



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Trujillo, 30 de diciembre del 2021

OFICIO N° 551-2021-GR-LL/GGR-GS-IRO.JSU-DG

**Dra.
Kerstyn Morote García
Gerente Regional
Gerencia Regional de Salud La Libertad
Presente. -**

ATENCIÓN: OFICINA GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO: AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN IRO 2021

REF. : OFICIO N° 006-2021-GRLL-GGR/GS-IRO-D.E.-O.G.C

Por medio del presente, me dirijo a Ud. para saludarlo en nombre de los trabajadores del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo* y el mío propio.

Así mismo; remito a su Despacho mediante documento citado en la referencia, el Informe Técnico de la Autoevaluación para la Acreditación de mi representada.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Magda Patricia Chirinos Saldaña
Dra. Magda Patricia Chirinos Saldaña
DIRECTORA GENERAL
Instituto Regional de Oftalmología
JAVIER SERVAT UNIVAZO

MPCS/lvls.
Folios: 98

"Juntos por la Prosperidad"

"26 años al servicio de la Salud Ocular de nuestra población 1994 – 2020"

Dirección: Mz P Lote 7 A Urb. Natasha Alta, Central Telefónica: (51) 044287236 – (51) 044287222

Página Web: www.irotujillo.gob.pe – R.U.C. 20314801327

Trujillo, 29 de diciembre del 2021.

OFICIO N° 006 - 2021-GRLL-GGR/GS-IRO-D.E.-O.G.C**Doctora:**

MAGDA PATRICIA CHIRINOS SALDAÑA

Directora General del Instituto Regional de Oftalmología

Presente.-

Asunto: Informe Técnico de la "Autoevaluación del Proceso de Acreditación IRO 2021"

Referencia:

- a) Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"
- b) Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorpora el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2."
- c) Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Por el presente me dirijo a usted, para saludarla cordialmente y a la vez adjuntar al presente el Informe Técnico de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de nuestra Institución correspondiente al año fiscal 2021.

Esta información es requerida por la Oficina de Gestión de la Calidad – GERESA LL, por tal razón solicito indique usted a quien corresponda remitirlos vía virtual.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para reiterarle a usted, los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

CEVV

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA J.S.U.
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CPC. Cristina Elizabeth Velarde Velarde
JEFA DE OFICINA

C.c. Archivo

Folios:



"Visión sin ejecución es solo ilusión"
Nuestra visión 20/20

Dirección: Mz P° Lote 7 A Urb. Natasha Alta, Central Telefónica: (51) 044287236 – (51) 044287222

Página Web: www.irottrujillo.gob.pe – R.U.C. 20314801327

**INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA
ACREDITACIÓN IRO**

2021



**INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA**
Javier Servat Univazo

El Instituto Regional de Oftalmología IRO comprometidos con brindar servicios de calidad enmarcado por las disposiciones del Ministerio de Salud y en ejercicio pleno de su autonomía reconoce la importancia del proceso de acreditación realizando la primera fase que es la autoevaluación y que se desarrolla en el presente informe.



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA "JSU"
Mz. P Lote 7ª Urb. Natasha Alta
044 – 287236
www.irotrujillo.gob.pe



Equipo de autoevaluación para la acreditación I.R.O. 2021

(Resolución Directoral N° 118-2021-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU)

Dr. Gabriel Pérez Ballena
Jefe de la Oficina de Administración - Coordinador

CPC Cristina Velarde Velarde
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Edwin Cuadros Cerín
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística

Dra. Nancy Suárez Ávalos
Directora Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología

Dr. Yuri Carbajal Jara
Director de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Alejandro Vásquez Gutiérrez
Director de Cirugía Especializada y Emergencia

Dr. Robert Acosta Pretell
Director de Desarrollo, Investigación, Tecnología y Docencia

Lic. Enf. Nancy Gil Reyes
Jefa del Departamento de Enfermería

Q.F. Flor Peláez García
Jefa del Departamento de Farmacia

Equipo de Evaluadores Internos (acreditación) 2021

(Resolución Directoral N° 118-2021-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU)

Dra. Nancy Suárez Ávalos - directora ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología

Dr. Yuri Carbajal Jara - director de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Robert Acosta Pretell - director de Desarrollo, Investigación, Tecnología y Docencia

Dr. Gabriel Pérez Ballena - jefe de la Oficina de Administración

Lic. Edwin Cuadros Cerín - jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística

Lic. Enf. Nancy Gil Reyes - jefa del Departamento de Enfermería

Lic. Enf. Merly Gonzalez Saravia – jefa del Departamento de Prevención de la Ceguera y Promoción de la Salud



INDICE

ANTECEDENTES.....	04
I. PRESENTACIÓN.....	05
II. OBJETIVOS.....	05
III. ALCANCE.....	06
IV. BASE LEGAL.....	06
V. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.....	06
VI. EQUIPO EVALUADOR.....	07
VII. CUMPLIMIENTO DEL PLAN.....	08
VIII. RESUMEN DE LOS ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	08
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A.....	10
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN B.....	11
X. MACROPROCESOS Y AREAS INVOLUCRADAS.....	13
XI. OBSERVACIÓN.....	14
XII. PUNTAJE ALCANZADO.....	15
XIII. CONCLUSIONES.....	18
XIV. RECOMENDACIONES.....	19
XV. ANEXOS.....	20



Antecedentes

El Instituto Regional de Oftalmología (IRO) es un centro especializado de tercer nivel de atención y una dependencia de la Gerencia Regional de Salud La Libertad; es a la vez, es la Unidad Ejecutora 401-0846. Región La Libertad-Instituto Regional de Oftalmología perteneciente al Pliego 451. Gobierno regional del departamento de La Libertad; mediante el cual se canalizan los recursos presupuestales y financieros para el desarrollo de las intervenciones sanitarias en marco de las políticas públicas del Ministerio de Salud.

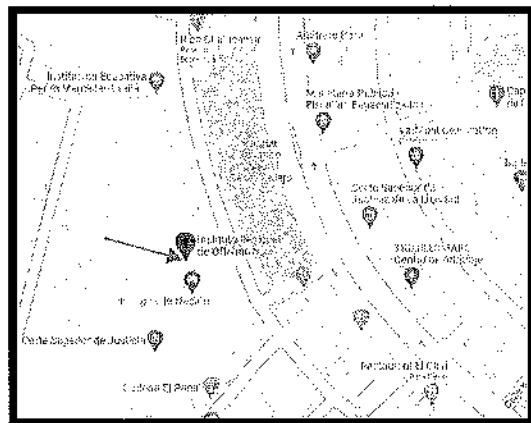
Se encuentra registrado con la denominación o nombre comercial de "IRO", con código único de RENIPRESS 00005197, con código RIPRESS (Histórico) 1302427 y con número de Registro Único del Contribuyente R.U.C. 20314801327 - Instituto Regional de Oftalmología "Javier Servat Univazo".

El origen del Instituto está ligado al crecimiento del Hospital Regional Docente de Trujillo (fundado en 1965), el cual en 1976 creó el Banco de Ojos con la finalidad de promover trasplantes de córneas; en mayo de 1987 la Universidad Nacional de Trujillo creó el Instituto Académico de Oftalmología con sede docente en el hospital, como parte de sus programas académicos.

Mediante Resolución Ejecutiva Regional N°257-94-R-LL/CTAR el Consejo Transitorio de Administración Regional La Libertad resuelve en su artículo primero crear el Instituto Regional de Oftalmología - IRO; para brindar servicio especializado y eficiente a la población a nivel Regional; teniendo como fecha de inicio de actividad el 11 de julio de 1994. El instituto pasó a ocupar el Policlínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, ubicado en la Av. Roma.

En el año 2012 se traslada a un local propio de 5 plantas ubicado en Natasha Alta Mz. P° Lote 7-A,

urbanización Covicorti en el distrito de Trujillo, provincia Trujillo, región La Libertad.



El 29 de marzo del 2017 mediante Resolución Ministerial N° 198-2017/MINSA se reconoce al IRO como centro donador trasplantador de córneas.

En el año 2019 IRO fue reconocido por el El Consejo Internacional de Oftalmología – ICO (International Council of Ophtalmology) como "Advance surgical ICO Accreditation for ophthalmic residency training" que en español es la Acreditación ICO de cirugía avanzada para formación de residencia oftalmológica cuya vigencia es hasta el año 2023.



I. Presentación

La autoevaluación es un proceso de evaluación integral periódico que responde a normas y el resultado final revela valores que pueden estar entre el rango de nivel óptimo y mínimo aceptable. brinda diagnóstico identifica oportunidades de mejora y fortalezas que llevan a tomar decisiones a la institución para que se retroalimente con el fin de conseguir un mejoramiento en la calidad del servicio.

El Instituto Regional de Oftalmología comprometidos en brindar servicios de calidad enmarcado por las disposiciones de MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía reconoce la importancia del proceso de acreditación realizando la primera fase que es la autoevaluación, esta se hizo inició en el mes de octubre del 2021 el equipo evaluador interno previamente capacitado cumplió con las actividades del Plan aprobado con Resolución Directoral N° 185-2021-GRLL-GGR-GS-IRO el mismo que tiene sustento en la Norma Técnica de Salud N° 50 – MINSA/DGSPV.02 para los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y el anexo 4 Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III 2 aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.

IRO brinda atención oftalmológica y realiza solo cirugías ambulatoria puesto que las patologías a las que se requieren intervención quirúrgica no requieren de hospitalización así lo establece en la guía técnica para la categorización de EESS en su anexo 2 en la UPSS Hospitalización para oftalmología solo requiere atención en área de observación de paciente post operado pues no se requieren estancias prolongadas sólo recuperación post operatoria transitoria según la Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA asimismo en el anexo 2 refiere que la UPSS nutrición no corresponde por no tener hospitalización por ende no se incluye en la autoevaluación los macro procesos atención de hospitalización y manejo de nutrición del paciente.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica las sugerencias recibidas de las instancias técnicas de la oficina de gestión de calidad de la GERESA La Libertad el equipo de acreditación trabajó con los evaluadores internos jefes de unidades oficinas y departamentos para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento considerando pautas sobre el trabajo realizado hizo un resultados estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento el resultado o producto final permitió evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, identificar oportunidades de mejorar de la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortalecimiento sus capacidades en forma continua.

La secuencia de este documento atiende tanto la normativa de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y la guía técnica del evaluador para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobada con resolución ministerial N° 270-2009/MINSA que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y el resultado de la situación institucional encontrado el presente informe técnico señalen la metodología, observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas por las diferentes unidades, departamentos y oficinas evaluadas.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de cumplimiento de estándares establecidos en la Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02., obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de IRO, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incorporar a la gestión de IRO, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad de servicio que se brinda.
- Fortalecer las competencias de los evaluadores internos en el marco de la Autoevaluación para la acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
- Establecer procesos de mejora continua de la calidad para promover una cultura de calidad de atención de forma permanente.



- Implementar un plan de mejora dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de los equipos de trabajo de cada servicio.
- Dar a conocer mediante evidencias a nuestros usuarios, que los servicios de salud que brindamos se rigen en base a estándares de calidad según normativa vigente.

III. ALCANCE

Todas las áreas orgánicas y funcionales, así como asistenciales, administrativas y de apoyo del Instituto Regional de Oftalmología.

