



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Gema
de Yurimaguas

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



**YURIMAGUAS - PERÚ
2023**



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

INFORME FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2023 - HSGY

I. PRESENTACIÓN

El Hospital Santa Gema de Yurimaguas, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud – Nivel II-2, funciona como órgano desconcentrado de la RED de Salud de Alto Amazonas, de la Dirección Regional de Salud Loreto.

La Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, es la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la IPRESS, a fin de brindar atención de calidad y calidez a los usuarios, promueve una cultura de calidad con equidad y eficiencia.

La Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP – V 02 : "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tiene la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud, que los EE.SS de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, las cuales se distribuyen en 22 Macroprocesos: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.

La Autoevaluación es el camino para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, es un proceso de reflexivo y sistemático de evaluación integral, considerando desde la planta física y el equipamiento hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija, con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido accesible y real y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución, con el propósito de que se puedan emitir juicios, que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para consolidar las fortalezas, se enmienden los errores ubicados y de esta forma, se retroalimente para conseguir un mejoramiento en la calidad de los servicios.

El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, como Institución Prestadora de Servicios de Salud, preocupada en mejorar sus servicios de salud enmarcados en la calidad prestacional, según disposiciones dictadas por el MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevará a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación, proceso desarrollado en el II trimestre del presente año 2023.

La normativa de "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional encontrada plasmada en el presente Informe Técnico que señala la metodología, Observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas a las diversas instancias evaluadas y anexos correspondientes.

II. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo los estándares y criterios de evaluación de la Calidad para alcanzar la Acreditación del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, a fin de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud en nuestra IPRESS.

III. ALCANCE

El ámbito de alcance para la Autoevaluación, son todos los servicios asistenciales y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El desarrollo del Proceso de Autoevaluación se realizó considerando los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador, teniendo en cuenta el marco normativo; lo cual comprendió:

a. Conformación del Equipo de Acreditación:

Con fecha 30 de enero del 2023, fue aprobado el Equipo de Acreditación, según Resolución Directoral N° 051-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

- b. Conformación del Equipo de Evaluadores Internos**
El Equipo de Evaluadores Internos fue aprobado con Resolución Directoral N° 052-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., de fecha 30 de enero del 2023.
- c. Elaboración del Plan de Autoevaluación**
Según Resolución Directoral N° 177-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01, de fecha 15 de mayo del presente, se aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas año 2023.
- d. Capacitación del equipo de Evaluadores Internos**
El equipo de Evaluadores fue capacitado en la fecha 03 de julio del 2023, mediante Memorándum (M) N° 018-2023-GRL-GRSL/30.37.05.
- e. Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación**
Así mismo, mediante Oficio N° 0067-2023-GRSL-GRL/30.37.05, se dio a conocer a la GERESA Loreto el desarrollo de la Autoevaluación en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
De igual manera, con Memorándum Múltiple N° 019-2023-GRL-GRSL/30.37.05., se comunicó a las diferentes jefaturas de servicios, áreas, unidades, el inicio de la Autoevaluación.
- f. Reunión de cierre de la Autoevaluación**
La reunión de cierre del proceso de autoevaluación se realizó el día 21 de julio 2023.
- g. Presentación del informe de Autoevaluación**
Culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitó los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.
- h. Seguimiento e Implementación de las Recomendaciones**
- ✓ Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones
 - ✓ Se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada macroproceso.
 - ✓ Para el 2023, se priorizarán los 12 macro procesos que alcanzaron resultados más bajos durante el 2022, que son: Gestión de la información (17.39%), Gestión de insumos y materiales (23.08%), Direccionamiento (26.47%), Nutrición y dietética (29.41%), Gestión de medicamentos (30.77%), Docencia e Investigación (32.50%), Gestión de equipos e infraestructura (41.18%), Apoyo diagnóstico y terapéutico (45.45%), Manejo del riesgo social (45.45%), Admisión y alta (45.71%), Atención quirúrgica (45.74%) y Atención de hospitalización (46.30%).

V. EQUIPO EVALUADOR

El Equipo Evaluador estuvo conformado por los siguientes profesionales:

- C.D. Gilmer Manuel Asencio Ortiz
- Lic. Enf. Sammer Herrera Quispe
- Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
- Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo
- Lic. Enf. Fabiola Cervantes Garnica
- Lic. Enf. Jorge Elías Guevara García
- Lic. Enf. Liang Choy Gómez
- Lic. Enf. Mery Guzmán Campos
- Lic. Enf. Liliana López García
- Obst. Delia Garazatúa Orbe
- Q.F. Alexander T. Pacheco Rojas
- Q.F. Llahhaira E. Vásquez Gatica

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

- Para dar cumplimiento el desarrollo del Plan de Autoevaluación se contó con:
- Evaluadores seleccionados y capacitados.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Listado de estándares de acreditación categorías II-1.
- Guías del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático Acreditación, para el registro y procesamiento de datos.

➤ **Fecha de Ejecución del Plan:**

El desarrollo del Plan tuvo fecha de inicio el 04 de julio del 2023, culminando el 21 de julio del mismo año.

- Se elaboró un Cronograma de Evaluación por macroprocesos.

VII. OBSERVACIONES

Las observaciones se desprenden según Macroprocesos, en los ítems con puntaje entre cero (0) y uno (1).

MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO – (DIR)

DIR1-1	No se ha realizado la difusión (actas de reunión y/o talleres) del plan estratégico institucional - PEI
DIR1-3	No se cuenta con POI y POA actualizado. Falta remitir dicho documento a las jefaturas.
DIR1-4	No se cuenta con asis oficializado y actualizado. (en proceso de elaboración).
DIR1-7	No se cuenta con guías de práctica clínica oficializadas (en proceso de elaboración).
DIR2-2	Falta remitir oficialmente los resultados de las actividades contenidas en los planes (pei, poi) a la autoridad institucional.

MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS – (GRH)

GRH1-1	No se cuenta con reglamento del proceso de selección del personal vigente (el último es del año 2015).
GRH1-2	No se cuenta con proceso de inducción a todo personal nuevo.
GRH1-3	El manual de organización y funciones no ha sido comunicado oficialmente a las respectivas instancias.
GRH1-4	No se evidencian reportes e informes de análisis de los resultados de productividad de todos los servicios/áreas/unidades (solo algunos).
GRH2-1	No se cuenta con libro de actas de reunión en el último semestre para la reflexión de la práctica institucional en todos los servicios, unidades.
GRH2-2	No se cuenta con evidencia de la participación de los equipos de trabajo en la toma de decisiones sobre las alternativas de solución a los problemas priorizados del desempeño de los recursos humanos.
GRH3-1	No existe evidencia de la implementación de medidas de seguridad en todas las áreas de riesgo (solo en algunos).
GRH4-3	No existe evidencia documentaria de la aplicación de herramientas que evalúan la comprensión y cumplimiento del personal sobre los deberes y derechos de los usuarios externos.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

GCA1-2	No hay evidencia de implementación de procesos de mejora.
GCA1-3	No hay informes mensuales de las actividades del equipo de mejora continua.
GCA1-4	No existe manual de procedimientos para procesos asistenciales.
GCA2-3	Se cuenta con documento oficial de información a los usuarios pero no está adecuado culturalmente.
GCA2-6	No hay evidencia documentaria de implementación de mejoras para la mejora del acceso de los usuarios a los servicios.
GCA2-7	Cartera de servicios y cronograma de atención desactualizados.
GCA2-8	No se cuenta con flujograma oficial de atención general o por servicios.
GCA2-9	No se observa publicación de los derechos de los pacientes en hospitalización ni en emergencia.
GCA3-1	No existe informe semestral de la satisfacción del usuario externo (la evaluación se realiza una vez al año).
GCA3-7	No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral.
GCA3-8	No se cuenta con evidencia sobre un proceso de atención priorizado para su mejora.

