- **Respecto al Macroproceso 20: Nutrición y Dietética**
 - ✓ El Servicio de Nutrición no cuenta con manual de procedimiento actualizado.
 - ✓ El servicio de Nutrición elaboró su MAPRO de acuerdo a la normativa vigente, remitieron para su revisión y aprobación a la Oficina de Planeamiento Estratégico mediante el Memorandum N° 157/09-JSN-HCLLH-2021.



- ✓ Está pendiente elaborar el cronograma de actividades de información al usuario sobre requerimientos nutricionales. Se sugiere implementar material de información nutricional (dípticos, cartilla, etc.)
- ✓ No se cuenta con un Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.
- ✓ No exige un registro de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos.

- **Respecto al Macroproceso N° 21: Gestión de Insumos y Materiales**
 - ✓ No tiene Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales que establezcan las medidas de protección. Se evidencia una infraestructura inadecuada para el Almacén.
 - ✓ Se cuenta con un documento oficial que registra los procedimientos para el control de consumos y materiales, pero no se evalúa su aplicación.
 - ✓ El cuadro de necesidades es la base para desarrollar el Plan Anual de Adquisiciones, mismo que se modifica en el transcurso del año.
 - ✓ Los servicios hacen su requerimiento mediante este aplicativo (SIGA)
 - ✓ No hay evidencia del porcentaje de entrega de insumos y materiales

- **Respecto al Macroproceso 22: Equipos e Infraestructura**
 - ✓ Se cuenta con el Plan Multianual de Mantenimiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación Trimestral.
 - ✓ Se cuenta con Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH, aprobado con Resolución Directoral; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación del Plan de Reemplazo y mantenimiento preventivo de Equipos
 - ✓ La Oficina de Planeamiento Estratégico fue acreditada para realizar proyectos de inversión, hasta el mes de octubre contaba con un personal capacitado para realizar proyectos de inversión, sin embargo, renunció. Es necesario contar con otro personal capacitado.
 - ✓ No se cuenta con evidencia documentaria de capacitación en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.
 - ✓ No cuenta con Manual de Procedimientos, en donde se verifique sus procesos: adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS.
 - ✓ Cuenta con un sistema de inventario electrónico de equipos biomédico, pero no tiene documento oficial.
 - ✓ No cuentan con informe de inventario.
 - ✓ No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias
 - ✓ No cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
 - ✓ No cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica)
 - ✓ Cuenta con las fichas de Orden de trabajo de mantenimiento de equipos del área biomédica, pero no presentan el informe de las solicitudes atendidas.
 - ✓ Cuentan con las fichas de Orden de trabajo (OTM) diario ante el llamado de mantenimiento preventivo o recuperativo de equipos e infraestructura, pero no cuantifican el porcentaje de soluciones oportunas (total de solicitudes recibidas y las que tuvieron respuesta).

IX. RECOMENDACIONES

- El proceso de Autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por la Dirección Ejecutiva y por cada Órgano y/o Unidad Orgánica, con el fin de estar acreditados y ello significa garantizar una calidad de atención de calidad a nuestros pacientes.



- La Dirección Ejecutiva y el Equipo de Acreditación del Hospital deben continuar impulsando el proceso de Acreditación, en la etapa del plan de mejora en base a los resultados de la autoevaluación 2022.
- El Equipo de Evaluadores Internos elaborará el Plan de Intervención en base a los resultados obtenidos en la evaluación interna 2022, el cual se socializará con los servicios involucrados en los macroprocesos que hayan obtenido puntaje de 0 y 1. Se realizará el monitoreo en los plazos establecidos para verificar la implementación de las recomendaciones.
- El Equipo de Acreditación, debe programar reuniones periódicas a fin de evaluar la problemática identificada, las recomendaciones emitidas en el presente informe, así como monitorizar el cumplimiento de las recomendaciones.
- Los Jefes de las Unidades, Departamentos y Servicios que forman parte de las recomendaciones emitidas en el presente informe, deben de priorizar la programación de sus actividades para el año 2023. deberá conformar un nuevo Equipo de Evaluadores Internos; este equipo debe participar activamente en el desarrollo del proceso de autoevaluación 2023.
- Los Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios deberán reunirse de forma periódica con el personal a su cargo y exponer puntos débiles, problemas que se presentan para resolverlos, haciendo firmar actas a los participantes.
- Las Jefaturas de los Oficina y Unidades Administrativas deberán actualizar los manuales de procedimientos; asimismo, los servicios asistenciales, sus guías de práctica clínica, guías y/o manuales de procedimientos. Reunirse trimestralmente para evaluar el cumplimiento.
- La Dirección Ejecutiva debe otorgar un reconocimiento a los evaluadores internos que cumplieron con las responsabilidades asignadas durante el proceso de autoevaluación. Se sugiere reestructurar el Equipo de Evaluadores Internos, el cual debe estar integrado por un Equipo Multidisciplinario, competente y comprometido.

X. CONCLUSIONES

- Pese a los inconvenientes debido al cambio de gestión, deserción de algunos integrantes del Equipo de Evaluadores Internos, falta de compromiso de las Jefaturas de los servicios involucrados en los Macroprocesos, se ha efectuado el proceso de autoevaluación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- De manera global se ha obtenido un puntaje final del 61% de cumplimiento de los estándares de acreditación lo que nos ubica en un nivel NO Aprobado; en nueve meses se realizará una nueva evaluación interna.
- El grupo de macroprocesos de la categoría Prestacionales son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo (52.53%), seguido de los macroprocesos Gerenciales y De apoyo; no alcanzan el 85% de cumplimiento de los estándares de acreditación para lograr un puntaje aprobatorio.
- En relación a los macroprocesos, se debe referir, los que han obtenido puntajes más bajos son: Atención de Hospitalización (23.15%), Gestión de Equipos e Infraestructura (26.47%), Gestión de Medicamentos (42.31%), Descontaminación Limpieza, Desinfección y Limpieza (48.28%), Atención Quirúrgica (52.13%), Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (52.27%), Gestión de la Información (54.35%), Atención Ambulatoria (55%), Gestión de Recurso Humano (58.82%).



-
- Muchos de los criterios de los estándares de acreditación no se aplican en nuestro establecimiento de salud, los procesos han cambiado; sin embargo, se debe cumplir con la evaluación.

XI. ANEXOS



ANEXO 1

Resultado de la Autoevaluación por Macroprocesos

Fecha y Hora de Impresión: 14/12/2022 03:03:18 p.m.



Establecimiento: 00007632-HOSPITAL
**PUENTE PIEDRA CARLOS
 LANFRANCO LA HOZ**

Tipo de Establecimiento: II-2

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluador Líder: LIC.