IV. BASE LEGAL

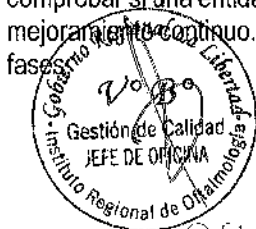
- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento universal en Salud.
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorpora el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 257-94 -R- LL/CTAR, aprueba la creación del Instituto Regional de Oftalmología – IRO, como órgano público desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud.
- Ordenanza Regional N° 011-2018-GRLL/CR, modificación del Reglamento de Organización y Funciones –ROF vigentes del Gobierno Regional La Libertad, con la inclusión del Anexo N°01: Reglamento de organización y Funciones – ROF del Gobierno Regional de La Libertad – "Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo"- IRO
- Resolución Directoral N°118-2021-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU, que conforma el Equipo de Acreditación y de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo para el 2021

V. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

El proceso de autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual el instituto conforma un Equipo de evaluadores internos, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con categoría III-2 y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Esta fase se ejecutará mínimo una vez al año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud mejoramiento continuo. En ese contexto se está cumpliendo con la metodología de trabajo que establece las siguientes fases:



- a. **Autoevaluación.** - Es la fase de inicio del proceso está a cargo del equipo de valores internos el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de la labor que vienen desempeñando en la institución. Esta fase se inició el proceso en octubre 2021 obteniendo un resultado general de 73.49% calificando como no aprobado para subsanar en el plazo de 6 meses.
- b. **Evaluación Externa.** - Aún no es posible solicitarla por el resultado obtenido es necesario realizar otra autoevaluación en el plazo de 6 meses tiempo en el cual se debe mejorar los procesos que tienen baja calificación.

El equipo de evaluadores internos de IRO utilizó diversas técnicas de verificación que permitió evidenciar y calificar unos de los criterios de evaluación de las listas de estándares de acreditación:

- a. **Verificación / Revisión de documentos.** - una de las fuentes a las que se recurrió para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio del mapa de proceso entre otros.
- b. **Observación.** - permitió seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica se observó a las personas así también se observó el entorno.
- c. **Entrevista.** - permitió tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- d. **Encuesta.** - ver mi tío recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- e. **Auditoría.** - examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se tiene a las normas o criterios preestablecidos.

El listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III 2 fueron la base referencial para la autoevaluación para nuestra Unidad Ejecutora Instituto Regional de Oftalmología con categoría III 2 según consta actualmente en el RENIPRESS. Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos: gerencial, prestacional y de apoyo, agrupados en 22 macroprocesos, 73 estándares, 346 criterios. considerando el campo clínico que desarrolla el IRO brindando atención especializada en oftalmología NO es obligatorio contar con la UPSS Hospitalización ni con la UPSS Nutrición porque se realizan cirugías ambulatorias las cuales su post operatoria se realiza en el área de observación del post operado, tal cual está detallado en el anexo 2 de la guía técnica para la categorización de establecimientos de salud con este sustento los criterios correspondientes a los macro procesos de hospitalización y manejo de nutrición al paciente al ingresar al sistema se contabilizan con puntaje a favor.

VI. EQUIPO EVALUADOR

a. Organización de los Evaluadores Internos

El equipo de evaluadores internos fue seleccionado en base a criterios previamente establecidos por el MINSA y se oficializó mediante Resolución Directoral N°118-2021-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU, que conforma el Equipo de Acreditación y de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo para el 2021 quienes recibieron el entrenamiento y las facilidades del caso para cumplir con las funciones encomendadas.

Evaluadores internos:

Evaluadores de los Procesos Prestacionales

Dra. Nancy Suárez Ávalos - directora ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología

Dr. Yuri Carbajal Jara - director de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Robert Acosta Pretell - director de Desarrollo, Investigación, Tecnología y Docencia

Evaluadores de los Procesos de Apoyo

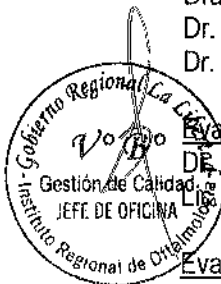
Dr. Gabriel Pérez Ballena - jefe de la Oficina de Administración

Lic. Edwin Cuadros Cerín - jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística

Evaluadores Gerenciamiento

Lic. Enf. Nancy Gil Reyes - jefa del Departamento de Enfermería

Lic. Enf. Merly Gonzalez Saravia – jefa del Departamento de Prevención de la Ceguera y Promoción de la Salud



VII. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

La autoevaluación se realizó siguiendo los pasos sugeridos en la Norma Técnica Salud N° 050-MINSA/DGSP.V02 en el marco normativo y la metodología desarrollada comprendió:

- Conformación del comité de acreditación:** El equipo de acreditación del IRO fue aprobado con Resolución Directoral N°118-2021-GRLL-GGR-GS-IRO.JSU y está conformado por los jefes de oficina y directores según el organigrama estructural aprobado con Ordenanza Regional N° 011-2018-GRLL/CR
Dr. Gabriel Pérez Ballena - Jefe de la Oficina de Administración - Coordinador
CPC Cristina Velarde Velarde - Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico y Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Lic. Edwin Cuadros Cerín - Jefe de la Oficina de Epidemiología y Estadística
Dra. Nancy Suárez Ávalos - Directora Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología
Dr. Yuri Carbajal Jara - Director de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
Dr. Alejandro Vásquez Gutiérrez - Director de Cirugía Especializada y Emergencia
Dr. Robert Acosta Pretell - Director de Desarrollo, Investigación, Tecnología y Docencia
Lic. Enf. Nancy Gil Reyes - Jefa del Departamento de Enfermería
Q.F. Flor Peláez García - Jefa del Departamento de Farmacia
- Capacitación de los evaluadores internos:** La capacitación tiene como objeto brindar entrenamiento al personal evaluador en la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar despliegue de técnicas de evaluación e instrumentos para la evaluación de criterios. La capacitación estuvo a cargo de la jefa de oficina de Gestión de la calidad IRO.
- Elaboración y aprobación del plan de autoevaluación:** El equipo de evaluadores realizó el plan de autoevaluación para tal fin se realizaron actividades preliminares lo cual incluyó la propuesta inicial discusión del plan y propuesta final. El plan fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 185-2021-GRLL-GGR-GS-IRO siendo remitido el 27 de setiembre del 2021 a la GERESA con Oficio N° 375-2021-GR-LL/GGR-GS-IRO-JSU el cual fue remitido por correo electrónico de nuestra Dirección General direccion@irotrujillo.gob.pe al correo tramite@diressalalibertad.gob.pe
- Comunicación de inicio de actividades de la autoevaluación:** El inicio de la autoevaluación se comunicó a la Gerencia Regional de Salud La Libertad mediante Oficio N° 377-2021-GR-LL/GGR-GS-IRO-JSU con fecha 28 de setiembre del 2021 en este oficio también se incluyó el cronograma 1 y 2 es preciso indicar que este oficio fue remitido por correo electrónico de nuestra Dirección General direccion@irotrujillo.gob.pe al correo tramite@diressalalibertad.gob.pe

Los jefes de las diferentes oficinas unidades departamentos servicios responsables de los macroprocesos evaluadores fueron informados por el correo institucional considerando las medidas preventivas por la pandemia del COVID 19 la reunión de apertura y cierre se realizaron de manera virtual también se compartió toda la información relacionada a la autoevaluación vía mail institucional en forma oportuna en reiteradas oportunidades a leer la guía del evaluador y revisar el libro de estándares de acreditación para establecimientos de salud del tercer nivel de atención con la finalidad de reunir la información y las evidencias pertinentes



VIII. Resumen de los estándares y criterios de evaluación y acreditación de establecimientos de salud

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Instituto Regional de Oftalmología (IRO), referencias, normativas y criterios de evaluación de 22 macroprocesos, que para el Establecimiento del Nivel III-2, como es el caso del IRO son aplicables 20 macroprocesos (No se evaluará los macroprocesos de Atención de hospitalización y Manejo de Nutrición de pacientes por no contar son esos servicios). Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del IRO.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en IRO.

N°	Macroproceso	Estandares	Criterios De Evaluación
1.	Direccionamiento	3	11
2.	Gestión de recursos humanos	4	11
3.	Gestión de calidad	3	20
4.	Manejo del riesgo de atención	8	39
5.	Gestión de seguridad ante desastres	3	18

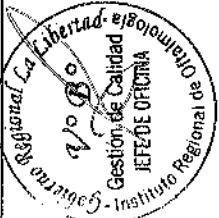
N°	Macroproceso	Estándares	Criterios De Evaluación
6.	Control de la gestión y prestación	2	11
7.	Atención ambulatoria	3	11
8.	Atención de hospitalización (No aplica)	7	21
9.	Atención de emergencias	3	15
10.	Atención quirúrgica	4	24
11.	Investigación	3	17
12.	Docencia	1	10
13.	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado	3	14
14.	Admisión y alta	3	15
15.	Tecnología para la continuidad de la atención	5	16
16.	Gestión de medicamentos	3	16
17.	Gestión de la información	3	15
18.	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	15
19.	Manejo del riesgo social	2	6
20.	Manejo de nutrición de pacientes (No aplica)	2	10
21.	Gestión de insumos y materiales	2	8
22.	Gestión de equipos e infraestructura	2	13



IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACION – A Y B

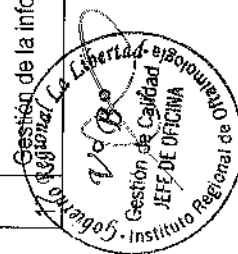
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACION - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
Conformación de Equipo de Evaluadores internos para el proceso de Autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad		X														
Reunión del equipo evaluador para aprobación del plan de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos.			X													
Capacitación de evaluadores internos	Oficina de Gestión de la Calidad			X	X	X											
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Equipo de evaluadores internos.			X	X												
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección General	Evaluador Líder de Equipo de Evaluadores Internos				X												
Difusión de Listado de Estándares	Equipo de Acreditación				X												
Designación de responsables por cada macroproceso	Equipo de evaluadores internos.					X											
Comunicación de inicio de Autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad						X										
Reunión con los jefes de cada servicio	Oficina de Gestión de la Calidad						X										
Desarrollo de procesos de autoevaluación para la acreditación	Equipo de evaluadores internos.							X	X	X	X						
Entrega de Informe Técnico de Autoevaluación para la Acreditación	Equipo de evaluadores internos.											X					
Presentación y socialización de resultados de Autoevaluación con los evaluadores internos y jefes de cada servicio.	Equipo de evaluadores internos Oficina de Gestión de la Calidad												X				
Seguimiento a recomendaciones de resultados de Autoevaluación 2021.	Informe de Seguimiento de Recomendaciones													X	X		



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN - B

N°	Macroproceso	Equipo de Evaluadores Internos	OCTUBRE				NOVIEMBRE				Responsable(s) Evaluado(s)
			1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	
1	Direccionamiento	M.O Nancy Suárez Avalos									Dirección General
12	Docencia		x								Oficina de Planeamiento Estratégico
11	Investigación			x							Oficina de Epidemiología y Estadística
3	Gestión de calidad	M.O Yuri Carbajal Jara			x						Departamento de Docencia
5	Gestión de seguridad ante desastres					x					Departamento de Investigación
21	Gestión de insumos y materiales						x				Oficina de Gestión de la Calidad
4	Manejo del riesgo de atención	M.O. Roberth Acosta Pretel			x						Dirección General (EMED)
6	Control de la gestión y prestación										Oficina de Administración
13	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado										Unidad de Logística
2	Gestión de recursos humanos	M.C. Gabriel Pérez Ballena				x					Dirección de Atención Especializada en oftalmología
16	Gestión de medicamentos										Departamento de Enfermería
22	Gestión de equipos e infraestructura										Oficina de Planeamiento Estratégico
15	Tecnología para la continuidad de la atención	Lic. Edwin Cuadros Cerín			x						Dirección Atención Especializada en Oftalmología
											Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
											Oficina de Administración
											Unidad de Recursos Humanos
											Oficina de Administración
											Departamento de Farmacia
											Oficina de Administración
											Unidad de Logística
											Unidad de Economía
											Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación
											Oficina de Epidemiología y Estadística
											Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación



N°	Macroproceso	Equipo de Evaluadores Internos	OCTUBRE				NOVIEMBRE				Responsable(s) Evaluado(s)
			1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	
9	Atención de emergencias	Lic. Enf. Nancy Gil Reyes			x						Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia Departamento de Emergencia
14	Admisión y alta					x					Oficina de Epidemiología y Estadística Departamento de Enfermería
7	Atención ambulatoria						x				Dirección Atención especializada en Oftalmología Departamento de Enfermería Oficina de Epidemiología y Estadística
10	Atención quirúrgica	Lic. Enf. Merly González Saravia									Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia/ Departamento de anestesia y Centro Quirúrgico
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización							x			Oficina de Administración Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales Departamento de Enfermería
18	Manejo del riesgo social										Departamento de Servicio Social
19	Manejo del riesgo social										
8	Atención de hospitalización										
20	Manejo de nutrición de pacientes										



X. MACROPROCESOS Y AREAS INVOLUCRADAS

Nº	COD MACROPROCESO	MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACION
1	DIR	Direccionamiento.	Dirección General Oficina de Planeamiento Estratégico Oficina de Epidemiología y Estadística
2	GRH	Gestión de Recursos Humanos.	Oficina de Administración Unidad de Recursos Humanos
3	GCA	Gestión de Calidad.	Oficina de Gestión de la Calidad Oficina de Planeamiento Estratégico
4	MRA	Manejo del Riesgo de Atención.	Dirección de Atención Especializada en oftalmología Departamento de Enfermería Oficina de Epidemiología y Estadística Área de SST Comité de Prevención y Control de IAAS Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales
5	GSD	Gestión de Seguridad ante Desastres	Dirección General Área de EMED
6	CGP	Control de la Gestión y Prestación.	Oficina de Planeamiento Estratégico Dirección Atención Especializada en Oftalmología Oficina de Epidemiología y Estadística Departamento de Enfermería Área Legal
7	ATA	Atención Ambulatoria.	Dirección Atención especializada en Oftalmología Departamento de Enfermería Oficina de Epidemiología y Estadística
8	ATH	Atención de Hospitalización	No aplica
9	EMG	Atención de Emergencia.	Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia Departamento de Emergencia
10	ATQ	Atención Quirúrgica.	Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia Departamento de anestesia y Centro Quirúrgico
11	INV	Investigación.	Departamento de Investigación.
12	DOC	Docencia.	Departamento de Docencia
13	ADT	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento.	Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
14	ADA	Admisión y Alta.	Departamento de Enfermería Oficina de Epidemiología y Estadística
15	TCA	Tecnología para la continuidad de atención.	Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación Dirección Atención Especializada en Oftalmología Unidad de Seguros
16	GMD	Gestión de Medicamentos.	Oficina de Administración Departamento de Farmacia
17	IN	Gestión de la Información.	Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación Oficina de Epidemiología y Estadística



Nº	COD. MACROPROCESO	MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN
18	DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización.	OF. Administración Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales Departamento de Enfermería
19	MRS	Manejo del Riesgo Social.	Departamento de Servicio Social
20	MNP	Manejo de nutrición de Pacientes (MNP)	No aplica
21	GIM	Gestión de insumos y Materiales.	Oficina de Administración Unidad de Logística
22	GEIF	Gestión de equipos e Infraestructura.	Oficina de Administración Unidad de Logística Unidad de Economía

CUADRO 02: EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Tomando en cuenta la experiencia anterior que se mencionó a un grupo de profesionales según perfil requerido tipos de evaluadores multidisciplinarios.

- Equipo 1: Profesionales con perfil orientado hacia las unidades orgánicas funcionales que son categorías gerenciales predominantemente administrativo esto fue contar con experiencia y conocimiento del sistema administrativo y de gestión hospitalaria
- Equipo 2: Profesionales con perfil orientado hacia las unidades orgánicas funcionales que son para categorías de apoyo asistencial y administrativo
- Equipo 3: Profesionales con perfil orientado hacia las unidades orgánicas o funcionales que no son misionales.

Equipo 1 Categoría Gerenciales	Equipo 2 Categoría de Apoyo asistencial y administrativo	Equipo 3 Categoría Prestacional
Lic. Enf. Nancy Gil Reyes	Dr. Gabriel Pérez Ballena	Dra. Nancy Suárez
Lic. Enf. Merly González Saravia	Lic. Edwin Cuadros Cerin	Dr. Roberth Acosta
		Dr. Yuri Carbajal Jara

XI. OBSERVACIÓN

- la autoevaluación de desarrollo considerando las medidas preventivas por el COVID 19
- los responsables de los macroprocesos recopilaron información y prepararon los documentos de sustento
- los inconvenientes con el horario fueron subsanados a fin de cumplir con las fechas establecidas en el cronograma
- la Dirección General, dirección administrativa y equipo de gestión apoyaron en la realización previa del proceso de autoevaluación
- personal evaluado y evaluadores internos participaron de la capacitación y recibieron información de manera virtual
- la GERESA la libertad a través de la jefa de la oficina de calidad brindo asistencia técnica

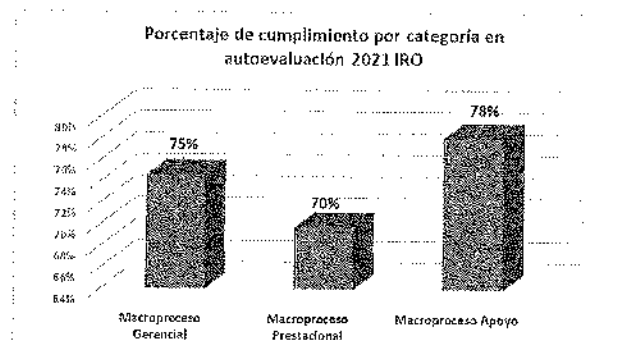


XII. PUNTAJE ALCANZADO

Cuadro N° 03: calificación del Proceso de Autoevaluación 2021 IRO

RESULTADO FINAL		
Puntaje Final (%)	73.49	NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)

Gráfico N° 01



El macroproceso apoyo tuvo el mayor porcentaje de cumplimiento como un 78% el macroproceso gerencial en segundo lugar con un 75% y el macroproceso prestación con un 70% teniendo en promedio un 73.49% lo cual genera un resultado final de no aprobado y requiere subsanar en 6 meses.

Cuadro N° 04

Porcentaje de cumplimiento por macroprocesos en el proceso de autoevaluación 2021
Instituto Regional de Oftalmología - IRO

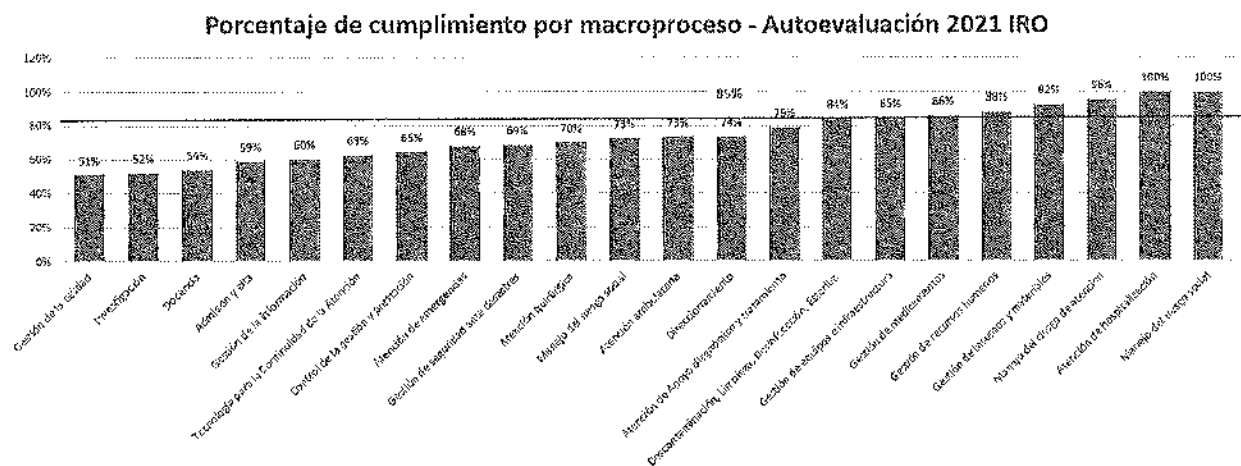
Establecimiento :		INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA									
Tipo de Establecimiento :		IRO									
Fase:		AutoEvaluación									
Año:		2021									
Periodo :											
				MACROPROCESO			CATEGORIAS				
				Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Máx x Categoría	Puntaje Obtenido x Categoría
	COD MAC RO	Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	Total	Total	%	Total	Total
GER	DIR	Dirigenciamiento	12	6	5	1	12	54.56	40.20	75.11	
	GRH	Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	36.11	88.24	
	GCA	Gestión de la calidad	20	9	8	5	20	47.74	24.53	51.39	
	MRA	Manejo del riesgo de atención	39	11	27	1	39	47.74	45.63	95.59	
	GSD	Gestión de seguridad ante desastres	18	12	6	0	18	13.64	9.38	68.75	
	CGP	Control de la gestión y prestación	11	5	8	0	11	34.10	22.06	64.71	
PRE	ATA	Atención ambulatoria	11	7	4	0	11	47.74	35.01	73.33	
	ATQ	Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	33.52	70.24	
	ATH	Atención de hospitalización	20	4	10	6	20	47.74	47.74	100.00	
	EMG	Atención de emergencias	15	11	1	3	15	34.10	23.25	68.18	
	INV	Investigación	17	10	7	0	17	47.74	24.86	52.08	
	DOC	Docencia	10	8	2	0	10	47.74	25.86	54.12	
APO	ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	17.05	13.48	79.05	
	ADA	Admisión y alta	15	3	6	6	15	17.05	10.08	59.09	
	TCA	Tecnología para la Continuidad de la Atención	16	8	8	0	16	17.05	10.66	62.50	
	GMD	Gestión de medicamentos	18	4	12	0	18	17.05	14.61	85.71	
	GIN	Gestión de la Información	15	6	8	1	15	17.05	10.23	60.00	
	BLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	20	7	11	2	20	17.05	14.37	84.32	
	MRS	Manejo del riesgo social	8	2	3	1	8	17.05	12.40	72.73	
	MNP	Manejo del riesgo social	10	3	7	0	10	17.05	17.05	100.00	
	GIM	Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	15.74	92.31	
Total				341	138	164	39	341			



Macroprocesos	%
Gestión de la calidad	51%
Investigación	52%
Docencia	54%
Admisión y alta	59%
Gestión de la información	60%
Tecnología para la Continuidad de la Atención	63%
Control de la gestión y prestación	65%
Atención de emergencias	66%
Gestión de seguridad ante desastres	69%
Atención quirúrgica	70%
Manejo del riesgo social	73%
Atención ambulatoria	73%
Direccionamiento	74%
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	79%
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	84%
Gestión de equipos e infraestructura	85%
Gestión de medicamentos	86%
Gestión de recursos humanos	88%
Gestión de insumos y materiales	92%
Manejo del riesgo de atención	96%
Atención de hospitalización	100%
Manejo del riesgo social	100%

De los macroprocesos con menor porcentaje se ubica el de gestión de la calidad investigación docencia admisión y alta y gestión de la información teniendo porcentajes menor o igual al 60% es importante precisar que de los 22 macroprocesos evaluados 7 alcanzaron más del 85% incluido hospitalización y nutrición.

Gráfico N° 02



En el gráfico se puede evidenciar los macroprocesos que obtuvieron puntajes mayores al 85% como son el caso de gestión de equipos e infraestructura, gestión de medicamentos, gestión de recursos humanos, gestión de insumos y materiales, manejo del riesgo de atención en el caso de los macroprocesos que obtuvieron menor porcentaje al 85% es necesario generar oportunidades de mejora a través de los proyectos de mejora continua.