MACROPROCESO: 04 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN – (MRA)

MRA1-1	No existe documentación que registra las acciones realizadas por los responsables designados para el manejo de los riesgos de la atención.
MRA1-5	No se observa documento oficial que establece los mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos de atención y los cambios por-ejecutar.
MRA1-6	No existe reporte de análisis de cuán efectiva es la atención materna (indicadores de calidad materno neonatal).
MRA1-11	No existen informes de evaluación del conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.
MRA2-1	No existe documento oficial de análisis/evaluación de indicadores de seguridad transfusional.
MRA2-6	No se observa la implementación de medidas preventivas en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras de presión.
MRA2-7	No se observa la implementación de medidas preventivas en pacientes con riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (tvp) y tromboembolismo pulmonar.
MRA2-8	No se observa la implementación de medidas preventivas en pacientes con riesgo de aspiración.
MRA3-1	No se cuenta con documento oficial que establece métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.
MRA3-2	No se cuenta con guía de práctica clínica relacionado a la evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico y la administración de profilaxis antibiótica.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MRA3-3	Menos del 90% de los ambientes que manejan de pacientes cuentan con soluciones antisépticas y papel toalla.
MRA3-4	No existe informe de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
MRA4-3	No existe informe sobre la identificación de cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioterapia.
MRA5-1	No se cuenta con guías de atención de enfermería oficializadas y actualizadas.
MRA6-1	Menos del 80% del personal usa indumentaria de protección según normas de bioseguridad en su área de trabajo.
MRA6-6	No existe documento oficial que contenga instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones a cumplirse entre el personal.
MRA6-7	No existe informe de evaluación de la implementación de programas preventivos de patologías según mapa de riesgos.
MRA6-9	Menos del 80% del personal aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.

MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES – (GSD)

GSD1-2	Menos del 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de seguridad.
--------	---

MACROPROCESO 06: CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN – (CGP)

CGP2-1	Menos del 80% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos.
CGP2-5	No se evalúa la aplicación de la guía de práctica clínica (gpc) en las atenciones de emergencia.
CGP2-6	No se evalúa la aplicación de la guía de práctica clínica (gpc) en las atenciones obstétricas y neonatales.
CGP2-8	No se tiene identificado aspectos críticos de la prestación y gestión.
CGP2-11	No existen documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el control de la gestión y prestación dirigidos a los responsables.

MACROPROCESO 07: ATENCIÓN AMBULATORIA – (ATA)

ATA1-4	Se cuenta con política orientada a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria pero no se cumplen los resultados esperados.
ATA2-1	No se cuentan con guías de práctica clínica según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida (en proceso).
ATA2-2	No se evalúa el cumplimiento de las guías de práctica clínica (en proceso).
ATA2-3	Menos del 80% de las historias clínicas sigue los lineamientos de las guías de práctica clínica (en proceso).
ATA2-4	Resultados de la evaluación de indicadores de atención prenatal (fon) por debajo de lo esperado.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

ATA3-1	Menos del 80% de usuarios recibe información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.
--------	---

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

ATH1-1	Solo se cuenta con registros oficiales de identificación de las causas más frecuentes de internamiento en menos del 50% de los servicios.
ATH1-2	No existen documentos oficiales de implementación de disposiciones orientadas a mejorar la atención.
ATH2-1	Menos del 80% de las necesidades de los servicios es atendido por parte de la alta dirección.
ATH2-2	No se cuenta con guías de práctica clínica (gpc) aprobadas mediante RD.
ATH2-3	No se realizan mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.
ATH3-1	Menos del 90% del personal cumple con las medidas de bioseguridad.
ATH3-3	No se implementan las recomendaciones según los informes de auditoría.
ATH3-4	No se implementan las recomendaciones según los informes de auditoría.
ATH4-1	No se cuentan con guías de práctica clínica.
ATH4-3	No se implementan las guías de práctica clínica en los servicios.
ATH4-4	No se evalúa la adherencia del personal en la atención de complicaciones obstétricas.
ATH4-5	No se establecen disposiciones para la mejora de los procesos en base a los resultados de las auditorías.
ATH7-4	No se verifica concordancia con los planes de trabajo en las historias clínicas.
ATH7-5	No existe evidencia documentaria del análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas.

MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)

EMG1-4	Aún no se cuenta con guías de práctica clínica oficializadas mediante resolución para las diez patologías más frecuentes en emergencia.
--------	---

MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA – (ATQ)

ATQ1-2	No se cuenta con manual de procedimientos de centro quirúrgico.
ATQ1-3	Se verifica que menos del 60% de personal aplica las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.
ATQ3-8	No existe documento oficial que establece disposiciones para disminuir la ocurrencia de complicaciones y eventos adversos.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

ATQ3-10	No existe documento oficial que establece disposiciones para disminuir el número de reintervenciones quirúrgicas.
ATQ4-1	No existen documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el servicio con base en los resultados de los informes de auditoría.
ATQ4-2	No se implementan proyectos de mejora continua (cada trimestre) en base al análisis de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.

MACROPROCESO 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – (DIV)

DIV1-8	Sólo se cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y no de posgrado.
DIV1-9	No se cuenta con programa oficial de tutoría y asesoría a los alumnos de pregrado.
DIV2-1	No se cuenta con actas de reunión mensual de los comités de docencia, investigación y ética.
DIV2-2	No existe evidencia documentaria de la realización de supervisión por parte del personal profesional a los alumnos.
DIV2-3	No existe evidencia documentaria de la realización de actividades académicas de docencia para pregrado.
DIV2-5	No se cuenta con inventario actualizado de materiales de capacitación e investigación incorporados a la biblioteca.
DIV2-6	No se cuenta con acceso a servicios bibliográficos, físicos y/o virtuales.

MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO – (ADT)

ADT1-1	No cuentan con manual de procedimientos en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados mediante RD.
ADT1-2	No se cuenta con informes/reportes oficiales que muestran los resultados del programa de control de calidad de equipos del servicio de apoyo al diagnóstico.
ADT2-1	No se cuenta con informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos para la entrega de resultados de los exámenes.
ADT3-4	No se tiene un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA – (ADA)

ADA1-2	No se cuenta con manual de procedimientos de la unidad de estadística e informática.
ADA1-3	No existe informe/reporte oficial en donde se identifica los aspectos críticos del proceso diario de recojo /archivo de historias clínicas.
ADA3-1	No existe un informe de monitoreo del cumplimiento del proceso de alta.
ADA3-2	No existe evidencia documentaria de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA – (RCR)

RCR1-1	No se cuenta con documento oficial que formaliza el proceso de referencias y contrareferencias del hospital .
RCR3-1	No existe evidencia (informe/certificados) de capacitación del personal responsable del SRCR.

MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS – (GMD)

GMD2-2	No existe informe de evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de dispensación.
GMD2-3	No existe evidencia documentaria de la vigilancia de errores en la dispensación de medicamentos.
GMD2-4	No cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación.
GMD2-5	No existe evidencia documentaria del registro de los errores de prescripción.
GMD3-1	La evaluación del stock registrado versus el stock real cuenta con resultados por debajo del 99% de coincidencias.
GMD3-4	No se realiza capacitación al personal de farmacia (mínimo el 80% debe estar capacitado).

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

GIN1-2	No se incorpora las necesidades de equipamiento del sistema de información dentro del plan anual de adquisiciones.
GIN2-1	No se elaboran proyectos de mejora de los aspectos críticos de la gestión de la información.
GIN3-1	No existen documentos que registran el mecanismo de información y retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas.
GIN3-2	No hay evidencia (actas de reuniones) de espacios generados para el análisis de información.
GIN3-3	No se cuenta con espacio de publicación (paneles, pagina web, murales) de información actualizada de los proyectos de mejora continua.
GIN3-4	No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información.

**MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y
ESTERILIZACIÓN - (DLDE)**

DLDE2-4	Solo se observa la aplicación del control físico y químico en la esterilización de materiales y equipos.
DLDE2-6	No se cuenta con un registro manual o electrónico de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa.
DLDE4-3	No existe informe de actividades de supervisión del cumplimiento de las normas (procesos) de limpieza.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

MRS1-2	No se realiza el control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica (informe/reporte mensual).
--------	---

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETÉTICA - (NYD)

NYD1-1	Se cuenta con mapro de nutrición pero no está oficializado mediante resolución.
NYD1-3	Se tiene determinado el horario de distribución de dietas a los servicios pero aún no se encuentra oficializado mediante resolución.
NYD1-4	Se cuenta con manual de manipulación de alimentos en proceso de revisión y aprobación mediante resolución.
NYD2-1	Se cuenta con listado de regímenes dietéticos estándar por patologías pero no está aprobado mediante resolución.
NYD2-3	El personal de nutrición realiza la visita diaria a los servicios pero no se cuenta con un registro físico que evidencie dicha actividad.

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

GIM1-1	No se cuenta con documento (aprobado con RD) que establezca las líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del eess
GIM1-3	No se cuenta con manual de buenas prácticas (aprobado con RD) de almacenamiento de insumos y materiales
GIM1-4	No se cuenta con manual de procedimientos (aprobado con RD) para el control de insumos y materiales.
GIM2-1	No existe evidencia documentaria del cumplimiento de los procedimientos para el requerimiento de bienes estratégicos según el plan de adquisiciones.
GIM2-2	No se cuenta con manual de procedimientos (aprobado con RD) para la adquisición de insumos y materiales.
GIM2-4	No existe ningún registro oficial de la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en menos del 60% de procesos.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

EIF1-1	Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física (infraestructura) y servicios básicos pero no está incorporado en el POA
EIF1-2	Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos pero no está incorporado en el POA.
EIF1-3	No se cuenta con personal capacitado para elaboración de proyectos de inversión y no se elaboran proyectos de inversión.
EIF1-4	No existe evidencia documentaria de capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos.
EIF1-5	No existe manual de procedimientos para el mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento.
EIF1-9	No existe documento oficial que aprueba el manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

VIII. PUNTAJE ALCANZADO

PUNTAJE TOTAL: 74%

- o El Puntaje total obtenido fue de 74%, resultado no aprobatorio, lo cual indica subsanar en 6 meses las observaciones encontradas.