Fecha Inicio: 18/10/2022 Fecha Termino: 23/11/2022

Resultado Global: **387.44 Puntos -> 61.09 %**

Resultado Por Categoría:

Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER.Gerencia	155.89	70.22%
PRE.Prestación	134.24	52.91%
APO.Apoyo	97.31	61.37%

Resultado Por Macroproceso:

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	41.72	76.47%
GRH.Gestión de recursos humanos	24.07	58.82%
GCA.Gestión de la calidad	33.19	69.51%
MRA.Manejo del riesgo de atención	33.84	70.88%
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	11.20	82.14%
CGP.Control de la gestión y prestación	23.61	69.23%
ATA.Atención ambulatoria	26.26	55.00%
AEX.Atención extramural	0.00	0.00%
ATH.Atención de hospitalización	11.05	23.15%
EMG.Atención de emergencias	36.43	76.32%
ATQ.Atención quirúrgica	24.89	52.13%
DIV.Docencia e Investigación	20.46	60.00%
ADI.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	8.91	52.27%
ADA.Admisión y alta	10.72	62.86%
RCR.Referencia y contrareferencia	17.05	100.00%
GMD.Gestión de medicamentos	7.21	42.31%
GIN.Gestión de la información	9.27	54.35%
DLDE.Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz.	8.23	48.26%
MRS.Manejo del riesgo social	17.05	100.00%
NYD.Nutrición y dietética	10.53	61.76%
GIM.Gestión de insumos y materiales	11.15	65.38%
EIF.Gestión de equipos e infraestructura	4.51	26.47%



ANEXO 2

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESOS

❖ Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

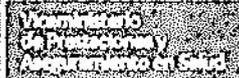
Servicio Involucrados: Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Epidemiología, Dpto. Ginecología, UGRED.

Criterio de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
DIR 1-4	Solo se cuenta con el ASIS del año 2020. Tienen informes de análisis de las principales necesidades de salud de los usuarios, identificadas por etapas de vida sin embargo, no debido al estado de emergencia no se han reunido para la elaboración del documento oficial.	La Unidad de Epidemiología deberá realizar el ASIS 2021 y 2022, socializarlo con el personal.
DIR 1-5	En el presente año (2022) no se ha realizado reuniones para la formulación del ASIS.	La Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar el documento oficial de Análisis de la Situación de Salud – ASIS.
DIR 1-6	El resultado de evaluación del FON (Tipo I) del hospital en los años 2020 y 2021 muestra que se tiene que reformular algunas mediciones porque no están en los niveles esperados. El resultado del software de la evaluación de FON está entre el 51% y 80%. En el 2022 no se ha realizado evaluación.	Realizar con el Equipo de Gestión un análisis de las deficiencias encontradas en el FON que podrían estar afectando la capacidad resolutive de la atención materno perinatal y plantear intervenciones de mejora.
DIR 1-7	La GPC y Guías de Procedimientos Asistenciales no están actualizadas. Hasta la fecha sólo El Dpto. De Gineco-obstetricia tiene su GPC actualizada y oficializada.	La Se deberá realizar un monitoreo a los servicios asistenciales para verificar la aplicación correcta de las GPC para la atención de las prioridades sanitarias.

❖ Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Servicio Involucrado: Unidad de Personal

criterio de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GRH 1-1	No cuenta con reglamento del proceso de selección. *Es reiterativo del incumplimiento de entrega de este criterio evaluado.	Elaborar el Reglamento del Proceso de Selección de Personal.
GRH 1-2	No cuenta con procedimiento documentado oficializado de inducción al personal No cuenta con informe de inducción del personal del último semestre	Elaborar el Plan de Inducción con los nuevos procesos de contratación y dar cumplimiento.
GRH 1-4	No se realiza el análisis de los resultados de productividad por servicios / departamentos / áreas y unidades.	Implementar estándares para la evaluación por parte de los jefes de áreas, servicios y/o departamentos de la productividad individual de cada trabajador.



GRH 2-2	No existen equipos de trabajo conformados para identificar problemas, proponer soluciones y participar en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	Se recomienda conformar los equipos de trabajo para que formulen alternativas de solución a los problemas priorizados sobre el desempeño de los recursos humanos.
GRH 4-3	La capacitación en deberes y derechos del usuario interno se encuentra en proceso de ejecución por el área usuaria.	Sensibilización al área usuaria de la importancia de cumplir con el criterio correspondiente

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad

Servicios Involucrados: Unidad de Gestión de la Calidad, Unidad de Personal (Area de Clima Organizacional), UGRED, Jefaturas Asistenciales.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GCA 1-3	Se realizó una reunión con el Director Ejecutivo (Dr. Hernán Paredes Alpaca) de coordinación para dar inicio a los Proyectos de Mejora Continua, pero no se registró en libro de actas.	Todas las reuniones deben estar registrado en el cuaderno de actas.
GCA 1-4	Los MAPROS Administrativos y Asistenciales son de los años 2010, 2011, 2015. Algunos MAPROS no cuentan con RD: (Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos) Las Unidades y/o Servicios que no cuentan con MAPROS son: Economía, Unidad de Personal, Unidad de Seguros, U. estadística e Informática, U. Servicios Generales, Dpto. Ginecoobstetricia, Servicio de Farmacia, Dpto. Enfermería, Consultorios Externos y Central de Esterilización.	Actualizar los MAPROS de acuerdo a las directivas vigentes. Las Unidades / Departamentos /Servicios que no cuentan con sus MAPROS deben implementar a la brevedad posible.
GCA 2-3	Memorándum Circular N° 012-05/2022-UGC-HCLLH/MINSA: Socialización del documento técnico aprobado por al DIRSIS LN N° 163-2022-MINSA/DIRIS LN. No hay panel de la cartera de servicios Solo programación diaria de consultorios publicados en los diferentes servicios.	Debe estar publicado un panel con la cartera de servicios y tarifario, también se debe contar con la programación de los médicos y sus turnos.
GCA 2-4	RD N° 165-07/2022-DE-HCLLH/MINSA: Directiva Administrativa N° 006-HCLLH/DE: Privacidad y confidencialidad en los procesos de atención de los usuarios externos del HCLLH, el cual se socializó a los servicios mediante el Memo Circular N° 016-07/2022-UGC-HCLLH/MINSA. No se cumple la privacidad en la atención porque no existen cortinas de separación en los consultorios, emergencia y servicios de hospitalización, solos se cuenta con algunos biombos que no son suficientes.	En los diferentes servicios para garantizar la atención de los usuarios, se debe de contar con cortinas y biombos en cantidad suficiente, así como letreros o carteles para restringir el ingreso a personas extrañas.
GCA 2-5	Existe documento (índice de Seguridad Hospitalaria) de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios y las propuestas, pero no tiene RD.	Solicitar la Resolución Directoral para el documento de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios y las propuestas.