Cuadro N° 05

**MACROPROCESOS AGRUPADOS POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO -
AUTOEVALUACIÓN IRO 2021**

Macroproceso de cumplimiento: escala color verde (85% a más)

CodCateg	Macroprocesos	Criterios eval	%
GERENCIAMIENTO	Gestión de recursos humanos	11	88%
GERENCIAMIENTO	Manejo del riesgo de atención	39	98%
PRESTACIONAL	Atención de hospitalización	20	100%
APOYO	Gestión de medicamentos	16	86%
APOYO	Manejo del riesgo social	10	100%
APOYO	Gestión de insumos y materiales	8	92%

Macroproceso de cumplimiento: escala color azul (70%-84%)

CodCateg	Macroprocesos	Criterios eval	%
GERENCIAMIENTO	Direccionamiento	12	72%
PRESTACIONAL	Atención ambulatoria	11	73%
PRESTACIONAL	Atención quirúrgica	24	70%
APOYO	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	79%
APOYO	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	20	84%
APOYO	Manejo del riesgo social	6	75%
APOYO	Gestión de equipos e infraestructura	13	83%

Macroproceso de cumplimiento: escala color anaranjado (50%-69%)

CodCateg	Macroprocesos	Criterios eval	%
GERENCIAMIENTO	Gestión de la calidad	20	54%
GERENCIAMIENTO	Gestión de seguridad ante desastres	18	69%
GERENCIAMIENTO	Control de la gestión y prestación	11	65%
PRESTACIONAL	Atención de emergencias	15	68%
PRESTACIONAL	Investigación	17	52%
PRESTACIONAL	Docencia	10	54%
APOYO	Admisión y alta	15	54%
APOYO	Tecnología para la Continuidad de la Atención	16	63%
APOYO	Gestión de la información	15	50%

Macroproceso de cumplimiento: escala color rojo (menor a 50%)

No tenemos ningún macroproceso con porcentaje menor a 50%



Cuadro N° 06

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN AÑO
POR AÑO 2017 - 2021**

MACROPROCESOS	2017	2018	2019	2020	2021	Mini Gráfico
Direccionamiento	97.059	97.060	85.290	57.890	73.684	
Gestión de recursos humanos	91.176	91.180	100.000	88.240	68.235	
Gestión de la calidad	88.889	87.500	56.940	55.580	51.389	
Manejo del riesgo de atención	81.343	82.840	83.680	74.260	95.638	
Gestión de seguridad ante desastres	93.750	93.750	100.000	85.420	66.750	
Control de la gestión y prestación	91.176	91.180	58.820	64.710	64.708	
Atención ambulatoria	73.333	73.330	100.000	100.000	73.333	
Atención quirúrgica	90.909	90.910	93.180	78.720	70.213	
Atención de hospitalización	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	
Atención de emergencias	92.105	92.110	78.950	90.910	68.182	
Investigación	100.000	100.000	100.000	100.000	52.083	
Docencia	100.000	100.000	100.000	62.500	54.187	
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	86.710	88.710	61.280	79.030	79.032	
Admisión y alta	80.303	80.300	60.810	59.090	59.091	
Tecnología para la continuidad de la atención	66.667	66.670	45.830	45.830	62.500	
Gestión de medicamentos	78.846	78.850	84.820	100.000	85.714	
Gestión de la información	52.000	64.000	62.000	50.000	60.000	
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	85.714	85.710	100.000	95.710	84.288	
Manejo del riesgo social	86.364	100.000	95.450	95.450	72.727	
Nutrición y dietética	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	
Gestión de insumos y materiales	80.769	80.770	100.000	53.850	92.308	
Gestión de equipos e infraestructura	91.304	91.300	69.570	32.610	84.783	
resultado obtenido	89.690	90.340	86.430	77.180	73.490	

Podemos observar en el cuadro en el año 2020 y 2021 no se llega a superar el porcentaje aprobatorio en la autoevaluación es decir porcentaje superior al 85% en los años 2017 2018 y 2019 sí se superaron los porcentajes. es preciso indicar que en el año 2020 sí estuvo anemia por el coronavirus aunque lo pidió o limito realizar algunos procesos de manera correcta esperando corregir en el lapso de 6 meses como establece la norma y tener un porcentaje aprobatorio superior al 85%.

XIII. Conclusiones y Recomendaciones

- En la autoevaluación 2021 El Instituto Regional de Oftalmología no ha logrado la aprobación según la escala de calificación establecida en la norma técnica de salud N° 050-MINSA/DGSPV.02 Porque su porcentaje de avance es del 73.49 por ciento este resultado nos compromete a continuar mejorando los procesos y dándonos un plazo de 06 meses para subsanar los macroprocesos que tienen baja calificación.
- Categoría prestacional obtuvo un porcentaje de 69 puntos 74% mientras que la categoría gerencial 74.54% y la categoría de apoyo tiene un porcentaje del 78.05% ninguno de los 3 superan el porcentaje del 85% Asimismo es preciso indicar que de los 22 macroprocesos solo hemos evaluado 20 porque 2 de ellos no aplican a nuestra institución siendo esto el macro proceso de hospitalización y el macro proceso de nutrición
- existe el compromiso de la dirección y de los miembros del equipo de acreditación para evidenciar las oportunidades de mejorar y plantear proyectos de mejora continua
- está pendiente solicitar la reevaluación de la categorización de nivel Instituto como III-2 y definir los macro procesos de atención de hospitalización y manejo de nutrición de pacientes
- en relación al resultado de la autoevaluación del año 2020 que tiene un porcentaje del 77.18% hemos tenido un descenso de casi 4%. Gaby indicar que los ítems desaprobados corresponden a documentos que están en proceso de actualización aprobación validación de guías de atención manuales de procedimientos mecanismos del proceso de información planes de trabajo informes y actas.



XIV. Recomendaciones

- La Dirección General IRO deberá destinar recursos y comprometer a las distintas jefaturas de dirección oficina y unidades a trabajar en equipo y coordinando para lograr el cumplimiento de los distintos criterios de evaluación y la acreditación a mediano plazo
- Contar con la asistencia técnica para la elaboración de la documentación pendiente que se soliciten los ITEMS
- Realizar un monitoreo y seguimiento de los macro procesos para lograr la aprobación de los ítems pendientes
- Realizar una evaluación con el apoyo de pares para la cual se gestionará la invitación del equipo de evaluadores internos de un establecimiento de igual categoría IRO
- Solicitar a las distintas jefaturas de las unidades orgánicas direcciones y departamentos vinculadas al proceso de autoevaluación consolidar el cumplimiento de los criterios de evaluación con puntaje 2 realizar acciones que permitan que los criterios con puntaje cero se conviertan en uno o 2 para lo cual las unidades orgánicas deberán trabajar cada uno de los criterios de evaluación
- Incorporarán la evaluación de gestión de las distintas jefaturas de las direcciones el cumplimiento de los diferentes criterios de evaluación contenidos en la norma técnica de acreditación dado que hay muchos de esos criterios están contenidos en la guía e instrumentos de supervisión y el instrumento de supervisión abreviados de IPRESS que utiliza susalud para aplicar su reglamento de infracciones y sanciones de la IPRESS
- La oficina de gestión de la calidad elaborará el plan de mejora para la acreditación 2022 del Instituto regional de oftalmología
- La oficina de gestión de la calidad y el comité de acreditación deberán reunirse mensualmente para el monitoreo evaluación y aprobar los criterios de evaluación
- La oficina de gestión de la calidad coordinará con el área de capacitación y dirección de docencia e investigación a fin de llevar a cabo un curso taller de consolidación de competencias del equipo de evaluadores internos



ANEXOS

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE POLÍTICA PÚBLICA
Y GESTIÓN DE CALIDAD
Javier Servat Univazo
2021-12-28



Resolución Directoral N° 185-2021-GR/L-GR-PS-IRO-JSU

Tuujillo, 24 de setiembre del 2021

VISTO:

El OFICIO N° 002-2021-GR/L-GR-PS-IRO-ODG, mediante el cual se solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26849, Ley General de Salud, establece en su art. VI del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, que implica con la apertura a insinuación que los grupos, la responsabilidad del Estado proveer los servicios que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente equitativos de accesibilidad, oportunidad y calidad. Es inexcusable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, el art. 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 013-2009-SA, define la acreditación como un procedimiento de evaluación peritajes de los recursos institucionales, que tiene a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la normatividad de la salud;

Que, el art. 9° del mismo Reglamento, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles las mayores tendencias positivas en su salud, protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en la que corresponden. Por otra parte, el inciso b) del art. 37° de la misma norma, establece que el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estructuración de los procedimientos de la atención en salud;

Que, en la misma línea normativa, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo su objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV-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 servicios médicos de

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE POLÍTICA PÚBLICA
Y GESTIÓN DE CALIDAD
Javier Servat Univazo
2021-12-28

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE POLÍTICA PÚBLICA
Y GESTIÓN DE CALIDAD
Javier Servat Univazo
2021-12-28

Resolución Directoral N° 185-2021-GR/L-GR-PS-IRO-JSU

Tuujillo, 24 de setiembre del 2021

VISTO:

El OFICIO N° 002-2021-GR/L-GR-PS-IRO-ODG, mediante el cual se solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26849, Ley General de Salud, establece en su art. VI del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, que implica con la apertura a insinuación que los grupos, la responsabilidad del Estado proveer los servicios que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente equitativos de accesibilidad, oportunidad y calidad. Es inexcusable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE POLÍTICA PÚBLICA
Y GESTIÓN DE CALIDAD
Javier Servat Univazo
2021-12-28

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - IRO 2021
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA JAVIER SERVAT UNIVAZO

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN
DE EESS

2021



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Univazo

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo, el cual tiene como objetivo general determinar el nivel de cumplimiento de estándares establecidos en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante la NTS N° 050-MINSA/DGSPV-02, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de IRO, para iniciar el mejoramiento continuo de la calidad, generando evidencia en la atención a sus usuarios, el mismo que ha sido propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, conforme al OFICIO N° 002-2021-GR/L-GR-PS-IRO-ODG, debiendo expedirse el acto resolutivo correspondiente;

apoyo, según su nivel de cumplimiento, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, el art. 13° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IRO, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 011-2018-OR/LA/LC, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de conducir el Sistema de Gestión de la Calidad del IRO para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal. Asimismo, el literal f) del art. 15° de la referida norma reglamentaria, señala que una de las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad es participar en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, acreditación, auditoría, clínica y seguridad del paciente en coordinación con las unidades orgánicas correspondientes;

Que, con el propósito de perseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta procedente aprobar el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo", el cual tiene como objetivo general determinar el nivel de cumplimiento de estándares establecidos en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante la NTS N° 050-MINSA/DGSPV-02, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de IRO, para iniciar el mejoramiento continuo de la calidad, generando evidencia en la atención a sus usuarios, el mismo que ha sido propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, conforme al OFICIO N° 002-2021-GR/L-GR-PS-IRO-ODG, debiendo expedirse el acto resolutivo correspondiente;

Con las visiones correspondientes y de conformidad con el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS. En uno de los atribuciones conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Oftalmología aprobado mediante Ordenanza Regional N° 011-2018-OR/LA/LC.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo", el mismo que contiene trece (13) páginas debidamente revisadas, las que forman parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: ESTABLECER que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de desarrollar actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud.

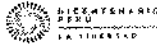
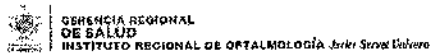
ARTÍCULO TERCERO: DISPONER la publicación en el Portal Institucional del IRO-JSU.