Establecimiento :		00000210-HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS										
Tipo de Establecimiento :		II-2										
Fase:		AutoEvaluación										
Año:		2023										
Periodo :		1										
		MACROPROCESO							CATEGORIAS			
		Nro total criterios					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
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.56	36.91	67.65	221.99	158.14	71.24	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	25.27	61.76				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	32.02	67.07				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	39.08	81.87				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.64	13.15	96.43				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.10	23.81	69.23	253.70	197.31	77.77	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	38.19	80.00				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	31.83	66.67				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.74	46.48	97.37				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	40.63	85.11	158.57	114.59	72.26	
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	34.10	17.90	52.50				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.05	13.56	79.55				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	13.88	81.43				
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	17.05	14.54	85.29				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	11.15	65.38				
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	9.64	56.52				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.05	14.70	86.21				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	13.95	81.82				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.05	13.54	79.41				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	7.21	42.31	634.26	470.04		
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	11.03	64.71				
Total	341	133	167	41	341	634.26	468.29		634.26	470.04		
										Puntaje Final (%)	74	

RESULTADO SEGÚN CATEGORÍAS

RESULTADO POR CATEGORÍA		
Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER. Gerencia	158.14	71.24%
PRE. Prestación	197.31	77.77%
APO. Apoyo	114.59	72.26%

Según Categorías:

- La Categoría Prestación, alcanzó el mayor puntaje (77.77%).
- Siendo la Categoría de Apoyo la de menor puntaje (71.24%).



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

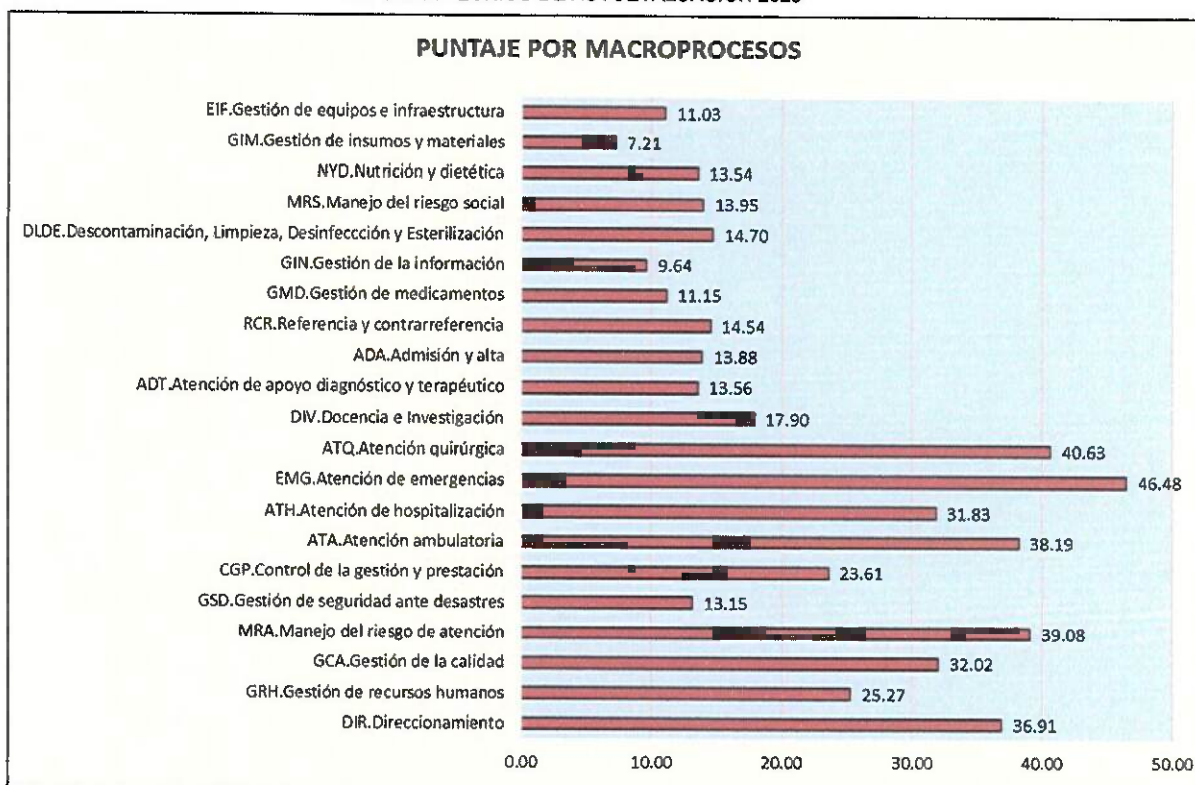
Según Macroprocesos:

- El Macroproceso Atención de Emergencias (EMG) obtuvo un puntaje mayor (97.37%).
- El Macroproceso Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) obtuvo un 96.43% seguido de Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE) que tiene 86.21% y Referencia y Contrareferencia (RCR) 85.29%.
- En quinto lugar, se encuentra el Macroproceso Atención Quirúrgica con 85.11%.
- El menor puntaje lo obtuvo el Macroproceso Gestión de insumos y materiales con un 42.31%.

RESULTADO POR MACROPROCESO

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	36.91	67.65 %
GRH.Gestión de recursos humanos	25.27	61.76 %
GCA.Gestión de la calidad	32.02	67.07 %
MRA.Manejo del riesgo de atención	39.08	81.87 %
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	13.15	96.43 %
CGP.Control de la gestión y prestación	23.61	69.23 %
ATA.Atención ambulatoria	38.19	80.00 %
AEX.Atención extramural	0.00	0.00 %
ATH.Atención de hospitalización	31.83	66.67 %
EMG.Atención de emergencias	46.48	97.37 %
ATQ.Atención quirúrgica	40.63	85.11 %
DIV.Docencia e Investigación	17.90	52.50 %
ADT.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	13.56	79.55 %
ADA.Admisión y alta	13.88	81.43 %
RCR.Referencia y contrarreferencia	14.54	85.29 %
GMD.Gestión de medicamentos	11.15	65.38 %
GIN.Gestión de la información	9.64	56.52 %
DLDE.Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	14.70	86.21 %
MRS.Manejo del riesgo social	13.95	81.82 %
NYD.Nutrición y dietética	13.54	79.41 %
GIM.Gestión de insumos y materiales	7.21	42.31 %
EIF.Gestión de equipos e infraestructura	11.03	64.71 %

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023



IX. CONCLUSIONES

- El proceso de Autoevaluación es una tarea permanente que se viene realizando todos los años en nuestra institución con el objetivo de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital Santa Gema de Yurimaguas cuenta con la capacidad de brindar prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos, según nuestro nivel de complejidad.
- La Autoevaluación no tiene carácter sancionador. Todo lo contrario, la Autoevaluación busca promover una cultura de calidad en el establecimiento de salud a través de la identificación de problemas dentro de cada Área/Servicio/Unidad/Oficina y también busca promover la participación de todo el personal dentro de los planes de mejora continua de la institución.

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones están dadas según observaciones en cada ítem de cada macroproceso:

MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO - DIR

Cráterios / Código	RECOMENDACIONES
DIR1-1	Elaborar el Plan Estratégico Institucional – PEI, participativamente con todas las jefaturas.
DIR1-3	Actualizar con documento oficial los planes institucionales.
DIR1-4	Elaborar documento oficial de identificación de necesidades de salud para todas las etapas de vida.
DIR1-7	Adoptar las Guías de Práctica Clínica y aprobarlas con R.D.
DIR2-2	Los responsables de las diferentes actividades deberán presentar el informe de resultados de los mismos.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS – (GRH)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GRH1-1	Actualizar el Reglamento del Proceso de Selección para el presente año
GRH1-2	El responsable de RR.HH. elaborará y ejecutará un Plan de inducción del personal.
GRH1-3	Difundir el Manual de Organización y Funciones (MOF) a las instancias correspondientes
GRH1-4	Realizar el análisis de los resultados de productividad en todos los servicios
GRH2-1	Contar con libro de actas de reunión para la reflexión de la practica institucional en todos los servicios
GRH2-2	Realizar reuniones con la participación de los equipos de trabajo para buscar solución a los problemas priorizados del desempeño de los recursos humanos.
GRH3-1	Implementar las medidas de bioseguridad en todas las áreas de riesgo
GRH4-3	La responsable de Gestión de la Calidad, deberá elaborar el Plan de capacitación para el personal del establecimiento sobre deberes y derechos de los usuarios externos.