GCA 2-6	<p>No hay informes. Se ha enviado las propuestas para su implementación, aún no se realizan: escalera de acceso a salud ocupacional y Dpto. Enfermería, arreglo del techo de lavandería con humedad, mantenimiento del sistema eléctrico, etc.)</p> <p>Existe Libro de Actas de reuniones realizado con el Equipo de la Unidad de Gestión de Riesgo y la Dirección Ejecutiva (14/09/2021): Levantamiento de observaciones del ISH; también coordinación para el simulacro de sismo (27/10/2022)</p>	Realizar el seguimiento al documento enviado solicitando la implementación de las barreras identificadas.
GCA 2-7	<p>-No hay panel de publicación de la cartera de servicios.</p> <p>-Por ventanillas de admisión se encuentra una pizarra con la publicación del Rol de Guardias.</p> <p>-Existe publicación de la programación diaria de consultorios externos realizado por la Enfermera Jefe del Servicio de Consultorios Externos.</p>	Solicitar la adquisición de un panel con la cartera de servicios.
GCA 2-8	<p>Existen letreros en cada servicio (consultorios externos, hospitalización y emergencia).</p> <p>No existe flujogramas en ningún servicio.</p>	Implementar flujogramas de atención general por servicios.
GCA 3-1	<p>Informe N° 026-09/2022-AOC-UGC-HCLLH: Informe del I Semestre de SERVQUAL.</p> <p>Informe N° 09-05-2022-ETRHYS-UP-HCLLH-MINSA: I Trimestre de la Encuesta de Clima Organizacional, del cual solos e aplicó a 468 trabajadores.</p> <p>Informe N° 04-03-2022-ETRHYS-UP-HCLLH-MINSA: Informe del I Trimestre de Pausas activas realizadas con el personal administrativo.</p>	El HCLLH cuenta con 1215 trabajadores entre nombrados y CAS, por lo que la encuesta para evaluar la satisfacción del usuario interno, debe ser dirigido a todos los trabajadores.
GCA 3-3	Informe N° 026-09/2022-AIC-UGC-HCLLH, la encuesta sobre Buen Trato solo se aplicó en Consultorios Externos con un porcentaje de 79.5% aceptable.	La encuesta a los usuarios sobre el buen trato debe ser aplicado en los diferentes servicios del hospital (emergencia y hospitalización)
GCA 3-7	<p>RD N° 28-02/2022-DE-HCLLH/MINSA (Plan de Intervención de Clima Organizacional)</p> <p>Memo Circular N° 040-09-2022-UP-HCLLH/MINSA (distribución de encuestas a los diferentes servicios)</p> <p>Informe N° 09-05-2022-ETRHYS-UP-HCLLH-MINSA: I Trimestre de la Encuesta de Clima Organizacional, del cual solo se aplicó a 468 trabajadores, que hace un porcentaje de 38.51%, siendo actualmente 1215 trabajadores entre nombrados y CAS. De los 468 trabajadores encuestados el 49% satisfechos y 51% insatisfecho.</p>	<p>Encuesta de Clima Organizacional, el cual se aplicó a 468 trabajadores, que hace un 38.51%; el Hospital cuenta con 1215 trabajadores entre nombrados y CAS, por lo que la encuesta para evaluar la satisfacción del usuario interno debe ser dirigido a todos los trabajadores.</p> <p>Las pausas activas también deben ser replicadas en el personal asistencial.</p>



GCA 3-8	<p>El Dpto. Ginecoobstetricia no cuenta con procedimientos administrativos ni asistenciales aprobados.</p> <p>Se cuenta con Proyecto de Mejora (Implementación de la Lista de Chequeo de Parto Seguro), el cual se encuentra en proceso.</p>	<p>El Dpto. Ginecoobstetricia debe elaborar el Manual de Procedimientos Administrativos y Asistenciales y solicitar la aprobación mediante acto resolutivo.</p> <p>Continuar con el Proyecto de Mejora (LCPS), realizar los informes de los resultados obtenidos.</p>
---------	--	---

❖ **Macroproceso 4: Manejo de Riesgo de la Atención**

Servicios involucrados: Unidad de Epidemiología, Unidad de Personal (Area de Salud y Seguridad en el Trabajo), UGC, UGRED, Dpto. Enfermería, Dpto. Ginecología, Dpto. Patología Clínica, Dpto. Diagnóstico por Imágenes, Ser, Farmacia, Serv. Generales.

criterio de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
MRA 1-6	No se realiza el análisis de la efectividad de la atención materna de acuerdo a los indicadores establecidos según la normatividad.	Realizar periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según norma.
MRA 1-7	No cuenta con el reporte de tasa de reducción de casos de muertes maternas en los últimos cinco años.	Elaborar el informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años.
MRA 1-11	No cuenta con metodología oficial para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de riesgos de atención.	Implementar una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.
MRA 2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfuncional con procedimiento paralelo a la normatividad.	Elaborar el informe de análisis de indicadores de seguridad transfuncional.
MRA 2-3	No se observan medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos que pueden originar eventos adversos. Los servicios asistenciales cuentan con MAPRO de Enfermería y el Manual de Seguridad del paciente para el manejo de medicamentos.	El Comité de Farmacovigilancia deberá implementar el manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos y ponerlo en práctica.
MRA 2-4	No cuenta con documento que indique el mecanismo para el etiquetado de las placas radiográficas.	El equipo del Dpto. Diagnóstico por Imágenes deberá implementar el documento técnico que describa el mecanismo para realizar el etiquetado de placas radiográficas.
MRA 2-5	Solo se cuenta con documento para la identificación de personas sometidas a procedimientos quirúrgicos (lista de cirugía segura), más no para procedimientos, diagnósticos y terapéuticos.	Implementar un documento que establezca las medidas para prevenir errores de identificación.