NOTIFIQUESE, REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE.

MTCS/009.



INICIO DE PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Trujillo, 28 de setiembre del 2021

OFICIO N° 377-2021-GR-LL/GGR-GS-IRO-JSU-DG

Dra.
Kerstyn Morote García
Gerente Regional
Gerencia Regional de Salud La Libertad
Presente. -

ATENCIÓN: UTF GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO: INICIO DE PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2021

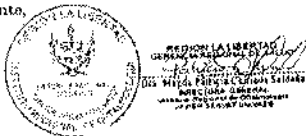
REF. : OFICIO N°003-2021-GRLL-GGR/GS-IRO-OGC

Por medio del presente me dirijo a Ud. para saludarla cordialmente en nombre del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Urbino* y el mío propio.

Así misma, atendiendo el documento de referencia y en cumplimiento del cronograma de actividades que forma parte del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021, comunico a su Despacho que el día 11 de Octubre del presente año se inicia el proceso de autoevaluación de mi representada.

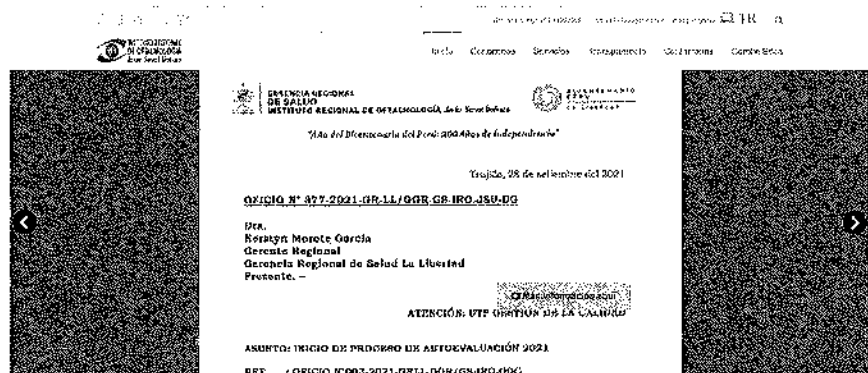
Sin otra particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

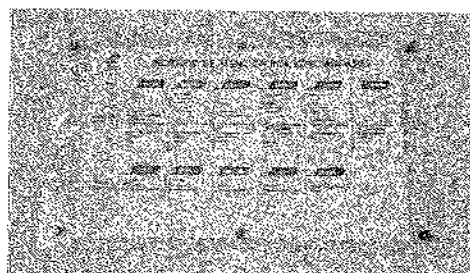
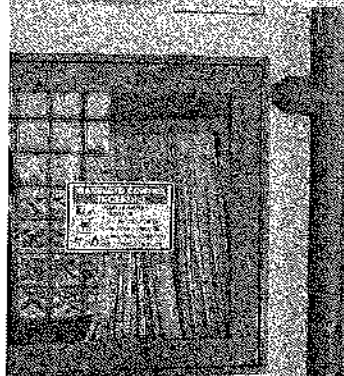
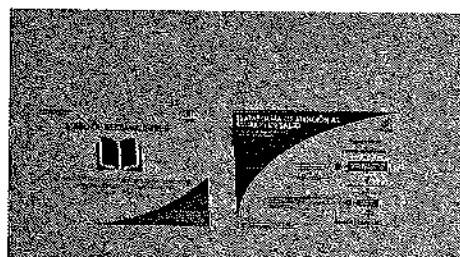
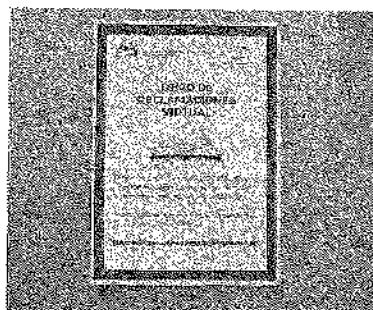
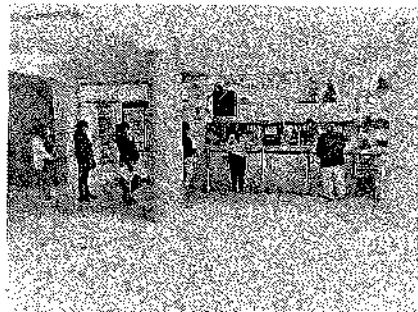
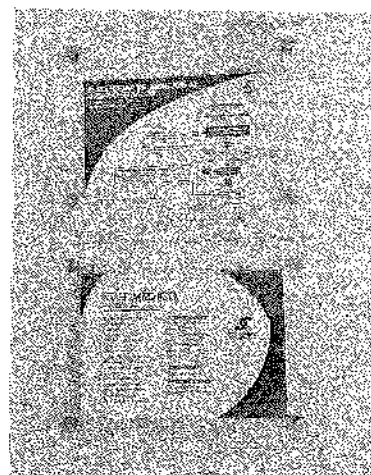
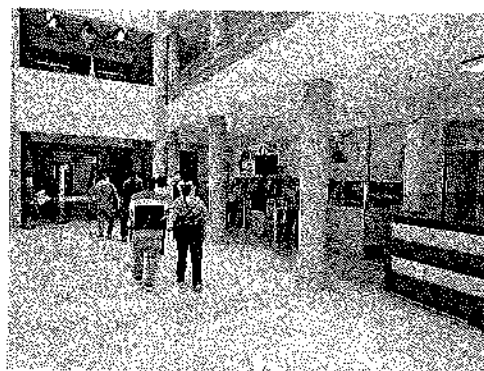
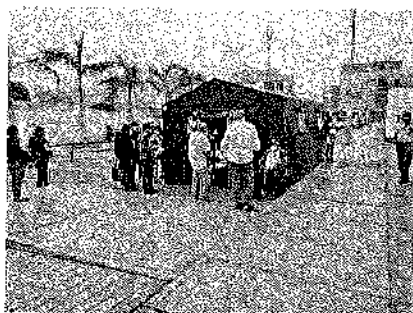


MPCS/cca.
Folios: 02

Reg. Doc.
Reg. Exp.



FOTOS IRO



1. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.3. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.4. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.5. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.6. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.7. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.8. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.9. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

1.10. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1.1. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.2. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.3. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.4. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.5. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.6. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.7. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.8. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.9. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1.1.10. Identificación del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.4. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.5. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

2.7. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

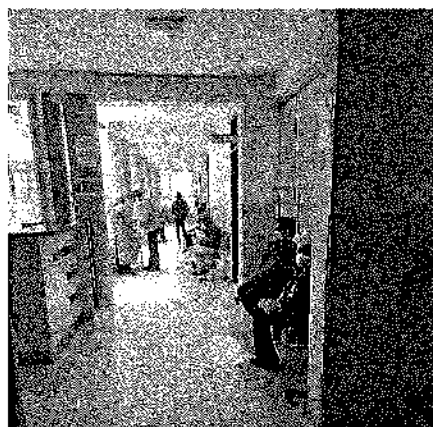
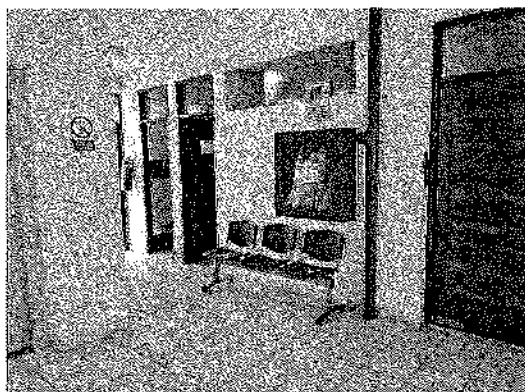
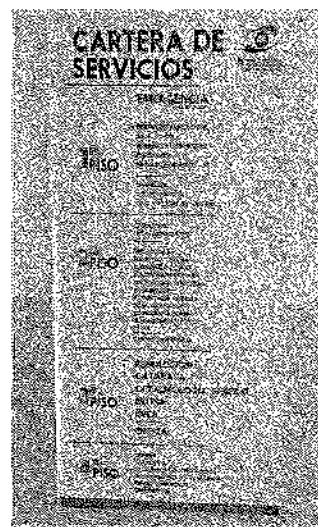
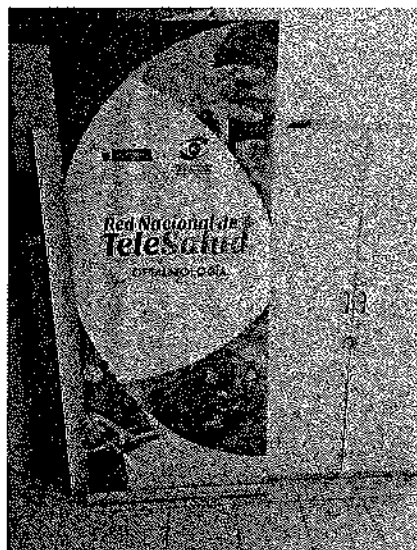
2.8. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

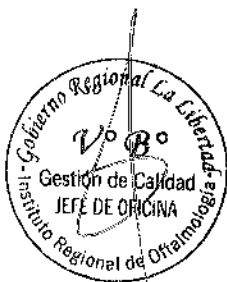
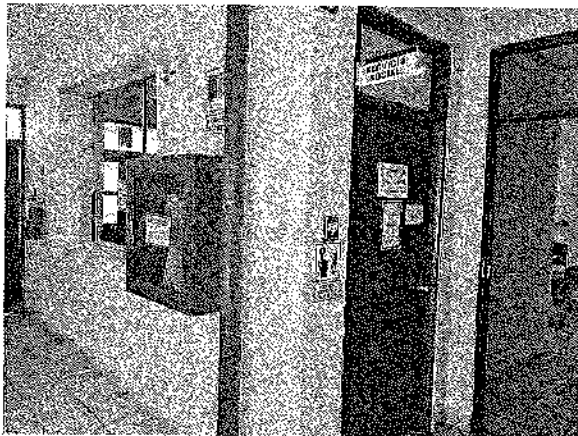
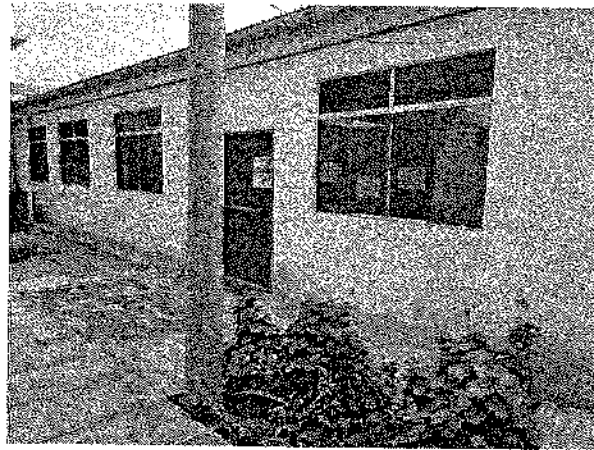
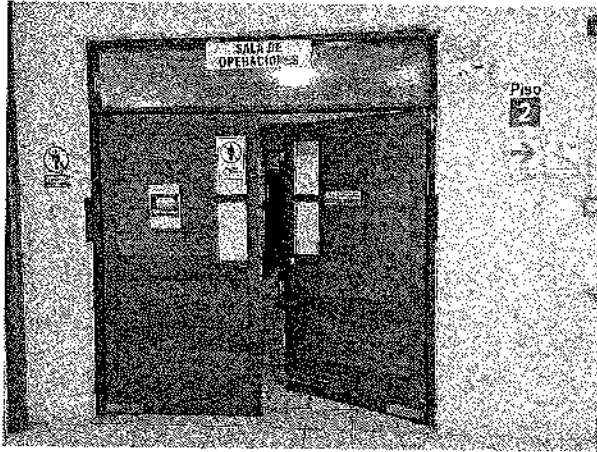
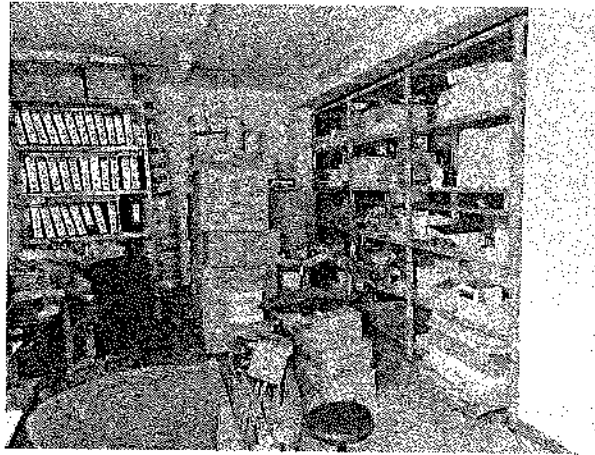
2.9. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