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

Criterios / Código	Recomendaciones
GCA1-2	Se capacitará al personal en el diseño e implementación de procesos de mejora continua.
GCA1-3	Se reactivará los equipos de mejora continua, y se emitirá informe mensual de actividades.
GCA1-4	Se elaborará el manual de procedimientos para los procesos asistenciales y administrativos.
GCA2-3	A través de documento oficial, se elaborará los procesos que define y difunde el paquete de información al usuario externo (trípticos, paneles, spots, etc.).
GCA2-6	Se implementará Planes de mejora para disminuir las barreras de acceso de los usuarios, por tanto, y se emitirán los informes de avance respectivos.
GCA2-7	Difundir la cartera de servicios y elaborar el cronograma de responsables de la Atención al usuario externo y tenerlo en lugar visible.
GCA2-8	El responsable de consultorios externo elaborará el flujograma de atención general por servicios.
GCA2-9	Implementar paneles o letreros con información sobre derecho de los pacientes en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.
GCA3-1	Realizar la encuesta de Satisfacción del Usuario Externo de manera semestral.
GCA3-7	Cuantificar el porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional.
GCA3-8	Se elaborará directivas administrativas de los procesos asistenciales y administrativos priorizados.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 04: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN – (MRA)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
MRA1-1	Mediante emisión de memorándum, se designará a los responsables de manejo de riesgos de la atención.
MRA1-5	Se implementará un mecanismo para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar.
MRA1-6	El responsable de Salud materno realizará el Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna neonatal.
MRA1-11	Se implementará un sistema para Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno en las áreas / unidades del hospital.
MRA2-1	El responsable del Banco de Sangre elaborará el análisis de la seguridad transfusional acorde a la normatividad vigente.
MRA2-6	Implementar medidas preventivas en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras con presión.
MRA2-7	Contar con GPC para evaluar el riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y trombo embolismo.
MRA2-8	GPC de evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial.
MRA3-1	Elaborar métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.
MRA3-2	Elaborar GPC relacionado a la evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico y la administración de profilaxis antibiótica
MRA3-3	Disponer de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes.
MRA3-4	Documentar oficialmente los mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
MRA4-3	Realizar el registro e informar las infecciones e identificación de la cepa y antibioticoterapia no acorde a normas.
MRA5-1	Elaborar e implementar las Guías de atención de Enfermería por cada servicio.
MRA6-1	Supervisar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte del personal de salud.
MRA6-6	Elaborar las instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones a tener.
MRA6-7	Implementar programas preventivos contra hepatitis B, TBC, y otras patologías infectocontagiosas – VIH, y riesgos de radiaciones, incendio.
MRA6-9	Contar con el Manual de Prevención y atención de riesgos, y aplicarlo.

MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES – (GSD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GSD1-2	Coordinación con dirección para levantar las observaciones presentadas por defensa civil frente al incumplimiento de algunos estándares de seguridad en algunas obras de ampliación

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 06: CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN – (CGP)

Criterios/ Código	RECOMENDACIONES
CGP2-1	Se gestionará la capacitación de los responsables de realizar las auditorías, supervisión y evaluación de los procesos.
CGP2-5	Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia.
CGP2-6	Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
CGP2-8	Realizar el Informe de los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados.
CGP2-11	Elaborar informe de las acciones tomadas a mejorar el control de la gestión y prestación como resultado del proceso de auditoría, supervisión y evaluación.

MACROPROCESO 07: ATENCIÓN AMBULATORIA – (ATA)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATA1-4	Establecer disposiciones para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria los días solicitados.
ATA2-1	Oficializar las GPC oficializadas por etapas de vida.
ATA2-2	Reactivar el Comité Evaluador de las GPC.
ATA2-3	Evaluación permanente del cumplimiento de los lineamientos de las GPC en las historias clínicas.
ATA2-4	Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado.
ATA3-1	Establecer mecanismos de información a los usuarios, respecto de los principales daños crónico degenerativo, transmisibles y prevalentes. Planes Educativos.

MACROPROCESO 09: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATH1-1	Identificar, socializar y publicar de forma oficial, las causas más frecuentes de internamiento.
ATH1-2	Los jefes de servicio deberán establecer reuniones a fin de identificar las necesidades de mejora de la atención de los servicios, mediante planes de mejora.
ATH2-1	La Alta Dirección tiene el compromiso de atender y abastecer con el requerimiento del cuadro de necesidades a todos los servicios.
ATH2-2	Solicitar a los servicios las guías de práctica clínica (GPC), para la atención en cada área y para todas las patologías.
ATH2-3	Gestión de la Calidad realizará la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.
ATH3-1	Evaluación permanente del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad por parte del personal.
ATH3-3	Realizar el Informe de las auditorías de casos de muertes ocurridas por enfermedades transmisibles en hospitalización para el último año.

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

ATH3-4	Elaborar documento donde se establece la implementación de las recomendaciones según los informes de auditoría
ATH4-1	Las jefaturas de los servicios hospitalarios se agenciarán de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.
ATH4-3	Se vigilará la implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las historias clínicas.
ATH4-4	Se realizará la medición y seguimiento de la adherencia a las GPC.
ATH4-5	Se implementarán acciones de mejora, respecto a los informes de auditoría.
ATH7-4	Todas las historias clínicas deben contar con planes de trabajo contenidos acorde con las Guías de Práctica Clínica (GPC).
ATH7-5	Registrar, analizar y evaluar las complicaciones obstétricas y su manejo de acuerdo con los protocolos de las GPC.

MACROPROCESO 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
EMG1-4	Hacer uso de las GPC para las atenciones de las 10 patologías más frecuentes.

MACROPROCESO 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA – (ATQ)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATQ1-2	La jefatura de servicio deberá socializar el manual de procedimientos de centro quirúrgico
ATQ1-3	El personal deberá aplicar las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes.
ATQ3-8	Registros mensuales oficiales de las tasas de complicaciones y eventos adversos (indicador) para el último semestre.
ATQ3-10	El personal de Enfermería deberá registrar las tasas de reintervenciones Qx.
ATQ3-11	Evaluar la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
ATQ4-1	Realizar evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por las guías de atención quirúrgica.
ATQ4-2	Implementar proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso.

MACROPROCESO 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – (DIV)

Criterios/ Código	RECOMENDACIONES
DIV1-8	Elaborar un plan anual de actividades de docencia de pregrado y postgrado oficializado con Resolución Directoral.
DIV1-9	Evaluar el cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos de pregrado mediante un informe.
DIV2-1	Aperturar libro de actas de reunión mensual de los comités de docencia, investigación y ética/bioética



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

DIV2-2	Realizar el informe de supervisión por parte del profesional del establecimiento a los alumnos.
DIV2-3	Realizar actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado
DIV2-5	Realizar el inventario actualizado oficial de los materiales de capacitación e investigación
DIV2-6	Establecer horarios definidos para el acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales por parte del personal y los alumnos.

MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO – (ADT)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
ADT1-1	Disponer de normas y guías de procedimiento en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados.
ADT1-2	Implementar programas de control de calidad en los servicios de apoyo al diagnóstico.
ADT2-1	Establecer estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes.
ADT3-4	Implementar un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA – (ADA)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
ADA1-2	La jefatura deberá garantizar la conservación y custodia del sistema de registro de HCI, para lo cual deberá establecer mediante Directiva Administrativa, los procedimientos a seguir.
ADA1-3	Elaborar Manual de Procedimientos del proceso diario de recojo o archivamiento de historias clínicas. Realizar informe trimestral sobre problemas detectados en las entradas y salidas de las historias clínicas.
ADA3-1	Oficializar el proceso de alta mediante RD.
ADA3-2	Realizar el registro de las estancias hospitalarias prolongadas.

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA – (RCR)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
RCR1-1	Elaborar un documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe
RCR 3-1	Capacitar al personal responsable sobre la identificación y análisis de los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia y proponer acciones de mejora.