MRA 2-6	Se revisó 05 HCL, entre hospitalización y emergencia, de los cuales 03 describen y aplican las medidas preventivas para prevenir el riesgo de UPP y 02 no describen ni aplican las medidas preventivas de UPP.	El Departamento de Enfermería debe implementar la Guía de Intervención para pacientes hospitalizados que presentan úlceras de presión
MRA 2-7	Se revisó 5 HCL, de los cuales en hospitalización de cirugía 2 HCL en los cuales no se encuentra la evaluación del riesgo de TVP y Trombo embolismo pulmonar ni se describe las medidas de prevención, ni se registra, sin embargo, se observó la aplicación de las medidas en los pacientes. En ginecología se revisó 3 HCL en los cuales se evalúan el riesgo, se aplica las medidas y se registra.	Actualizar la GPC de Trombosis venosa profunda (TVP) y Tromboembolismo pulmonar (TEP)
MRA 2-8	Solo los servicios (Pediatria, UCI y NEO) cuentan con manual de procedimientos, Se evaluó 5 HCL de los cuales solo aplican la evaluación del riesgo de aspiración, en 1 HCL de pediatría y 1 de UCI, los demás servicios (Medicina, Emergencia) no aplican el manual.	Elaborar los Manuales de Procedimientos asistenciales
MRA 2-9	No se cuenta con Guías de Práctica Clínica que describa las medidas de prevención de desnutrición. No se encuentra registrado en la HC, se encuentra registrado en Serv. Nutrición.	Elaborar Guías de Práctica Clínica de las medidas de prevención de desnutrición.
MRA 3-2	Guía de Práctica Clínica de Ginecología y Cirugía incluyen la evaluación del riesgo de infección en el sitio quirúrgico en I.Q. de Hernia y Cesárea Iterativa. Se revisó 5 HCL, no se encuentra la aplicación de la profilaxis antibiótica para prevenir el riesgo de infección	Las guías de práctica clínica deben aplicarse en función a la intervención prevista. Los jefes de Dptos., la U. Gestión de la Calidad y el Comité de Auditoría de HCL deben supervisar la adherencia a las GPC
MRA 5-1	Guías de atención desactualizadas en todos los servicios de hospitalización.	Actualizar la Guía de Atención de atención de enfermería en todos los servicios de hospitalización.
MRA 5-2	El personal de enfermería elabora un plan de atención, aplica y registra en algunos servicios, se evaluó 10 HCL, de los cuales cumplen en ginecología, pediatría, UCI, neonatología, Unidad de recuperación, medicina cirugía y no se cumple en emergencia observación adulto y pediatría.	Todos los Departamentos deberán realizar reuniones de análisis e los incidentes / eventos adversos ocurridos en los servicios a su cargo, utilizando el instrumento de análisis "Protocolo de Londres" para realizar acciones de mejora.
MRA 5-5	Se cuenta con Registro de Eventos Adversos del personal de enfermería en las áreas/servicios. Se cuenta con cuaderno de actas de reuniones de análisis de eventos adversos por servicios de Enfermería (Emergencia y Hospitalización) No se cuenta con informes de acciones implementadas para disminuir la incidencia de eventos adversos en los servicios.	El personal de enfermería deberá realizar acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal.
MRA 6-9	Se verifica que entre el 50% al 80% del personal aplica los manuales de procedimientos para prevención y atención de riesgos, algunos desconocen.	Socializar el Manual de Prevención y atención de riesgos.

❖ **Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres**

Servicios Involucrados: UGRED, Serv. Farmacia, Unidad de Servicios Generales.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GSD 1-1	No cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil.	Se debe gestionar el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad con la Municipalidad Metropolitana de Lima.
GSD 1-2	No cuenta con informe de evaluación de seguridad de obras realizadas.	La Jefatura de Servicios Generales en coordinación con la Unidad de Gestión de Riesgos debe solicitar la evaluación de seguridad de todas las obras a la municipalidad.
GSD 1-3	Los letreros de señalización de seguridad se encuentran ubicados en menos del 80% de las áreas revisadas aleatoriamente.	La Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento deberá culminar con la colocación de la señalización de seguridad en el 100% de las instalaciones
GSD 1-5	Se ha señalado parcialmente.	La Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento debe pintar y señalar los constructos y tuberías peligrosos, en todo su trayecto.
GSD 1-6	La Oficina de Administración ha contratado servicio de terceros para la realización de la Evaluación Técnica de Seguridad	La Jefatura de UGRED deberá coordinar con autoridades de Defensa Civil para realizar reuniones periódicas y actualizar dicho plan.
GSD 1-7	La Guía de Manejo de Emergencias masivas y Desastres no está aprobada.	Hacer el seguimiento para la actualización de la Guía de Manejo de Emergencias masivas y desastres.

❖ **Macroproceso 6: Control de Gestión y Prestación**

Servicios Involucrados: UGC, OPE, Jefaturas de Unidades, Departamentos y Servicios.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
CGP 1-2	No se cuenta con acta de reunión de los responsables para la elaboración de indicadores de gestión y prestación.	Convocar a reunión a los responsables de las áreas o servicios para definir indicadores de control de la gestión y prestación.
CGP 2-1	Se verifica documentos que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito (muestra de 10 trabajadores)	Realizar la capacitación en auditoría y supervisión del personal responsable.
CGP 2-3	No cuenta con informe de indicadores de gestión y prestación.	Elaborar Informes de Indicadores de Gestión y Prestación, el cual debe ser mensual.



CGP 2-5	No se ha evaluado la aplicación de Guías de Práctica Clínica en las atenciones de emergencias.	Incluir en el Plan de Auditoría la evaluación de la aplicación de las GPC en las atenciones de emergencia.
CGP 2-6	No se ha evaluado la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.	Se programará la evaluación de las Guías de Práctica Clínica en las atenciones obstétricas.
CGP 2-9	No se ha realizado auditorías de los procesos de atención, pero está programado en el Plan de Auditoría en Salud HCLLH 2022.	Cumplir con lo programado en el Plan de Auditoría.

❖ **Macroproceso 7: Atención Ambulatoria**

Servicio Involucrados: Dpto. Enfermería, Consultorios Externos, PAUS, Of. Relaciones Públicas y Comunicaciones, Dpto. Ginecología.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
ATA 1-1	Existe señalización de rutas de acceso de los servicios, sin embargo, no hay planos de ubicación, tampoco un mapa de ubicación actualizado de los consultorios. Debido al estado de emergencia sanitaria, no hubo atención en consultorios externos, poco a poco se ha ido programando más especialidades para la atención en consultorios. La atención también se realiza en la sede administrativa.	Asignar presupuesto para ejecutar el Proyecto de señalización y mapas de ubicación actualizado de los consultorios.
ATA 1-3	El Servicio de Consultorios Externos no cuenta con un área de Triage.	Propiciar la creación de un área para Triage; capacitar de acuerdo a normas institucionales.
ATA 1-4	No se registra la demanda insatisfecha; en el Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (UEIT), el personal de ventanillas únicas solo registra pacientes que han obtenido cita pero que no se sienten satisfechos porque no es el día que ellos quieren ni tampoco el profesional que les va a atender.	Implementar los registros oficiales de reducción de números de usuarios que no accede a la atención ambulatoria con RD
ATA 2-1	Se cuenta con GPC oficializadas de que abordan las patologías más frecuentes en las diversas etapas de vida, pero no están actualizadas	Elaborar Guías de Práctica Clínica para la atención de los pacientes ambulatorios según las etapas de vida.
ATA 2-2	No se cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) actualizadas y por ende no se ha realizado informes del nivel de cumplimiento de las GPC para la atención de pacientes ambulatorios.	Incentivar a la elaboración de GPC e implementar mecanismos
ATA 2-3	En el 2022 no se ha realizado la evaluación de indicadores de atención prenatal.	Elaborar las GPC y coordinar con la Unidad de Gestión de la Calidad para los informes de auditoría



ATA 2-4	En el 2022 no se ha realizado la evaluación de indicadores de atención prenatal.	Realizar informes a su vez evaluar los indicadores de atención prenatal (FON)
ATA 3-1	Se realiza una encuesta a los usuarios externos sobre los mecanismos de información de los principales daños crónico- degenerativos, transmisibles y prevalentes, en donde se verifica que entre el 50% y 80% de usuarios (muestra de 20) recibe información según estos mecanismos.	Coordinar con el Departamento de Enfermería la implementación de un mecanismo de información a los usuarios. Respecto a los daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.