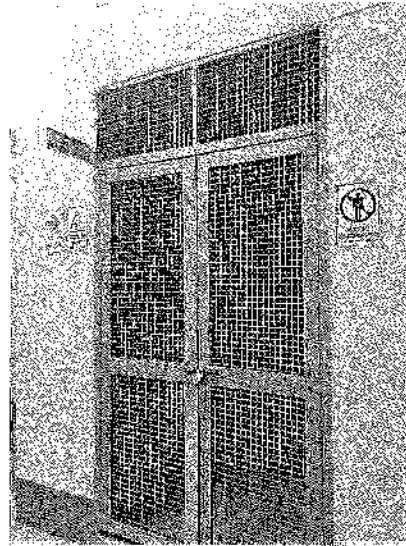
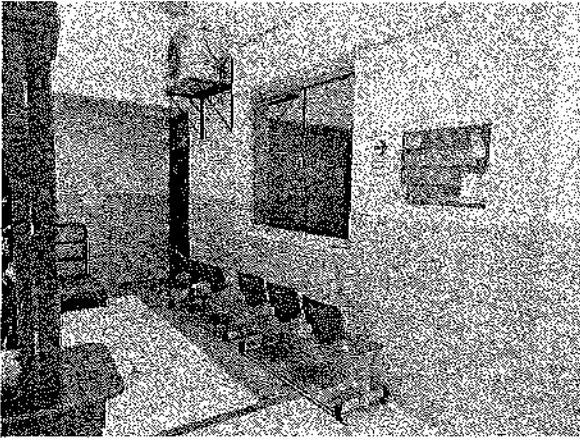
2.10. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO, PRODUCTO O ACTIVIDAD

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.1.1. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.2. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.3. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.4. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.5. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.6. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.7. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.8. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.9. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
2.1.10. Descripción del servicio, producto o actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12



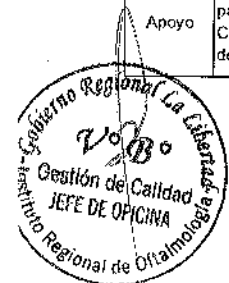






Relación de estándares que obtuvieron puntaje CERO

Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
Apoyo	Admisión alta	El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.	Proceso	0
Apoyo	Admisión alta	El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del instituto.	Estructura	0
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.	Proceso	0
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	Resultado	0
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto difunde las investigaciones efectuadas y capacita a los profesionales y técnicos de la salud del sector, en los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos de su especialidad que sean requeridos para el apoyo al diagnóstico y tratamiento.	ADT2-1	El instituto publica y difunde las investigaciones efectuadas de su especialidad referidos al apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Proceso	0
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican programas de control y garantía de la calidad.	Proceso	0
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del instituto y se implementan las acciones para su mejora.	Resultado	0
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de calidad de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	Estructura	0
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-7	El instituto cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información, de los que existe evidencia de su implementación.	Estructura	0
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.	Resultado	0
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD3-4	El instituto garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	Estructura	0
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-1	El instituto cuenta con un sistema único de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o las 24 horas del día según corresponda.	Estructura	0
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-4	El instituto realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.	Proceso	0
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto realiza acciones organizadas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA4-2	El instituto propone al MINSA normas técnicas sanitarias a aplicarse en el sistema nacional de salud en el ámbito de su especialidad.	Proceso	0

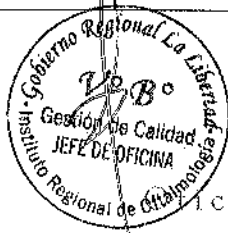


INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - IRO 2021
Código: ITAPA IRO-LA LIBERTAD| Versión: 01 | Fecha: 28-12-2021

Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto realiza acciones que permiten la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA5-1	El instituto convoca a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud.	Proceso	0
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto realiza acciones que permiten la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA5-2	El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes.	Proceso	0
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito de acción.	Proceso	0
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-5	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.	Proceso	0
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-5	El instituto ha formulado el análisis de la situación de salud participativamente para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus actividades de salud.	Proceso	0
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto, contribuye al ejercicio de la Rectoría Sectorial de la Autoridad Sanitaria Nacional, formulando propuestas normativas en el ámbito de su especialidad, destinadas a contribuir y consolidar el marco regulatorio y normativo de Salud	DIR3-1	El instituto según su especialidad, propone a la Autoridad Sanitaria Nacional, políticas de salud y prioridades sanitarias para la atención de salud.	Proceso	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA1-3	La oficina de gestión de la calidad se encuentra debidamente implementada para su adecuado funcionamiento.	Estructura	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-7	El instituto evidencia la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuarios externos según normativa vigente.	Estructura	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-8	El instituto desarrolla el estudio de clima organizacional según norma vigente.	Estructura	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-9	El instituto implementa mejoras en base a los resultados obtenidos del estudio de clima organizacional.	Estructura	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-2	El instituto ejecuta los PMCC con soporte administrativo y presupuestal.	Resultado	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-3	El instituto institucionaliza los resultados de los PMCC exitosos.	Resultado	0
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-5	El instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería formulados.	Resultado	0



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-4	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma anual con las autoridades de Defensa Civil.	Proceso	0
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-6	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.	Proceso	0
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-2	El instituto cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.	Estructura	0
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.	Estructura	0
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan operativo institucional y los objetivos son claros y medibles.	Estructura	0
restacionales	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-12	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de Hospitalización) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.	Resultado	0
restacionales	Atención quirúrgica	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-1	El instituto realiza evaluaciones periódicas preventivas de las clínicas más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.	Proceso	0
restacionales	Atención quirúrgica	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-2	El instituto implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en el marco de las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud.	Proceso	0
restacionales	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-1	El instituto cuenta con convenios que contemplan actividades de docencia dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel.	Estructura	0
restacionales	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-10	Cuenta con programas de Sub-especialización y lo ejecuta.	Proceso	0
restacionales	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-6	El Comité de Docencia, supervisa el cumplimiento del Plan de Tutorías y Asesorías.	Proceso	0
restacionales	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-1	El instituto cuenta con un mecanismo operativo de información general al usuario en el servicio	Estructura	0
restacionales	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias	Estructura	0
restacionales	Atención de emergencias	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-4	El instituto dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.	Estructura	0
restacionales	Atención de emergencias	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	EMG3-4	El instituto evalúa en forma periódica el tiempo de espera para atención a los usuarios y los rangos están dentro de los esperados por la institución para prioridad I, II y III.	Resultado	0



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-2	El instituto ejecuta el Plan de investigación de acuerdo a lo programado.	Estructura	0
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-5	El instituto desarrolla acciones para perfeccionamiento de los investigadores.	Proceso	0
restacional	Investigación	La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación.	INV2-2	El instituto cumple con las actividades de Monitoreo, supervisión y evaluación de las Investigaciones aprobadas.	Proceso	0
restacional	Investigación	La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación.	INV2-3	Cuenta con mecanismos de estímulos para el desarrollo de las investigaciones.	Estructura	0
restacional	Investigación	El instituto publica los resultados de sus investigaciones y da recomendaciones para la implementación de normas y políticas de salud, al órgano Rector.	INV3-1	El instituto emite el informe de los resultados de la investigación, a la autoridad sanitaria.	Proceso	0
restacional	Investigación	El instituto publica los resultados de sus investigaciones y da recomendaciones para la implementación de normas y políticas de salud, al órgano Rector.	INV3-2	El instituto publica los resultados de la investigación, a través de los medios establecidos.	Proceso	0

Relación de estándares que obtuvieron puntaje UNO

Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Apoyo	Admisión alta	El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas y está contemplado en el manual de procedimientos del instituto y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.	Proceso	1
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el instituto luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.	Resultado	1
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	Resultado	1
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.	Resultado	1
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto difunde las investigaciones efectuadas y capacita a los profesionales y técnicos de la salud del sector, en los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos de su especialidad que sean requeridos para el apoyo al diagnóstico y tratamiento.	ADT2-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento incorporan la socialización de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de sus investigaciones al plan de mejoramiento de competencias con alcance sectorial.	Proceso	1
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedimientos establecidos y autorizados y el control de calidad de sus actividades.	ADT3-6	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.	Resultado	1
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	El instituto se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de procedimientos de desinfección y esterilización de materiales e instrumentos médicos acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.	Estructura	1



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuestas
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE-2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos según guía de control de procesos.	Proceso	1
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE-4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental, el comité de infecciones intrahospitalarias y el personal de enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF-1-1	El instituto cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Estructura	1
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF-1-2	El instituto cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Estructura	1
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF-1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF-1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto.	Estructura	1
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF-1-9	Cuenta con plan de mantenimiento que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1-2	El instituto realiza difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos, en forma adecuada.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1-3	El instituto identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1-6	El instituto tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	Estructura	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1-8	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.	Estructura	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1-9	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de la información	El instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN-2-1	El instituto tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.	Proceso	1



Categoría	Macroproceso	Estándar	Código Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
Apoyo	Gestión de la información	El Instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de medicamentos	El Instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-2	El Instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de medicamentos	El Instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto.	Proceso	1
Apoyo	Gestión de medicamentos	El Instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-6	Se reporta las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y se aplica el algoritmo correspondiente para comprobar el origen.	Proceso	1
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	TCA3-2	Se evalúa y analiza el porcentaje de casos referidos en los que aplicaron los criterios y procedimientos establecidos.	Proceso	1
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	TCA3-4	Se cuantifica la relación entre referencias y contrareferencias realizadas y el nivel es óptimo.	Proceso	1
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El Instituto realiza acciones organizadas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA4-3	El Instituto ha brindado asistencia técnica directa en las regiones para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención.	Proceso	1
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El Instituto tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la Institución.	Estructura	1
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El Instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-2	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.	Estructura	1
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El Instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-9	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad y éstos se encuentran en los niveles esperados.	Proceso	1
Gerenciales	Direccionamiento	El Instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-7	La Dirección del Instituto asegura la adhesión del personal de salud a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional, establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud.	Estructura	1
Gerenciales	Direccionamiento	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR2-3	El Instituto cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.	Estructura	1
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-1	El Instituto cuenta con un mecanismo implementado y en ejecución de identificación, registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos.	Proceso	1
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-6	El Instituto difunde la información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente, según realidades locales.	Proceso	1
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-1	El Instituto tiene identificados y seleccionados sus PMCC basado en un análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora.	Proceso	1