MACROPROCESO 16: GESTION DE MEDICAMENTOS – (GMD)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
GMD2-2	Informar mensualmente, mediante documento oficial la evaluación de la aplicación de normas de dispensación en el establecimiento.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

GMD2-3	Implementar disposiciones dirigidas a corregir errores en la dispensación de medicamentos.
GMD2-4	El servicio de farmacia deberá implementar un mecanismo de información al paciente al momento de la dispensación.
GMD2-5	La jefatura dispondrá de un sistema de registro de los errores de prescripción.
GMD3-1	Realizar la evaluación del stock registrado versus el stock real de medicamentos prescritos, dispensados y/o reportados.
GMD3-2	La jefatura deberá adoptar medidas referentes al porcentaje de prescripciones no atendidas.
GMD3-4	La Jefatura deberá capacitar al 100% de su personal a cargo sobre los procedimientos de farmacia.

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

Cráterios / código	RECOMENDACIONES
GIN1-1	La jefatura deberá establecer reuniones a fin de identificar las necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos.
GIN2-1	Presentar Proyectos de Mejora en función de la mejora del servicio.
GIN3-1	Establecer mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.
GIN3-2	Realizar reuniones para el análisis de información.
GIN3-3	Difundir la información actualizada de los proyectos de mejora continua en los espacios establecidos y visibles para el usuario.
GIN3-4	Identificar las percepciones del usuario interno sobre el manejo de información.

MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN - (DLDE)

Cráterios / Código	RECOMENDACIONES
DLDE2-4	Aplicar controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.
DLDE2-6	Implementar un registro e informe del control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa.
DLDE4-3	Realizar un informe de supervisión del cumplimiento de las normas de limpieza en las diferentes áreas.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

Cráterios / Código	RECOMENDACIONES
MRS1-2	El servicio social deberá realizar de manera mensual el control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICA - (NYD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
NYD1-1	Elaborar manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.
NYD1-3	Establecer mediante documento oficial los horarios de distribución de dietas según normatividad.
NYD1-4	Establecer mediante documento oficial las normas para manipulación de alimentos.
NYD2-1	Contar con documento oficial del listado de regímenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes.
NYD2-3	El profesional de nutrición debe realizar un informe de la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GIM1-1	La Unidad de Logística debe implementar las Líneas de Acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del Hospital, según normatividad vigente.
GIM1-3	La Unidad de Logística, mediante Directiva Administrativa, deberá implementar medidas de protección de insumos y materiales.
GIM1-4	Elaborar documento oficial que contenga las medidas para el control de insumos y materiales.
GIM2-1	Realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo con el cronograma del plan anual de adquisiciones.
GIM2-2	Implementar manual de procedimientos aprobado por RD para la adquisición de insumos y materiales.
GIM2-4	Registrar en un libro manual o electrónico la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
EIF1-1	Elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos.
EIF1-2	El Plan de Reemplazo y Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de los equipos debe estar incorporado dentro del Plan Operativo Institucional oficial.
EIF1-3	Deberá contar con personal capacitado en proyectos de Inversión (documentar).
EIF1-4	Capacitar al personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos.
EIF1-5	Elaborar manual de procedimientos para los procesos de adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación.
EIF1-9	Elaborar y oficializar el manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica).



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

XI. ANEXOS

Anexo 1

R.D. Comité de Acreditación



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

N° 051 - 2023-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 30 de Enero del 2023



Viso el Expediente N° 01971-2023 que contiene el Oficio N° 0011-2023-DRSL-GRL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución del Comité de Acreditación;

CONSIDERANDO:

Que, el Capítulo VI. Del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado Promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;



Que, la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP-V.01 Directiva que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de Octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de Noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

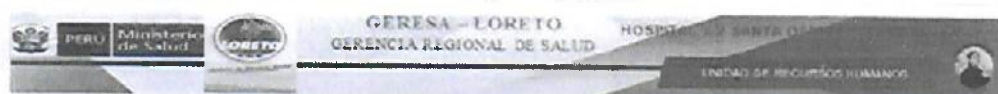
Artículo 1°.- Conformar el EQUIPO DE ACREDITACIÓN - 2023, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por las siguientes Oficinas:

- DIRECTOR EJECUTIVO
- DIRECTOR ADJUNTO
- DIRECTOR ADMINISTRATIVO
- JEFE UNIDAD PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
- JEFE DE LA UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD
- JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA
- JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 2

Comité Evaluadores Internos



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

N° 052 - 2023-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 30 de Enero del 2023



Visto el Expediente N° 00971-2023 que contiene el Oficio N° 001-2023-DRSL/GRL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución del Equipo de Evaluadores Internos;

CONSIDERANDO:



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el "El Sistema de Gestión de la Calidad," que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de los componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo uno de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02: "Norma técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, el numeral 5.2 de la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, referente al rubro de conceptos básicos, señala que la acreditación es un proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de calidad de atención y desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de Octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de Noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

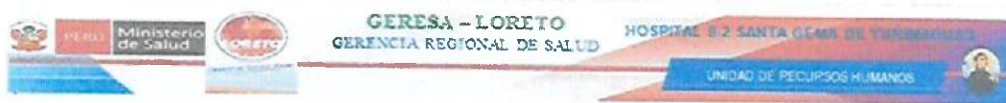
Artículo 1°.- Conformar el EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS - 2023, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, integrado por los siguientes profesionales:



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 3

R.D. Plan de Auto Evaluación



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

N° 177 - 2023-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de mayo del 2023

Visto el Expediente N° 007133-2023 que contiene el Oficio N° 058-2023-GRL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de Aprobación mediante Resolución del "PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO - 2023, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:



Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señala literalmente que: "Los Establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de Gestión deberán cumplir los requisitos que disponen los Reglamentos y Normas Técnicas que dicha autoridad de Salud de Nivel Nacional en relación a la planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgo relacionados con los agentes ambientales, físicos, químicos biológicos y orgánicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los Establecimientos de Salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador" para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencia nacional, de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la III-1, en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021 – MINSA/DGSP-V.03, "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del Sistema de Salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante documentos de Visto, el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 1140-2023-GRL-GRSL/30.37, la conformación del "PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO 2023" DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, con la finalidad de cumplir con los objetivos funcionales de Apoyo en este Nosocomio;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO 2023" DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, el mismo que contiene CATORCE (14) FOLIOS y es parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transferencia estándar del Hospital II – 2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;

JAMS/ETP/DCSM/lazg.



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAZ DIRECTOR EJECUTIVO CAMP: 5 2 7 5 1 RNE: 0 4 0 4 3 7



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 4
Comunicado Inicio de Autoevaluación 2023



CARGO

Yurimaguas, 28 de junio del 2023.

OFICIO N° 0067-2023-DRSL/GRI/30.37.05.

SEÑOR:

M.C. Percy Antonio ROJAS FERREYRA.
Gerente Regional Salud Loreto-GERESA Loreto.

Presente.

ASUNTO : COMUNICO INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2023.

ATENCIÓN : DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD – GERESA LORETO.



Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente, y a la vez, **COMUNICARLE EL "INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN AÑO 2023"**, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas; el cual se desarrollará a partir del día martes 04 de julio del año en curso. Asimismo, el documento tiene que ser remitido a la UFGCS-DVMPAS del MINSA, dando cumplimiento al criterio 3 de la Ficha Técnica N° 30: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, Compromiso de Mejora que forma parte de los Convenios de Gestión 2023.

P.D: Adjunto documentos (15 folios).

Sin otro particular, me suscribo de Usted, deseándole éxitos y parabienes en el desarrollo de su Gestión.

Atentamente:

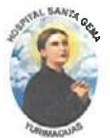
C.c

Archivo

JAMS/FRD/frd.



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MARCHADO SEARCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.F. 527.511.ENE: 040837



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 5
Memorándums



MEMORANDUM MÚLT. N° 018-2023-GRL-GRSI/30.37.05.

PARA : CARGO

Asunto : SOCIALIZACIÓN PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Fecha : Yurimaguas, 27 de junio del 2023.

Por la presente, se le convoca a usted, a la reunión de Socialización sobre el Proceso de Autoevaluación, actividad que se dará inicio el día martes 4 de julio; la misma, se encuentra establecida como Compromiso de Mejora dentro de los Convenios de Gestión año 2023, para la obtención del Bono Anual por cumplimiento de Metas.

Fecha: lunes 03 de julio 2023.
Hora: 10:00 hrs.
Lugar: Cuerpo Médico del HSGY.



Atentamente,



MEMORANDUM MÚLT. N° 019-2023-GRL-GRSI/30.37.05.

PARA : CARGO

Asunto : INICIO AUTOEVALUACIÓN

Fecha : Yurimaguas, 27 de junio del 2023.

Me es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente, a la vez, hago de su conocimiento que a partir del día martes 04 de julio, se dará inicio al desarrollo del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023 (MTS N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"). Para tal efecto, deberá designar un responsable de su servicio que proporcione la Información necesaria al Equipo Evaluador. Cabe recalcar que la actividad en mención es un Compromiso de Mejora dentro de los Convenios de Gestión 2023, cuyo cumplimiento suma para la adquisición del bono económico anual para todo el personal de la Institución.