❖ **Macroproceso 9: Atención Hospitalaria**

Servicios Involucrados: Dpto. Enfermería, Serv. Hospitalización (Cirugía, Medicina, Pediatría, Ginecología), Serv. Obstetricia, Dpto. Ginecología, Dpto. Cirugía, Dpto. Medicina, Dpto. Pediatría.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
ATH 1-1	No cuenta con el ASIS institucional actualizado.	Solicitar a Epidemiología el ASIS institucional actualizado.
ATH 1-2	No todos los servicios cuentan con Actas de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio. No cuentan con informes de implementación.	Agregar en el Libro o cuaderno de actas todas las reuniones ya sea virtual o presencial. Realizar informes de implementación a la alta dirección.
ATH 1-3	No se realizó FON o informe de encuestas a familiares o pareja.	Elaborar el FON anualmente oportunamente.
ATH 2-1	Cuenta con SIGA sistematizado en la mayoría de los servicios.	Todos los Servicios deben contar con SIGA
ATH 2-2	No se cuenta GPC actuales y la mayoría son GPC de enfermería en los diferentes servicios. No hay de Tratamientos médicos salvo en Ginecología, anestesiología y neonatología pero no son actuales.	Realizar las GPC en los diferentes servicios tanto del profesional de enfermería y del médico.
ATH 2-3	No se evidencia informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento, ni informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	Los Servicios de Pediatría, ginecología, medicina, cirugía, neonatología, emergencia deben realizar de forma periódica informes de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento. Además de informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.
ATH 3-1	El personal de salud no cumple con las medidas de bioseguridad al 100%.	Capacitar y supervisar al personal de salud que cumplan con las medidas de bioseguridad al 100% para prevenir riesgos a la salud.
ATH 3-2	No se evidencia reuniones de análisis de IIH y eventos adversos.	Realizar reuniones periódicas para disminuir la incidencia y prevalencia de infecciones intrahospitalarias y eventos adversos. Estas reuniones deben adicionarse al libro de Actas.



ATH 3-3	No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año.	Realizar periódicamente Informe de auditoría, además del informe de implementación de las recomendaciones.
ATH 3-4	No se evidencia Informe de auditoría del último año, ni informe de implementación de las recomendaciones del último año debido a que no se presentó casos de mortalidad materna al momento de la supervisión.	Realizar informe de auditoría, además del informe de implementación de las recomendaciones apenas se presente un caso de mortalidad materna.
ATH 4-1	No cuenta con ASIS institucional ni GPC actualizadas.	Actualizar el ASIS institucional y las GPC de los diferentes servicios.
ATH 4-2	El FON 2021 no tiene informe solo se cuenta con las encuestas.	Actualizar el FON. Realizar los informes de forma periódica.
ATH 4-3	Las GPC no están actualizadas y la mayoría son GPC de enfermería en los diferentes servicios.	Actualizar las GPC en enfermería y elaborar las GPC por parte del personal médico.
ATH 4-4	Dentro de las GPC Gineco-obstétricas se evidencia la atención de las complicaciones obstétricas. Pero no cuenta con informe de monitoreo.	Realizar monitoreo de adherencia a las GPC y el informe de las mismas.
ATH 4-5	No se auditan las historias clínicas ni se toman acciones para mejorar los procesos.	Auditar historias clínicas y realizar informes de auditoría de HCL y de seguimiento de recomendaciones.
ATH 5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos de su caso del 50 % al 80%.	Verificar que el usuario haya entendido los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos de su caso.
ATH 5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento en menos del 50% de los casos.	Uniformizar el uso del consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.
ATH 6-1	No cuentan con MAPRO, informe ni acta de reunión de mejora de procedimiento. El servicio de Medicina cuenta con MAPRO del procedimiento de interconsulta del año 2010.	Servicio de Medicina debe actualizar MAPRO de interconsulta. Los demás servicios deben realizar MAPRO de interconsulta. Además de informes y actas de reuniones.
ATH 7-1	No cuentan con documentos que evidencia mecanismo de evaluación por pares en cada servicio.	Ejecutar mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención.
ATH 7-2	No se cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta.	Se debe de contar con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta en cada servicio.
ATH 7-3	No se cuenta documento oficial ni horarios publicados debido a que por Pandemia está prohibido en ingreso de familiares. En algunos servicios como ginecología se da informes sin horario.	Establecer horario para brindar información a usuarios y familiares de forma personalizada, para mantener distanciamiento entre el profesional médico y el usuario, a fin de disminuir el riesgo de contraer la Covid-19.



	En Neonatología se llama a familiar para dar informe de recién nacido hospitalizado de forma presencial o por llamada telefónica.	
ATH 7-4	Las GPC de personal de enfermería no están actualizadas. Falta realizar la GPC del profesional médico en los diferentes servicios a excepción de ginecología que cuenta con GPC del año 2021.	Actualizar GPC de enfermería. Realizar GPC de profesional médico en los diferentes servicios.
ATH 7-5	No se evidencia actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a las GPC en el servicio de Gineco-obstetricia.	Registrar, analizar y evaluar el manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a las guías de práctica clínica en el Servicio de Gineco-obstetricia, las cuales deben de tener relación con los reportes de epidemiología.
ATH 7-6	Se realiza el informe de eventos adversos trimestralmente pero no se han implementado las recomendaciones ni el seguimiento de estas.	Implementar las recomendaciones y el informe de seguimiento de las recomendaciones por trimestre.
ATH 7-7	No se registra ni se evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto.	Desarrollar el FON de forma periódica.

❖ **Macroproceso 10: Atención en Emergencia**

Servicio Involucrado: Dpto. Emergencia y UCI.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
EMG 1-2	Renovar los carteles y banners informativos con un enfoque de interculturalidad del Servicio de Emergencia.	Elaborar carteles de atención al usuario de emergencia para pacientes pagantes, SOAT. Elaborar carteles de atención con idioma quechua.
EMG 1-4	Cuentan con algunas GPC pero no se encuentran actualizadas.	Actualizar las Guías de Práctica Clínica de las causas más frecuentes de atención según etapas de vida.
EMG 1-5	El Servicio de Emergencia cuenta con un plan de capacitación, pero dichos contenidos son chartas. El personal médico y técnico se capacita con sus propios recursos.	La Jefatura de Emergencia deberá coordinar con el área de Capacitación para ejecutar el plan de capacitación para el personal de emergencia, este debe lograr que al menos el 80% del personal debe estar capacitado dentro del último año.
EMG 1-6	No se evidencia Capacitación en Triage.	La Jefatura de Emergencia deberá garantizar la disponibilidad de todos los equipos de telecomunicación los 365 días 24 horas, así también como contar con el equipamiento operativo y en un lugar visible para la recepción y traslado de pacientes.



EMG 2-1	Se verifica la existencia de medicamentos e insumos del coche de paro para la atención inmediata; sin embargo, no hay evidencia de un registro de verificación periódica de operatividad del equipamiento.	Gestionar con el área correspondiente el equipamiento y algunos medicamentos e insumos para cumplir con la disponibilidad ante una emergencia.
EMG 3-1	Se observa la realización del Triage a pacientes a cargo del personal que tiene conocimiento del procedimiento. No se ha realizado una capacitación que cuente con certificación	La capacitación deberá ser continua y con certificación.