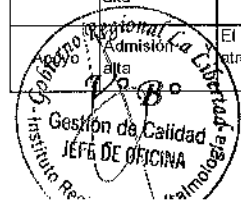
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-4	El instituto evalúa y valida la calidad de las guías de práctica clínica formuladas (AGREE)	Resultado	1
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-2	El instituto implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	Proceso	1
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-3	El instituto garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.	Proceso	1
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-1	El instituto cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil y Defensa Nacional, solicitado al gobierno local.	Estructura	1
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-5	El instituto ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas e implementa acciones de mejora.	Estructura	1
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-2	El instituto cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.	Estructura	1
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-1	El instituto ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta.	Estructura	1
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-5	El instituto realiza seguimiento de accidentes y enfermedades ocupacionales en el personal de salud (asistencial y administrativo) e implementa acciones de mejora.	Estructura	1
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de procedimientos de enfermería por servicios y están actualizadas.	Proceso	1
Atencional	Atención ambulatoria	El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-1	El instituto cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	Estructura	1
Atencional	Atención ambulatoria	El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.	Estructura	1
Atencional	Atención ambulatoria	El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-5	El instituto ha desarrollado en todas las áreas de la atención ambulatoria estrategias para atención preferencial en función a nivel de especialización, grado de dependencia y situación clínica.	Proceso	1
Atencional	Atención ambulatoria	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	Estructura	1
Atencional	Atención ambulatoria	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	ATA3-1	El instituto cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal.	Estructura	1
Atencional	Atención ambulatoria	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	ATA3-2	El instituto cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria.	Proceso	1



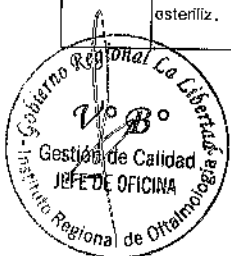
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
restacional	Atención quirúrgica	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ2-1	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra	Proceso	1
restacional	Atención quirúrgica	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ2-2	Se tienen listas de chequeo proelaboradas para verificar y controlar la existencia de los insumos e instrumental durante el intraoperatorio de todas las cirugías, son usados por el personal de enfermería circulante e instrumentalista que asiste la cirugía y	Proceso	1
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-1	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control del acto quirúrgico.	Estructura	1
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-11	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.	Resultado	1
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.	Resultado	1
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.	Resultado	1
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-9	Cuenta con Programa de Cooperación y/o Asistencia Técnica Nacional y/o Internacional y se ejecuta (Pasantías, Intercambios).	Estructura	1
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-6	El instituto ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc) y las implementa.	Estructura	1
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-5	El instituto cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad.	Estructura	1
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-7	El instituto ha establecido convenios de investigación con Universidades y otras instituciones a nivel nacional e internacional.	Estructura	1
restacional	Investigación	La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación.	INV2-5	Asigna Investigadores/as u horas exclusivas para el desarrollo de las investigaciones.	Proceso	1

Relación de estándares que obtuvieron puntaje DOS

Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Apoyo	Admisión alta	El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.	Estructura	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	Estructura	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el instituto e identifica necesidades con enfoque intercultural.	Proceso	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios.	Proceso	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-7	Se realiza auditoría de calidad de registro de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.	Resultado	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	ADA3-1	Se cuenta con el manual de procedimientos del proceso de alta en el instituto y se cumple.	Proceso	2
Apoyo	Admisión alta	El instituto realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se implementan medidas correctivas.	Resultado	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto desarrolla investigación e innovación permanente de las tecnologías y los procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento en el campo de su especialidad.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen incorporados proyectos de investigación a la cartora de proyectos aprobada por el instituto.	Proceso	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.	Estructura	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-10	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen.	Proceso	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-11	El instituto cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.	Proceso	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-3	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud.	Resultado	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-4	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.	Resultado	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-5	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	Proceso	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-7	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas y protocolos de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos).	Resultado	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-8	El instituto tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.	Proceso	2
Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedim. establecidos y autorizados y el control de calidad de sus activid.	ADT3-9	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	El instituto se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	DLDE1-2	El instituto cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el pers	Estructura	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	El instituto se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	DLDE1-3	El instituto tiene controlado en unidades los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos de acuerdo a su complejidad y cuentan con documentos de gestión	Estructura	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas en el Manual de bioseguridad.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos oficialmente.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	Estructura	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.	Estructura	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	Resultado	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-5	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	Estructura	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-2	El instituto cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.	Estructura	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-5	El instituto maneja los residuos sólidos en forma apropiada.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-6	El instituto realiza procedimientos de desinfección de acuerdo a norma.	Proceso	2
Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-7	El instituto realiza procedimientos de esterilización de acuerdo a norma.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.	Estructura	2



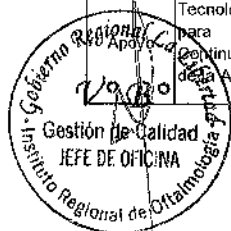
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo. Crite	Respues. Y
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-6	El instituto cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos y se utiliza.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	GEIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de acuerdo a programación.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	Resultado	2
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El instituto cuenta con informacion y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	GEIF2-4	El instituto evalua la calidad del equipamiento de la especialidad implementado.	Resultado	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-2	El instituto cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos)	Estructura	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de insumos y matoriales de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-2	En el instituto se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.	Resultado	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de insumos y materiales	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-1	El instituto identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-4	El instituto cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal.	Estructura	2



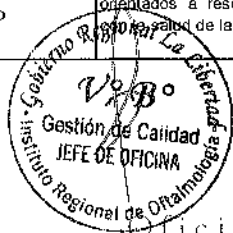
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN1-5	El instituto cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de la información	El instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN2-2	El instituto cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).	Proceso	2
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de la información	El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN3-3	El instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles).	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	GMD1-3	El instituto realiza informe de consolidados diarios de despacho o informe mensual de consumo de medicamentos e insumos.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-1	El instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.	Proceso	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD3-3	El instituto realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el nomostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.	Estructura	2
Apoyo	Gestión de medicamentos	El instituto vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD3-5	El instituto ha organizado la provisión para mantener el nomostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, UCI, Centro quirúrgico).	Estructura	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Contenido	Tipo Criterio	Respuesta
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.	Estructura	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.	Estructura	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-4	El instituto cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-5	El instituto aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	MNP1-6	El instituto cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	MNP2-1	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.	Estructura	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	MNP2-2	El personal de nutrición verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	MNP2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.	Proceso	2
Apoyo	Manejo de nutrición de pacientes	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	MNP2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	Proceso	2
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-2	El instituto programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.	Proceso	2
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	Estructura	2
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	MRS2-1	El instituto cuenta con financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza.	Proceso	2
Apoyo	Manejo del riesgo social	El instituto destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.	Resultado	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias	TCA1-1	El instituto cuenta con una Unidad u oficina de Seguros y/o referencias, de acuerdo a la norma vigente.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias	TCA1-2	El instituto tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias	TCA1-3	El instituto ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la contrarreferencia efectiva.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias	TCA1-4	El instituto ha establecido mecanismos para la continuidad de la atención de los pacientes referidos, hasta que se haya producido la contrarreferencia efectiva.	Estructura	2



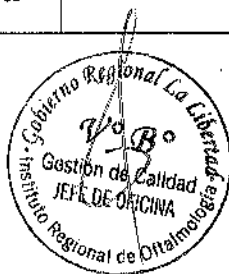
Categoría	Macroproceso	Estandar	Cod. Crite	Criterio	Tip. Crite	Respues
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-1	Se tiene implementado un sistema de traslado de pacientes de alta complejidad en condición crítica las 24 hrs, que incluye un sistema de comunicación y transporte con unidades que correspondan a su especialidad.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-2	Cuenta con manual de procedimientos institucional que rige el sistema de comunicación y transporte, el mismo que está difundido e implementado dentro del instituto.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA2-3	Propone normatividad al MINSA para asegurar el traslado adecuado de los pacientes de su especialidad, según nivel de complejidad de origen.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	TCA3-1	El personal responsable de la referencia y contrareferencia, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y propone acciones para mejorarlos.	Proceso	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	TCA3-3	El instituto establece mecanismos y procedimientos para regular su demanda de pacientes que no corresponden a su nivel de complejidad.	Estructura	2
Apoyo	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El instituto realiza acciones organizadas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA4-1	El instituto tiene implementado uno o más estrategias de telemedicina y las utiliza en por lo menos una región.	Proceso	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar el control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de gestión y prestación en la organización.	Estructura	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-3	El instituto realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.	Estructura	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-4	El instituto evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.	Estructura	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-6	El instituto tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.	Proceso	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.	Proceso	2
Gerenciales	Control de la gestión y prestación	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP2-8	Los resultados de los procesos de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de la gestión, se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.	Proceso	2
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-1	El instituto ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas), plan operativo y plan de contingencia	Estructura	2
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-2	La Dirección del instituto promueve y asegura que las unidades de atención/ servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen sus actividades concordantes con el plan operativo institucional.	Proceso	2
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.	Estructura	2



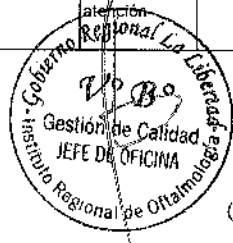
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del instituto de acuerdo a las prioridades nacionales por etapas de vida.	Estructura	2
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-6	Los resultados de los indicadores de gestión (de estructura y proceso) establecidos y obtenidos en los últimos dos semestres, están dentro de los niveles esperados para el instituto.	Resultado	2
Gerenciales	Direccionamiento	El instituto define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-8	La Dirección del instituto define sus metas respecto a las estrategias nacionales y/o regionales de su competencia y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).	Estructura	2
Gerenciales	Direccionamiento	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del instituto establecimiento de salud.	Proceso	2
Gerenciales	Direccionamiento	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR2-2	Los responsables informan los resultados del avance y metas alcanzadas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA1-1	El instituto cuenta con el Plan de Gestión de Calidad, según normativa vigente y lo implementa, según cronograma.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA1-2	El instituto cuenta con los Comités/equipos necesarios para el desarrollo de el plan formulado.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-10	El instituto ha formulado y aprobado oficialmente sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-11	El instituto monitorea sus Indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad según programación aprobada.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-2	El instituto cuenta con procedimientos oficiales de vigilancia y control de Infecciones Intrahospitalarias y lo cumple.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-3	El Instituto cumple con la ejecución de auditorías según norma vigente (NT 029-2005 RM474)	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-4	El Instituto tiene documentado el proceso para la recepción y análisis de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad).	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad.	GCA2-5	Se evalúa el porcentaje de quejas y reclamos resueltos o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de la calidad	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA3-6	El Instituto define prioridades para el desarrollo de evaluación de tecnología sanitaria acorde a su especialidad.	Resultado	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El Instituto está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-1	El instituto cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones (MOF).	Estructura	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cód. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-2	El instituto tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos independientemente de su régimen laboral.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-3	El instituto ha definido y comunica formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades informan los resultados de productividad individual de acuerdo a lo establecido por la autoridad del instituto (según normativa HIS para MINSA).	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	Los equipos del instituto participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar un análisis de su práctica relacionada con la situación institucional.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	Los equipos del instituto participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	GRH2-2	Los equipos de trabajo del instituto identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto dispone de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	GRH3-1	El instituto facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto dispone de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	GRH3-2	Todo recurso humano del instituto está protegido con algún tipo de seguro de salud básico independientemente de su régimen laboral.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de recursos humanos	El instituto garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-1	El instituto cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios de acuerdo al nivel de su competencia y su estructura corresponde a lo establecido por la autoridad sanitaria nacional.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-2	El instituto somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-3	El instituto cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del Instituto y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-6	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-3	El instituto cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta nacional, regional o local ante situaciones de emergencias y desastres.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-5	El instituto ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta.	Proceso	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.	Proceso	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-3	El instituto cuenta con un sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-4	El instituto cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.	Estructura	2
Gerenciales	Gestión de seguridad ante desastres	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-5	El instituto cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-2	El instituto cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de acuerdo con normas vigentes.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-3	El instituto realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-4	El instituto cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-5	El instituto cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-6	El instituto ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes por atención según especialidad en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte en un periodo de atención mayor a 48 horas).	Resultado	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-7	El instituto cuenta formalmente con formato de consentimiento informado y lo aplica.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-8	El instituto tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente o a la persona llamada legalmente a hacerlo, acerca de riesgo	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-9	Se cuenta con un mecanismo para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	MRA2-4	El instituto cuenta con mecanismos de identificación del paciente en todas las áreas de hospitalización.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	MRA2-6	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos.	Proceso	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	MRA2-7	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	MRA3-2	Durante el acto operatorio, se evalúan los riesgos a través de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y se implementan mejoras.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	MRA3-3	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-1	El Instituto dispone de procedimientos para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-2	El Instituto cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibióticoterapia.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-2	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento).	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-10	El Instituto garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-4	La provisión de materiales o insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El Instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.	Proceso	2