Atentamente,





INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 6
Cronogramas

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023 - A

ACTIVIDADES	enero	mayo	junio		julio							
			27	28	3	4 al 7	10 al 14	17 al 21	24 al 25	26	27	
Conformación del Comité de Acreditación 2023.	X											
Conformar el Equipo de Evaluadores Internos 2023.	X											
Elaborar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023.		X										
Aprobación del Plan de Autoevaluación mediante Resolución Directoral.		X										
Designación del Evaluador Líder, quien comandará el desarrollo del Proceso de Autoevaluación.			X									
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para socializar los contenidos del plan y designar los responsables de cada componente			X									
Capacitación de los miembros del Equipo de Evaluadores Internos.			X									
Socialización del Plan de Autoevaluación para la Acreditación, a las jefaturas de Unidades, Servicios, y otros.				X								
Designar responsables por servicios/áreas/unidades/ que interactuarán con los evaluadores internos.				X								
Visita y reconocimiento de las instalaciones por el equipo evaluador.					X							
Preparación del material que se utilizará en el desarrollo del proceso.					X							
Comunicar a la DIRESA Loreto, el inicio del desarrollo de la Autoevaluación.					X							
Desarrollo del Proceso de Autoevaluación según cada Macroproceso:												
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)					X					
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)					X					
	3	Gestión de la Calidad (GCA)					X					
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)					X					
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)					X					
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)					X					
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)						X				
	8	Atención de Hospitalización (ATH)						X				
	9	Atención de Emergencias (EMG)						X				
	10	Atención Quirúrgica (ATQ)						X				
	11	Docencia e Investigación (DIV)						X				
Apoyo	12	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						X				
	13	Admisión y Alta (ADA)						X				
	14	Referencia y Contrareferencia (RCR)						X				
	15	Gestión de Medicamentos (GMD)							X			
	16	Gestión de la Información (GIN)							X			
	17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)							X			
	18	Manejo de Riesgo Social (MRS)							X			
	19	Nutrición y Dietética (NYD)							X			
	20	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)							X			
	21	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)							X			
Procesamiento y Análisis de datos												
Elaborar el informe preliminar y presentar los hallazgos a la Dirección del Hospital												
Revisión y elaboración del Informe Final												
Remitir e informe final a la GERESA Loreto												



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN RESPONSABLES - B

ACTIVIDADES	Responsable	JULIO																	
		4	5	6	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21				
Gerenciales	1 Direccionamiento (DIR)	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO	X	X	X	X													
	2 Gestión de Recursos Humanos (GRH)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X													
	3 Gestión de la Calidad (GCA)	LIC. ENF. FABIOLA CERVANTES GARNICA	X	X	X	X													
	4 Manejo del riesgo de la Atención (MRA)	C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ	X	X	X	X													
	5 Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	OBST. JEAN HERNÁNDEZ ANGULO	X	X	X	X													
	6 Control de la Gestión y Prestación (CGP)	LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE	X	X	X	X													
Prestacionales	7 Atención Ambulatoria (ATA)	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA					X	X	X	X									
	9 Atención de Hospitalización (ATH)	LIC. ENF. BONNIE, ANNIE, OBST. DELIA					X	X	X	X									
	10 Atención de Emergencias (EMG)	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO					X	X	X	X									
	11 Atención Quirúrgica (ATQ)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO					X	X	X	X									
Apoyo	12 Docencia e Investigación (DIV)	Q.F. ALEXANDER T. PACHECO ROJAS					X	X	X	X									
	13 Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	LIC. ENF. LIANG CHOY GÓMEZ					X	X	X	X									
	14 Admisión y Alta (ADA)	OBST. JEAN HERNÁNDEZ ANGULO					X	X	X	X									
	15 Referencia y Contrareferencia (RCR)	Q.F. LLAHAIRA E. VÁSQUEZ GATICA					X	X	X	X									
	16 Gestión de Medicamentos (GMD)	OBST. DELIA GARAZATÚA ORBE									X	X	X	X	X				
	17 Gestión de la Información (GIN)	Q.F. ALEXANDER T. PACHECO ROJAS									X	X	X	X	X				
	18 Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE									X	X	X	X	X				
	19 Manejo de Riesgo social (MRS)	LIC. ENF. MERY GUZMÁN									X	X	X	X	X				
	20 Nutrición y Dietética (NVD)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO									X	X	X	X	X				
	21 Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ									X	X	X	X	X				
22 Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	Q.F. LLAHAIRA E. VÁSQUEZ GATICA									X	X	X	X	X					



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

Anexo 7: Hoja de Recomendaciones**MACROPROCESO: 01 DIRECCIONAMIENTO**

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
DIR 1-1	La Jefatura de la Oficina de Planeamiento deberá elaborar el Estratégico Institucional en coordinación con el Equipo de Gestión en un plazo de 60 días.
DIR 1-3	La Jefatura de la Oficina de Planeamiento deberá elaborar e implementar el Plan de Contingencia de Procedimientos para la elaboración, conservación y actualización de los planes en un plazo de 45 días.
DIR 1-4	La Jefatura de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar el Análisis de Situación de Salud – ASIS en un plazo de 6 meses. Así mismo, en el ASIS se deberá realizar la identificación de las necesidades de salud por etapas de vida.
DIR 1-7	Las Jefaturas de los Departamentos Asistenciales (Gineco-Obstetricia, Medicina, Pediatría y Cirugía) deberán elaborar según corresponda las Guías de Práctica Clínica Según Prioridades Sanitarias de acuerdo con el ASIS del 2013, en un plazo de 60 días.
DIR 2-2	La Jefatura de la Oficina de Planeamiento en coordinación con la Dirección deberán presentar los resultados de la organización en espacios de participación de la comunidad en un plazo de 45 días.

MACROPROCESO: 02 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
GRH 1-2	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos deberá coordinar con quien corresponda la elaboración de los Informes de inducción del personal entrante de junio del presente en un plazo de 15 días.
GRH 1-3	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos remitirá de manera oficial el MOF a cada oficina/servicio correspondiente.
GRH 1-4	La Jefatura de la Unidad de Estadística deberá elaborar Informes de los análisis de productividad individual por áreas y unidades en forma permanente.
GRH 2-1	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos implementará un libro de actas de reunión para la reflexión en los temas relacionados a la práctica institucional en todos los servicios, unidades o procesos
GRH 2-2	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos deberá identificar y proponer soluciones para mejorar el desempeño de los recursos humanos



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

GRH 3-1	El Presidente del Comité de Bioseguridad deberá evidenciar la implementación de medidas de bioseguridad mediante informes de cumplimiento que deberá estar incluido en su plan de trabajo, en forma permanente.
GRH 4-3	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá aplicar herramientas que evalúen la comprensión y el cumplimiento del personal sobre deberes y derechos de los usuarios externos.