❖ **Macroproceso 11: Atención Quirúrgica**

Servicio Involucrado: Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
ATQ 1-1	No cuenta con la Programación de actividades de C.Q	Elaborar su Plan de Trabajo Anual con la programación de actividades.
ATQ 1-2	Se cuenta con manual de procedimientos oficial y es conocido por el personal sobre una muestra aleatoria de 50% de trabajadores del área en el turno.	Actualizar y oficializar mediante RD el Manual de Procedimiento médico y de enfermería.
ATQ 1-3	No se cuenta con GPC actualizadas.	Actualizar las GPC
ATQ 2-4	No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes del centro quirúrgico, solo lo registran la hora.	Elaborar el informe de medición de tiempo de traslado de paciente de C. Quirúrgico.
ATQ 3-6	No cuentan con el informe de análisis de las cirugías suspendidas, solo cuentan con un cuaderno de registro.	Elaborar un informe mensual del análisis y registro de las cirugías suspendidas, para la implementación de las medidas correctivas.
ATQ 3-7	No se cuantifica las tasas de mortalidad intraoperatorio y postoperatorio.	Elaborar un informe mensual de análisis de casos de mortalidad intra y post operatoria, para la implementación de las medidas correctivas.
ATQ 3-8	No se cuenta con informe de medidas correctivas.	Tomar en cuenta las recomendaciones del Informe de Eventos Adversos para la implementación de medidas correctivas por su servicio.
ATQ 3-10	No se cuenta con el informe de análisis de las reintervenciones.	Elaborar un informe mensual del análisis del análisis de las reintervenciones, para la implementación de medidas correctivas
ATQ 3-11	No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.	El Dpto. de Centro Quirúrgico deberá determinar un responsable para la realización de las encuestas y emisión del informe.



ATQ 4-1	No se realiza las evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes, debido a no contar con GPC.	Elaborar y/o actualizar las GPC para la realización de las evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes.
ATQ 4-2	No se implementa proyectos de mejora continua en base a los resultados de las auditorías preventivas y de caso.	Identificar los aspectos críticos de los procesos del Dpto. para la implementación de proyectos de mejora.
ATQ 4-3	No se cuenta con política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	El Dpto. y su Equipo Técnico deberán implementar la política de confidencialidad respecto a la información del paciente.

❖ **Macroproceso 12: Docencia e Investigación**

Servicio Involucrado: Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
DIV 1-8	Se cuenta con los planes anuales de actividades de docencia pregrado y posgrado, aún falta oficializarlos con acto resolutivo	Los planes de pregrado y post grado deben estar oficializados.
DIV 1-9	No se cuenta con informes del cumplimiento de actividades del programa de tutoría y asesoría a los alumnos de pregrado y postgrado.	Evaluar el cumplimiento del programa de tutorías y asesorías a los alumnos de pregrado y postgrado y documentarlo.
DIV 2-3	Existe evidencia documentaria de las actividades de pre y post grado, sin embargo, no se cuenta con el informe de evaluación del plan de actividades de los dos últimos trimestres.	Solicitar los informes de evaluación de las actividades realizadas de pregrado y postgrado.
DIV 2-4	No se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el Comité de Ética e Investigación.	Operativizar el Comité de Ética e Investigación y normatizar que la investigación de patologías sea acorde con las políticas establecidas por el Comité.
DIV 2-5	Se cuenta con cuaderno de registro de los materiales de capacitación, pero no se cuenta con un ambiente apropiado para incorporar los materiales de investigación (biblioteca física o virtual)	Implementar un ambiente (biblioteca física y virtual) para incorporar los materiales de capacitación y de investigación.
DIV 2-6	El personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos ni virtuales, debido a que no contamos con una infraestructura para implementación de una biblioteca.	Gestionar la implementación de un ambiente (biblioteca) para que el personal y los alumnos tengan acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales.

❖ **Macroproceso 13: Diagnóstico y Tratamiento**

Servicios Involucrados: Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Dpto. Diagnóstico por Imágenes, Dpto. Apoyo Diagnóstico y Tratamiento, Serv. Farmacia.



critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
ADT 1-1	Algunos de los servicios de apoyo al tratamiento disponen de normas y guías de procedimientos según la directiva vigente, pero no están oficializados, están en revisión en OPE. Los servicios que no han actualizados sus MAPROS son el Serv. Psicología y Servicio Social, estos documentos son del año 2011.	El Dpto de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre, El Dpto. de Diagnóstico por imágenes, Servicio de Nutrición y Servicio de Farmacia han actualizado sus Manuales de Procedimientos en base a la Directiva Vigente, deben hacer el seguimiento para la aprobación de la RD. El Servicio de Psicología y Servicio Social deben actualizar sus MAPROS, son del año 2011.
ADT 1-2	Dpto. Patología Clínica: el control de calidad bioquímico lo realiza el INS Diagnóstico por imágenes cuenta con informe de control de calidad N° 1758-CC.	Las jefaturas de los departamentos de Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, deberán elaborar informes y reportes oficiales que muestren los resultados del programa de control de calidad implementados.
ADT 3-1	Solo algunos de los servicios de Apoyo al tratamiento cuentan con documento de la implementación y uso de indicadores de calidad	Los servicios involucrados en este proceso deben implementar el uso de los indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.
ADT 3-4	El servicio de Farmacia no cuenta con un programa de control de garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.	Implementar el Programa de control de garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.
ADT 3-5	No se cuantifica la demanda no atendida en el servicio de diagnóstico y tratamiento.	Registrar la demanda insatisfecha para los procedimientos que se realiza en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
ADT 3-6	Se evidencia que el 50% del personal de anatomía patológica realizó capacitaciones de manera particular.	Los servicios involucrados en este macroproceso deben elaborar su plan de capacitación y ejecutarlo en coordinación con el área de Capacitación de la U. Personal.
ADT 3-7	No se cuantifica las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de diagnóstico y tratamiento.	La Jefatura de los ser. Patología clínica, anatomía patológica, farmacia, diagnóstico por imágenes y serv. social deben implementar el plan de medidas correctivas para la disminución las complicaciones y/o reacciones adversas analizadas.

Macroproceso 14: Admisión y Alta

Servicio Involucrado: Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
ADA 1-3	Cuentan con un cuaderno de actas donde registran las reuniones para identificar los problemas detectados de los registros médicos, (Folio 231 – fecha 07.10.22); sin embargo, no se cuenta con un informe de análisis de estos casos.	Elaborar el informe de los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros médicos.



ADA 2-1	No cuenta con cuaderno de ocurrencias en donde identifican las necesidades de atención por parte del personal de admisión. No se cuenta con encuestas oficiales al usuario externo sobre la información brindada por el personal de admisión.	Implementar un cuaderno de ocurrencias en donde identifican las necesidades de atención por parte del personal de admisión. Implementar la encuesta al usuario externo sobre la información brindada por el personal de admisión.
ADA 2-3	Desde hace dos años no se ha realizado el Tiempo de Espera del usuario en admisión.	Registrar y monitorizar el tiempo de espera del usuario en admisión.
ADA 2-7	Está en proceso el informe de control de calidad de HC.	Se deberá realizar seguimiento al control de calidad de HC.
ADA 3-2	No se emiten informes mensuales en físico de las estancias hospitalarias prolongadas.	Se deberá emitir informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas.

❖ **Macroproceso 15: Referencia y Contrareferencia**

Servicio Involucrado: Unidad de Referencia y Contrareferencia.

Este macroproceso no tiene observaciones, cada criterio cumplió con lo establecido

❖ **Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos**

Servicio Involucrado: Servicio de Farmacia

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GMD 1-4	El almacén de Farmacia cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento.	Implementar y monitorizar el cumplimiento total de las Buenas Prácticas de almacenamiento.
GMD 1-5	Existe el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos pero no está actualizado.	Actualizar el Libro de Registro d Narcóticos y Psicotrópicos.
GMD 2-1	No se cuenta con informes de evaluación del cumplimiento de las normas de prescripción.	Implementar informes mensuales de evaluación de la aplicación d Manual de Buenas Prácticas de Prescripción.
GMD 2-2	No se cuenta con informes de evaluación de cumplimiento de las normas de dispensación.	Implementar informas de evaluación de la aplicación de normas de Buenas Prácticas de Dispensación.
GMD 2-3	No existe evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores en la dispensación de medicamentos.	Implementar la vigilancia, registro y corrección de los errores de dispensación de medicamentos.
GMD 2-4	No existe documento que registra el mecanismo de información al paciente al momento de la dispensación.	Implementar registros oficiales de mecanismos de información al paciente al momento de la dispensación.



GMD 2-5	No existe evidencia documental del registro de los errores de prescripción	Implementar registro y corrección de los errores en la prescripción de medicamentos.
GMD 3-1	Nos e evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado.	Implementar y evaluar el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado, con un margen de coincidencia mayor al 99%.
GMD 3-2	No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas.	Implementar la evaluación del porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.
GMD 3-3	Se realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock pero no se previene el vencimiento de medicamentos.	Establecer medidas de prevención del vencimiento de medicamentos
GMD 3-4	No se ha realizado la capacitación del personal de farmacia, en los dos últimos años, acerca de los procedimientos de farmacia en relación a los medicamentos.	Coordinar y garantizar la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos en relación con los medicamentos.
GMD 3-5	Se evidencia reporte diario de normostock, pero no hay informe de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos priorizados a nivel institucional.	Elaborar informe de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos en los servicios críticos.

❖ Macroproceso 17: Gestión de la Información

Servicio Involucrado: UEIT

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GIN 1-3	Se verifica que entre el 50% al 80% del personal conoce la existencia de la base de datos de información del HCLLH; sin embargo, los diferentes oficina y servicios necesitan realizar todo un trámite documental para tener acceso a los datos, lo que demora tomar decisiones oportunas y demora los procesos administrativos y asistenciales.	Brindar acceso a la información a todos los Departamentos y Unidades Orgánicas del hospital para no viabilizar los procesos administrativos y asistenciales.
GIN 1-6	En noviembre de este año, elaboraron el MAPRO de la UEIT y lo remitieron a la Oficina de Planeamiento Estratégico para su revisión y posterior aprobación.	Hacer el seguimiento del trámite para la revisión y aprobación mediante acto resolutivo del MAPRO elaborado.
GIN 2-1	No cuenta con documento oficial que define los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información. Se evidencia en el libro de actas reuniones con los responsables de las áreas de la Oficina para identificar oportunidades de mejora, de los cuales tienen una propuesta, pero requieren de asistencia técnica de un especialista.	Elaborar un documento oficial que defina los mecanismos para identificar los aspectos críticos de la gestión de la información.



GIN 2-2	Se cuenta con un método de gestión de la información, pero no se aplica permanentemente.	Realizar reportes y documentos que contengan método de gestión de la información.
GIN 3-1	Existe mecanismos de difusión de la información, mas no de retroalimentación.	Elaborar un documento con los mecanismos de difusión de la información. Tener actualizado la pág. web.
GIN 3-2	Los servicios realizan reuniones para el análisis de la difusión difundida, sin embargo, muchas veces no lo documentan.	Incentivar y promover que los diferentes servicios del hospital realicen reuniones donde se analicen los reportes estadísticos que enviará a la UEIT, documentar reuniones.
GIN 3-3	No se cuenta con espacio de publicación de información de los proyectos de mejora, visible al usuario interno.	Tener actualizada la página web del HCLLH
GIN 3-4	No se realiza la Encuesta Semestral de la percepción del Usuario Interno sobre el manejo de información	Identificar semestralmente las precepciones del usuario interno acerca del manejo de la información (informes de encuestas a aplicar).

❖ **Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización**

Serv. Involucrado: Serv. Central de Esterilización, UESA, SS.GG. (lavandería)

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
DLDE 2-6	El Serv. Esterilización cuenta con un Registro Manual de Pérdidas y deterioros de cama y ropa, pero no tiene Informe de dicho control.	El Serv. Esterilización deberá elaborar Informe en forma mensual lo registrado de pérdidas y deterioro de enseres de cama y ropa.
DLDE 3-1	-Se observa que menos del 60% del personal que realiza recolección y lavado de ropa está debidamente protegido según normas de salud ocupacional. -El área de Salud Ocupacional emitió un documento a Dirección Administrativa solicitando equipos de protección para el personal de las diversas áreas de SS.GG.	El Equipo Técnico de Seguridad del Trabajo del HCLLH deberá elaborar un informe semestral de supervisión al personal que realiza la recolección de lavado de ropa y enseres, determinando el % del cumplimiento de las disposiciones del manual de salud ocupacional en un plazo de 45 días.
DLDE 3-2	No se cuenta con un Manual para el tratamiento de ropa contaminada aprobado con RD. El personal lo realiza en forma empírica. El personal no conoce ningún manual para el tratamiento del manejo de ropa contaminada.	El Jefe de la U. SS.GG. deberá elaborar el Manual para el Tratamiento de ropa contaminada aprobada mediante RD en un plazo de 45 días.
DLDE 3-3	El Serv. Lavandería no tiene ningún registro de quejas de los servicios que entrega la ropa, por lo que no se puede cuantificar las quejas y reclamos de este Servicio.	Reportar las quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega oportuna de enseres y consolidado para tomar acciones correctivas.