MACROPROCESO: 03 GESTIÓN DE CALIDAD

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
GCA 1-2	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá capacitar a su personal en el diseño e implementación de procesos de mejora continua.
GCA 1-3	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá informar de manera periódica las actividades de los equipos para la mejora.
GCA 1-4	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá elaborar el Manual de Procedimientos de las diferentes áreas en un plazo de 90 días.
GCA 2-3	La Jefatura de Consultorios Externos, Seguros y Gestión de la Calidad deberán coordinar para la definición del paquete de información del proceso de atención que se brinda al usuario en un plazo de 45 días.
GCA 2-6	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá implementar mejoras para disminuir las barreras de acceso de los usuarios en un plazo de 90 días.
GCA 2-7	La Jefatura de Consulta Externa deberá publicar de manera oficial la cartera de servicios y el cronograma de responsables de la atención.
GCA 2-8	La Jefatura de Consulta Externa deberá coordinar para la implantación de flujogramas de atención general en todos los servicios y debidamente señalizados en un plazo de 45 días. La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá monitorizar la implementación de la recomendación antes mencionada en un plazo de 60 días.
GCA 2-9	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad implementará paneles o letreros con información sobre derecho de los pacientes en los servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización.
GCA 3-1	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá realizar la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo de manera semestral.
GCA 3-7	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá cuantificar el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral en un plazo de 60 días.
GCA 3-8	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad en coordinación con los Departamentos asistenciales deberán identificar los procesos de atención críticos y priorizar su mejora en un plazo de 60 días.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO: 04 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
MRA1-1	La Subdirección deberá definir responsables por servicios y/o áreas para el manejo de los riesgos de la atención en un plazo de 30 días.
MRA1-5	El Comité de Manejo de Riesgos en coordinación con el área de comunicaciones deberá implementar mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar, en un plazo de 60 días.
MRA1-6	El Jefe de Servicio de Gineco-obstetricia realizará el análisis de cuan efectiva es la atención materna de acuerdo con los indicadores establecidos según normatividad.
MRA1-11	El Comité de Manejo de Riesgos deberá implementar la metodología para evaluar al usuario interno sobre el manejo de los riesgos en la atención, en un plazo de 45 días.
MRA2-1	El Comité Transfusional deberá garantizar la seguridad transfusional mediante documento oficial, generando análisis e informe, en un plazo de 30 días.
MRA2-6	El Departamento de Enfermería deberá incorporar dentro de su Manual de Procedimientos la disposición de medidas preventivas para el paciente hospitalizado con riesgo a desarrollar úlceras por presión en un plazo de 30 días.
MRA2-7	El Departamento de Enfermería deberá elaborar el Guías de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en un plazo de 30 días.
MRA2-8	El Departamento de Enfermería deberá elaborar las Guías de Aspiración, en un plazo de 30 días.
MRA3-1	El comité de Infecciones Intrahospitalarias deberá establecer métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres, en un plazo de 25 días.
MRA3-2	El Jefe del Servicio de Cirugía deberá elaborar la GPC relacionado a evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico y la administración de profilaxis antibiótica.
MRA3-3	La Unidad de Epidemiología realizará la vigilancia para la implementación de los dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todos los ambientes de las áreas / unidades.
MRA3-4	El Comité de Cirugía Segura deberá elaborar un documento oficial que registre los mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
MRA4-3	El Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico deberá coordinar con quien corresponda que la identificación de las cepas prevalentes y antibiótico terapias deberán estar acorde con las normas vigentes, en un plazo de 15 días.
MRA5-1	La Jefatura de Enfermería deberá elaborar las Guías de Procedimientos de los diferentes servicios, en un plazo de 45 días.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MRA6-1	La Jefatura de Enfermería deberá verificar de manera permanente que todo su personal deba usar indumentaria de protección según normas de bioseguridad.
MRA6-6	La Coordinación de Enfermedades Infecciosas deberá elaborar e implementar y difundir los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas, en un plazo de 30 días.
MRA6-7	La Subdirección deberá implantar programas preventivos contra la radioactividad, explosiones e incendios en un plazo de 45 días. Los Coordinadores de los programas preventivos contra hepatitis B, TBC VIH, deberán identificar las medidas preventivas y establecer acciones de mejora en forma continua.
MRA6-9	El Comité de Seguridad del Trabajo deberá definir los procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral en un plazo de 45 días.

MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
GSD 1-2	La Jefatura de Servicios Generales en coordinación con la Unidad del COE, deberán solicitar informes de evaluación de seguridad de obras a la municipalidad en forma permanente.

MACROPROCESO: 06 CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
CGP2-1	El Jefe de la Unidad de Calidad capacitará a todo su personal para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito en un plazo de 90 días.
CGP2-5	El Jefe de la Unidad de Calidad evaluará la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia en un plazo de 90 días.
CGP2-6	El Jefe de la Unidad de Calidad evaluará la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia en un plazo de 90 días.
CGP2-8	El Jefe de la Unidad de Calidad, en coordinación con las jefaturas de departamentos deberá desarrollar e implementar proyectos de mejora en base a los resultados del estudio SERVQUAL y clima organizacional en un plazo de 90 días.
CGP2-11	El Jefe de la Unidad de Calidad en coordinación con las jefaturas deberán establecer disposiciones orientadas a mejorar el control de la gestión y prestación, según los resultados del proceso de auditoría.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO: 07 ATENCIÓN AMBULATORIA

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ATA1-4	La Unidad de estadística e informática deberá registrar e informar a la Unidad de Gestión de la Calidad los datos de demanda insatisfecha y en coordinación con la Jefatura de Consultorios Externos deberá elaborar un documento oficial en la que establezcan los mecanismos y metas para disminuir el número de usuarios no atendidos.
ATA2-1	Los jefes de departamentos deberán implementar las gpc por etapa de vida, debiendo la subdirección ordenar las actuales gpc por patologías a lo requerido por la norma (por etapas de vida) según perfil epidemiológico de la atención ambulatoria.
ATA2-2	La unidad de gestión de la calidad velara por que el comité de auditoría de la calidad cumpla con emitir los informes acerca del grado de cumplimiento de las guías de práctica clínica.
ATA2-3	La unidad de gestión de la calidad velara por que el comité de auditoría de la calidad cumpla con emitir los informes acerca del grado de cumplimiento del plan de trabajo contenidos en las historias clínicas de las guías de práctica clínica.
ATA2-4	La jefatura de Gineco-obstetricia evaluará el cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal.
ATA3-1	La jefatura de medicina deberá brindar información sobre daños crónicos - degenerativos- transmisible y prevalentes al responsable de promoción de la salud quien incorporara en su plan de trabajo aprobado con RD para brindar la información a los usuarios.

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ATH 1-1	El Jefe de Consultorio Externo deberá socializar y registrar en Libro de Actas la sociabilización y aprobación de los GPC y actualizar GPC en plazo de 45 días. Los Jefes de Medicina y Pediatría deberán terminar proceso de elaboración y aprobación RD de GPC en un plazo de 60 días.
ATH 1-2	Los Jefes de Departamentos de Medicina y Pediatría deberán identificar necesidades de mejoras de la atención y establecerán la implementación orientadas a la mejora, documentados oficialmente. Sociabilizar en Reunión, con registro en libro de Actas y documentos oficiales de plan de mejora y sociabilizarlo en su servicio, en un plazo de 45 días.
ATH 2-1	El Jefe de la Oficina de Logística verificará la atención de las necesidades de los servicios confrontando las órdenes de requerimiento con las órdenes de abastecimiento en un plazo de 30 días.
ATH 2-2	El Jefe de Consultorio Externo deberá socializar y registrar en Libro de Actas la sociabilización y aprobación de los GPC y actualizar GPC en plazo de 45 días. Los Jefes de Medicina y Pediatría deberán terminar



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

	proceso de elaboración y aprobación RD de GPC en un plazo de 60 días.
ATH 2-3	Las Jefaturas de los cuatro Departamentos (Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), deberán implantar y ejecutar la medición de tiempo de espera entre solicitud y la hospitalización en un plazo de 30 días. 8 con doc. Oficial y pedido de RD, con socialización y registro diario de pacientes en el libro.
ATH 3-1	La Jefatura de Enfermería deberá realizar monitoreo permanente sobre el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y evidenciar los avances durante un plazo de 45 días.
ATH 3-3	Las Jefaturas de Cirugía, Pediatría y Medicina deberán implementar las recomendaciones establecidas de los informes de auditorías de pacientes fallecidos por enfermedades transmitidas en el servicio y dejar constancia cada mes en el libro de Actas del Servicio (Así no hubieran), en un plazo de 30 días.
ATH 3-4	La Jefatura del Servicio de Gineco-obstetricia deberá elaborar un documento (informe) donde se dispone la implementación de las recomendaciones establecidas en los informes de auditorías de los casos de muerte materna realizados en el último año.
ATH 4-1	Las Jefaturas de Pediatría y Medicina deberán realizar la adopción de las GPC de las 10 primeras causas de morbilidad en su servicio en un plazo de 45 días.
ATH 4-3	Las Jefaturas de los cuatro Departamentos (Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), deberán implementar e informar a cada miembro del equipo de trabajo el uso de las GPC en un plazo de 15 días.
ATH 4-4	Las Jefaturas de Cirugía, Ginecoobstetricia, deberán implementar y ejecutar la medición y monitoreo de adherencia de las GPC en un plazo de 30 días, la Jefatura de Pediatría y de Medicina en un plazo de 60 días.
ATH 4-5	La Jefatura de Gestión de la Calidad deberá realizar el monitoreo de las recomendaciones emitidas de las auditorías realizadas en un plazo de 30 días. (Con documento oficial).
ATH 7-4	Las Jefaturas de los 4 Departamentos mediante los círculos de auditoria realizaran la evaluación de la concordancia de las GPC y plan de trabajo en un plazo de 30 días.
ATH 7-5	La Jefatura del Servicio de Gineco-obstetricia evaluará el registro de las complicaciones obstétricas y realizará el análisis respectivo para su manejo en un plazo de 30 días.

MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
EMG1-4	Elaborar y validar las guías de Práctica Clínica, de cada especialidad, según 10 primeros causas más frecuentes de emergencia, actualizados, en un plazo de 03 meses.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ATQ1-2	El Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro quirúrgico deberá exigir la RD para su MAPRO presentado y luego de obtenido socializarlo, en un plazo de 02 meses.
ATQ1-3	Se debe de realizar evaluación periódicamente del cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las 10 más frecuentes y elevar informe a las Instancias que corresponde (Dirección y la Unidad de Calidad), en un plazo de 01 mes.
ATQ3-8	Implementar el informe de eventos adversos intra y post operatorio y realizar el análisis de la evaluación de estas para implementación de medidas correctivas e informar a la Dirección y la Unidad de Calidad y así mismo socializarlo, en un plazo de 01 mes.
ATQ3-10	Analizar y evaluar las reintervenciones quirúrgicas, elevar informe a la Dirección y Unidad de Calidad con la implementación de las medidas correctivas y su socialización, en un plazo de 01 mes.
ATQ4-1	Realizar evaluaciones periódicas preventivas de las Cirugías más frecuentes con verificación del cumplimiento de las Guías de atención quirúrgica, realizar informes de la Auditoría y establecer disposición documentadas orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el Servicio con base en los resultados de los Informes de Auditoría e implementar medidas correctivas, lo cual debe ser informado a la Dirección y Unidad de Calidad, en un plazo de 03 meses.
ATQ4-2	Elaborar el Plan de mejora continua de su Servicio y elevar a la Dirección para su aprobación, en un plazo de 05 meses.

MACROPROCESO: 12 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
DIV1-8	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá Elaborar un plan anual de actividades de docencia de pregrado y postgrado oficializado con Resolución Directoral en un plazo de 30 días.
DIV1-9	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá evaluar el cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos de pregrado mediante un informe en un plazo de 60 días.
DIV2-1	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá aperturar libro de actas de reunión mensual de los comités de docencia, investigación y ética/bioética en un plazo de 30 días.
DIV2-2	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá realizar el informe de supervisión por parte del profesional del establecimiento a los alumnos en un plazo de 60 días.
DIV2-3	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá organizar actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado en un plazo de 90 días.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

DIV2-5	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá realizar el inventario actualizado oficial de los materiales de capacitación e investigación
DIV2-6	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá establecer horarios definidos para el acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales por parte del personal y los alumnos en un plazo de 60 días.

MACROPROCESO: 13 APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ADT 1-1	El Jefe del departamento de ADT, deberá hacer el seguimiento, para obtener la RD de aprobación de las guías de Procedimientos de su departamento. Luego monitorizara que se implementen los procedimientos contenidos en las guías, en un plazo de 01 mes.
ADT 1-2	El Jefe del departamento de ADT deberá contar con un programa de control de calidad en todos los servicios de apoyo al diagnóstico, en un plazo de 01 mes.
ADT 2-1	El Jefe del departamento de ADT, deberá elaborar informes / reportes oficiales que muestren los resultados del programa de control de calidad implementado en todos los servicios de apoyo al tratamiento, en un plazo de 01 mes.
ADT 3-4	El Jefe del Departamento de Farmacia debe elaborar el MAPRO, donde se incluya Farmacoterapia, y elaborar un informe de reportes del programa de control de calidad, y la calibración de equipos, en un plazo de 01 mes.

MACROPROCESO: 14 ADMISION Y ALTA

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
ADA1-2	Elaborar el manual de procedimientos para garantizar el proceso de admisión a los usuarios siendo esto oportuno y continuo según las normas institucionales, en un plazo de 02 meses.
ADA1-3	Establecer oficialmente el procedimiento de recojo /archivamiento de las historias clínicas. Aperturar un libro de registro donde se señale los problemas que se presenten a diario en el recojo y archivamiento de las historias clínicas. Elaborar informes trimestrales de los problemas presentados con sugerencias y/o recomendaciones, en un plazo de 01 mes.
ADA 3-1	Elaborar y oficializar el procedimiento de alta. Monitorizar e Informar el proceso de alta, en un plazo de 01 mes.
ADA 3-2	Registrar el indicador de estancia hospitalaria prolongada por Servicios. Elaborar informe mensual de este indicador. Obtener evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en los Servicios, en un plazo de 01 mes.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

MACROPROCESO: 15 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
RCR 1-1	La Jefatura de SIS deberá elaborar un documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias del hospital.
RCR 3-1	La Jefatura de SIS deberá realizar el informe de identificación y análisis de aspectos críticos del SRCR planteando la realización de Proyectos de Mejora, asimismo deberá realizar el informe mensual de avance del seguimiento de SRCR. Teniendo como plazo 1 mes.

MACROPROCESO: 16 GESTION DE MEDICAMENTOS

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GMD2-2	El Departamento de Farmacia deberá informar mensualmente, mediante documento oficial la evaluación de la aplicación de normas de dispensación en el establecimiento en un plazo de 30 días.
GMD2-3	El Departamento de Farmacia deberá implementar disposiciones dirigidas a corregir errores en la dispensación de medicamentos en un plazo de 30 días.
GMD2-4	El Departamento de Farmacia deberá implementar un mecanismo de información al paciente al momento de la dispensación en un plazo de 30 días.
GMD2-5	El Departamento de Farmacia deberá disponer de un sistema de registro de los errores de prescripción en un plazo de 30 días.
GMD3-1	El Departamento de Farmacia deberá realizar la evaluación del stock registrado versus el stock real de medicamentos prescritos, dispensados y/o reportados en un plazo de 30 días.
GMD3-4	El Departamento de Farmacia deberá capacitar al 100% de su personal a cargo sobre los procedimientos de farmacia en un plazo de 60 días.

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GIN1-2	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá documentar el requerimiento de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informático en un plazo de 30 días.
GIN2-1	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá presentar Proyectos de Mejora en función de la mejora del servicio en un plazo de 60 días.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

GIN3-1	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá establecer mecanismos de difusión de la información y retroalimentación en un plazo de 30 días.
GIN3-2	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá realizar reuniones para el análisis de información en un plazo de 45 días.
GIN3-3	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá difundir la información actualizada de los proyectos de mejora continua en los espacios establecidos y visibles para el usuario en un plazo de 30 días.
GIN3-4	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá identificar las percepciones del usuario interno sobre el manejo de información en un plazo de 30 días.

MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y
ESTERILIZACIÓN - (DLDE)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
DLDE2-4	El Jefe de Central de Esterilización deberá aplicar controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos en un plazo de 30 días.
DLDE2-6	El Jefe de Central de Esterilización deberá implementar disposiciones oficiales para el control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa en un plazo de 30 días.
DLDE4-3	La Unidad de Salud Ambiental elaborará los informes de supervisión del cumplimiento de las normas de limpieza.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
MRS1-2	El Jefe del Servicio de Bienestar Social deberá realizar el control de calidad de las fichas de evaluación socio-económica de manera permanente.

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICA - (NYD)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
NYD1-1	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá elaborar un manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética en un plazo de 60 días.
NYD1-3	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá establecer mediante documento oficial los horarios de distribución de dietas según normatividad en un plazo de 30 días.

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

NYD1-4	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá establecer mediante documento oficial las normas para manipulación de alimentos en un plazo de 60 días.
NYD2-1	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá contar con documento oficial del listado de regímenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes en un plazo de 60 días.
NYD2-3	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá realizar un informe de la visita diaria a los pacientes con dietas especiales de manera permanente

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GIM1-1	El Jefe de la Unidad de Logística deberá implementar las Líneas de Acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del Hospital, según normatividad vigente en un plazo de 30 días.
GIM1-3	El Jefe de la Unidad de Logística mediante Directiva Administrativa, deberá implementar medidas de protección de insumos y materiales en un plazo de 60 días.
GIM1-4	El Jefe de la Unidad de Logística deberá elaborar documento oficial que contenga las medidas para el control de insumos y materiales en un plazo de 60 días.
GIM2-1	El Jefe de la Unidad de Logística deberá realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones en un plazo de 30 días.
GIM2-2	El Jefe de la Unidad de Logística deberá implementar un manual de procedimientos aprobado por RD para la adquisición de insumos y materiales en un plazo de 60 días.
GIM2-4	El Jefe de la Unidad de Logística deberá registrar en un libro manual o electrónico la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en un plazo de 30 días.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
EIF1-1	El Jefe de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales deberá elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos en un plazo de 60 días.
EIF1-2	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá gestionar la incorporación del Plan de Reemplazo y Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de los equipos dentro del Plan Operativo Institucional oficial en un plazo de 30 días.
EIF1-3	El Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico deberá contar con personal capacitado en proyectos de Inversión (documentar) en un plazo de 60 días.



INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2023

EIF1-4	El jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá capacitar al personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos en un plazo de 60 días.
EIF1-5	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar el MAPRO para el mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento en un plazo de 60 días.
EIF1-9	El Jefe de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales deberá elaborar y oficializar el manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica) en un plazo de 60 días.