DLDE 3-4	Se verifica que el personal conoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama pero no lo realiza como debe ser.	El Jefe de SS.GG. y el Coordinador del Serv. Lavandería deberán elaborar un documento técnico de almacenamiento de enseres de cama y ropa de acuerdo a las normas vigentes.
DLDE 4-1	El Establecimiento de Salud cuenta con Manual de Residuos Sólidos y Manual de Salud Ocupacional. Se observa que entre el 60% y 90% del personal de limpieza se encuentra debidamente protegido según las normas de salud.	El jefe de SS.GG. deberá supervisar el cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional y el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y el personal de limpieza en un plazo de 30 días.
DLDE 4-2	El personal conoce de forma parcial los procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios. Se verifica su implementación parcial. Cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos aprobado con RD N° 57-03/2018-HCLLH/SA (08.03.18)	El Jefe de la U. SS.GG. en coordinación con el Equipo de Residuos Sólidos (Unidad de Epidemiología) deberá continuar con las capacitaciones al personal, supervisar los procedimientos que realizan.
DLDE 4-4	No se cuantifica la percepción de los usuarios (internos y externos) respecto a la limpieza del hospital.	La Jefatura de SS.GG. deberá monitorizar periódicamente el trabajo del personal de limpieza. Asimismo, seguir implementando estrategias para mejorar el servicio.

❖ **Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social**

Servicio Involucrado: Servicio Social, U. Economía: Este macroproceso no tiene observaciones, cumplió con lo requerido de cada criterio de evaluación.

❖ **Macroproceso 20: Nutrición y Dietética**

Servicio Involucrado: Servicio Nutrición

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
NYD 1-1	El Servicio de Nutrición no cuenta con manual de procedimiento actualizado. El servicio de Nutrición elaboró su MAPRO de acuerdo a la normativa vigente, remitieron para su revisión y aprobación a la Oficina de Planeamiento Estratégico mediante el Memorandum N° 157/09-JSN-HCLLH-2021.	Hacer el seguimiento y coordinar la aprobación inmediata del manual de procedimientos técnico-administrativo de la atención nutricional y dietética.
NYD 1-6	Está pendiente elaborar el cronograma de actividades de información al usuario sobre requerimientos nutricionales. Se sugiere implementar material de información nutricional (dípticos, cartilla, etc.)	La Jefatura de Servicio de Nutrición deberá actualizar la RD del plan de información al usuario y utilizar el formato del adulto mayor MAIS y realizar cronograma.



NYD 2-1	No se cuenta con un Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.	La Jefatura de Nutrición deberá oficializar el listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes prescripciones dietéticas y menús diarios.
NYD 2-4	No exige un registro de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos.	Implementar en cada servicio un registro de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos y realizar el consolidado para tomar acciones correctivas.

❖ **Macroproceso N° 21: Gestión de Insumos y Materiales**

Servicio Involucrado: Unidad de Logística.

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
GIM 1-3	No tiene Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales que establezcan las medidas de protección. Se evidencia una infraestructura inadecuada para el Almacén.	Elaborar el Manual de Medidas de protección de insumos y materiales, oficializarlo con RD y evaluar su aplicación.
GIM 1-4	Se cuenta con un documento oficial que registra los procedimientos para el control de consumos y materiales, pero no se evalúa su aplicación.	Evaluar la aplicación del procedimiento para el control de insumos y materiales utilizando una ficha de control, la cual debe estar oficializada; de esa información elaborar informes de implementación de las medidas recomendadas.
GIM 2-1	El cuadro de necesidades es la base para desarrollar el Plan Anual de Adquisiciones, mismo que se modifica en el transcurso del año. Los servicios hacen su requerimiento mediante este aplicativo (SIGA).	La Unidad de Logística deberá realizar coordinaciones entre las áreas usuarias con el fin de sincerar los requerimientos de bienes y servicios.
GIM 2-3	No hay evidencia del porcentaje de entrega de insumos y materiales	El área responsable de este proceso debe realizar informes semestrales de las estadísticas de consumos por centro de costos.

❖ **Macroproceso 22: Equipos e Infraestructura**

Servicios Involucrados: Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, OPE (Área de Inversión)

critério de evaluación	Observaciones	Recomendaciones
EIF 1-1	Se cuenta con el Plan Multianual de Mantenimiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación Trimestral.	Elaborar el Informe de evaluación de cumplimiento de las actividades del Plan, en forma trimestral.



EIF 1-2	Se cuenta con Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud 2022-2024, HCLLH, aprobado con Resolución Directoral; sin embargo, no se cuenta con Informe de Evaluación del Plan de Reemplazo y mantenimiento preventivo de Equipos	La Unidad de Servicios Generales deberá cumplir con el plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos.
EIF 1-3	La Oficina de Planeamiento Estratégico fue acreditada para realizar proyectos de inversión, hasta el mes de octubre contaba con un personal capacitado para realizar proyectos de inversión, sin embargo, renunció. Es necesario contar con otro personal capacitado.	Asignar a un personal responsable y capacitado para llevar a cabo los proyectos de inversión.
EIF 1-4	No se cuenta con evidencia documentaria de capacitación en mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.	La Jefatura de la Unidad de Servicios Generales en coordinación con el Área de Capacitación deberá garantizar que el personal a su cargo cuente con capacitaciones relacionadas a sus funciones; estas capacitaciones deben estar programadas en el PDP Institucional.
EIF 1-5	No cuenta con Manual de Procedimientos, en donde se verifique sus procesos: adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS.	La Jefatura de la USGM deberá elaborar el Manual de Procedimientos para la adquisición de equipos de mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del hospital, en base a la Directiva vigente, en la brevedad posible.
EIF 1-6	Cuenta con un sistema de inventario electrónico de equipos biomédico, pero no tiene documento oficial. No cuentan con informe de inventario.	La Jefatura de la USGM deberá solicitar la aprobación mediante Resolución Directoral del Sistema de Inventario y Registro de Operatividad de Equipos e instrumentos.
EIF 1-7	No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias	Elaborar el Manual de Procedimientos (MAPRO) para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias y solicitar su aprobación mediante acto resolutivo.
EIF 1-8	No cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.	Elaborar el Manual de mantenimiento de las áreas críticas, control y seguimiento de obras; posterior a ello elabora el informe de la situación de áreas críticas.
EIF 1-9	No cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica)	Elaborar el Manual de medidas que permitan el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos y aprobarlo mediante Resolución Directoral.
EIF 2-2	Cuenta con las fichas de Orden de trabajo de mantenimiento de equipos del área biomédica, pero no presentan el informe de las solicitudes atendidas.	Presentar en forma trimestral los informes de evaluación del Plan de mantenimiento preventivo de equipos, para evidenciar las solicitudes atendidas.
EIF 2-3	Cuentan con las fichas de Orden de trabajo (OTM) diario ante el llamado de mantenimiento preventivo o recuperativo de equipos e infraestructura, pero no cuantifican el porcentaje de soluciones oportunas (total de solicitudes recibidas y las que tuvieron respuesta).	Elaborar el consolidado mensual y anual definiendo el porcentaje de soluciones atendidas ante el llamado de mantenimiento preventivo o recuperativo de infraestructura y equipos, informarlo en forma trimestral.