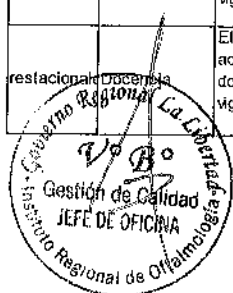
Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respuesta
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-6	En el instituto existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-7	El instituto, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-9	El personal del instituto aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-1	La recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma vigente.	Estructura	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-2	El instituto garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.	Proceso	2
Gerenciales	Manejo del riesgo de la atención	El instituto y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	MRA8-1	El instituto coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externos, garantizando el acceso a este servicio.	Proceso	2
restacional	Atención ambulatoria	El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-3	El instituto dispone de un área de triaje a cargo de profesional especializado o Primoconsulta efectuada por médico especialista (criterio relacionado con Sistema de Referencia y Contrareferencia.	Estructura	2
restacional	Atención ambulatoria	El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-4	El instituto cuenta con mecanismos de programación de citas que permiten una accesibilidad oportuna a ser atendidos en función a la demanda.	Proceso	2
restacional	Atención ambulatoria	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-1	El instituto desarrolla, implementa y socializa sus Guías de Práctica Clínica (GPC), en función al nivel de especialización y perfiles epidemiológicos.	Estructura	2
restacional	Atención ambulatoria	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-2	El instituto cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.	Estructura	2
restacional	Atención ambulatoria	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares o indicadores establecidos para la atención ambulatoria altamente especializada y los resultados están dentro de los rangos esperados.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto que cuenta con internamiento altamente especializado, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	ATH1-1	El instituto identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento altamente especializado y por cada uno de los servicios.	Estructura	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto que cuenta con internamiento altamente especializado, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	ATH1-2	La gestión de los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento altamente especializado a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento altamente especializado según priorización aprobada.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento altamente especializado a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento altamente especializado promueven el desarrollo, implementación y socialización de las Guías de Práctica Clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización.	Proceso	2



Categoría	Macroproceso	Estandar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
restacional	Atención de hospitalización	El instituto provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento altamente especializado a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	ATH2-3	El instituto ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento altamente especializado del paciente y realiza acciones para su disminución.	Estructura	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento altamente especializado son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento altamente especializado, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	ATH4-1	Los servicios de internamiento altamente especializado cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.	Estructura	2
restacional	Atención de hospitalización	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento altamente especializado, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares o indicadores para la atención altamente especializada según normas vigentes.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento altamente especializado, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento altamente especializado.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra e interinstitucionales.)	ATH6-1	Se cuenta con convenios y mapas de procesos/ fluxogramas que garantizan la aplicación de procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. (interconsultas intra y extra hospitalarias).	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-1	El instituto cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-2	El instituto cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento altamente especializado en los ambientes destinados a ésta.	Proceso	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-3	El instituto cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.	Estructura	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones hospitalarias y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-6	Se realiza el análisis de los eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.	Resultado	2
restacional	Atención de hospitalización	El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado	ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario de hospitalización y el nivel es el esperado por la institución.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico.	Estructura	2
restacional	Atención quirúrgica	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica.	Estructura	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	Tipo Criterio	Respuesta
restacional	Atención quirúrgica	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-3	Se aplican guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)	Estructura	2
restacional	Atención quirúrgica	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-4	El instituto tiene un rol diario de asignación de salas y cuenta con mecanismos que garanticen la disponibilidad de ellas para casos de urgencia.	Estructura	2
restacional	Atención quirúrgica	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación).	Estructura	2
restacional	Atención quirúrgica	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ2-4	Se ha preestablecido el tiempo para el traslado de pacientes del centro quirúrgico, se cuantifican y se cumplen.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-10	El instituto evalúa periódicamente el embalse quirúrgico y establece mecanismos de mejora.	Resultado	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-2	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-5	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-9	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica	Resultado	2
restacional	Atención quirúrgica	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-3	El instituto aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	Proceso	2
restacional	Atención quirúrgica	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable.	Estructura	2
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-2	El instituto tiene definido su campo clínico por especialidades y subespecialidades para ejercer la docencia, en el ámbito de su competencia, según la norma vigente.	Estructura	2
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-3	El instituto cuenta con Comités de Docencia a otros niveles de atención y/o Pre-Grado y/o Post-Grado.	Estructura	2
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-4	El instituto cuenta con Reglamentos de Docencia y se implementan.	Estructura	2
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-5	El instituto cuenta con programación de actividades de tutorías y asesorías, dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel, incluidos en el Plan Anual de Docencia y se cumplen.	Estructura	2



Categoría	Macroproceso	Estandar	Cód. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-7	El instituto cuenta con el Plan Anual de Docencia, dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel y lo ejecuta.	Estructura	2
restacional	Docencia	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC1-8	El instituto cuenta con un centro de documentación adecuado (Biblioteca y otros) y es accesible a los usuarios del sector.	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades loca	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-4	El instituto cuenta con guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia por etapas de vida.	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado intimo de los pacientes, está disponible y en lugar accesible	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.	Estructura	2
restacional	Atención de emergencias	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	EMG3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes.	Proceso	2
restacional	Atención de emergencias	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica.	Resultado	2
restacional	Atención de emergencias	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia.	Resultado	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-1	El instituto cuenta con Plan de investigación que incluye las políticas y líneas de investigación en su especialidad, en concordancia con las necesidades de salud pública y competencias de acuerdo a su nivel de complejidad.	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-3	El instituto cuenta con un Comité de investigación y está operativo.	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-4	El instituto cuenta con un Registro de investigadores en la Oficina de Investigación y CONCYTEC y está actualizado.	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-6	El instituto cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEI), registrado en el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Office for Human Research Protections(OHRP) -Oficina de Protección de los Sujetos de Investigación-	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-8	El instituto cuenta con infraestructura y equipamiento que facilita el desarrollo de la investigaciones.	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV1-9	Se desarrollan investigaciones de acuerdo al Plan aprobado y los resultados se encuentran en el Centro de Recursos de la institución .	Proceso	2



Categoría	Macroproceso	Estándar	Cod. Crite	Criterio	Tipo Crite	Respues
restacional	Investigación	La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación.	INV2-1	El instituto cuenta con Reglamento y Manual de Procedimientos para la aprobación y monitoreo de proyectos de investigación.	Estructura	2
restacional	Investigación	La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación.	INV2-4	Asigna recursos financieros para el desarrollo de las investigaciones de acuerdo al Plan.	Estructura	2
restacional	Investigación	El instituto publica los resultados de sus investigaciones y da recomendaciones para la implementación de normas y políticas de salud, al órgano Rector.	INV3-3	El instituto emite recomendaciones en base a sus investigaciones para el desarrollo de NTS.	Proceso	2



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroautor: Directório
 Avaliadores: Dra Nancy Suarez Ayala
 Fecha: 2da semana de octubre 2021
 Servicios Evaluados: Dirección General de
 Asesoría Estándar: DGE-1 DGE-2 DGE-3

[illegible]

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OLA MOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACIONES OLAS MOLOGIA

M.O. NANCY SUAREZ AVILES
DIRECCION 87CU11VA
CMP 026511 SNE 010057



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Dirección General
Evaluador(es): Dra Nancy Suarez Avila
Fecha: 28 de octubre de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección General
Código Estándar: DIR-1 DIR-2 DIR-3

Oficina de Planificación Estratégica / Oficina de Epidemiología / Dirección de atención especializada

Código Criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente Auditable	Técnica utilizada	Subsunto del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
DIR-2-2	Direcciónamiento	DIR	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han contribuido a resolver las problemáticas relacionadas con la salud de la población.	DIR-2	Los responsables informan los resultados del análisis y metas realizadas en los planes estratégicos, operativos y de contingencia en espacios de participación según la planificación.	DIR-2-2	2	Se informa la realización del POI en el programa web de IRO además de reportar los avances a la GERESA.	Verificación			
DIR-2-3	Direcciónamiento	DIR	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han contribuido a resolver las problemáticas relacionadas con la salud de la población.	DIR-3	El Instituto cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.	DIR-2-3	1	Reporte DESPLAN y Informe de evaluación del Plan Operativo.	Verificación			
DIR-2-1	Direcciónamiento	DIR	El Instituto, continúa el ofrecido de la Red de Salud de la Autoridad Sanitaria Nacional, brindando propuestas reactivas en el ámbito de su especialidad, destinadas a contribuir y consolidar el modelo reproductivo y normativo de Salud.	DIR-3	El Instituto según su especialidad, propone a la Autoridad Sanitaria Nacional, planes de salud y prioridades sanitarias para la atención de salud.	DIR-2-1	0	No se ha propuesto políticas.			Se reportó el seguimiento de implementación del POI a nivel Regional.	



REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGÍA

M.O. NANCY SUAREZ AVILA
DIRECCIÓN EJECUTIVA
CNP 026511 RNE 010957

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

[illegible][illegible]

REGION A LIBERTAD
Instituto Regional de Otolaringología y Otorrinolaringología
Oficina de Administración

M.G. Gabriel A. Pérez Ballena
IEEE DS OFFICER

Ing. Juan Carlos Pesantes Reyna
JEFE DE UNIDAD

Oficina de Gestión de la Calidad IRO - Página 52 | 96

Libertad y Progreso
Nº 10
Comisión de Calidad
EFE DE ORIGINA
Regional de Criminología y Psicología

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de la calidad
Evaluador(es): Dr. Yuri Carbajal Jara
Fecha: 28 de Diciembre del 2021
Servicio Evaluado: Oficina de Gestión de Calidad
Código Estándar: GCA-1 GCA-2 GCA-3

Código interno	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente available	Técnica utilizada	Sustento del Punto	Observaciones	Recomendaciones Responder
GCA1-1	Gestión de la calidad	GCA	La organización: define y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normativas y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA-1	El Instituto cuenta con el Plan de Gestión de Calidad, según normativa vigente y lo implementa según configuración.	GCA-1-1	2	Resolución de Plan	verificación documental			
GCA1-2	Gestión de la calidad	GCA	La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normativas y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA-2	El Instituto cuenta con los Compromisos necesarios para el desarrollo de el plan formalizado.	GCA-2-1	2	Resolución de Compromisos	verificación documental			
GCA1-3	Gestión de la calidad	GCA	La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normativas y estándares de calidad formalmente reconocidos.	GCA-3	La oficina de gestión de la calidad se encuentra debidamente implementada para su adecuado funcionamiento.	GCA-3-1	0					Implementación de una oficina (sede) equipamiento y recursos humano
GCA2-1	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	El Instituto cuenta con un procedimiento implementado y en ejecución de identificación, registro, notificación, procedimiento y análisis de eventos adversos.	GCA-2-1	1	Fichas de reporte de incidentes y eventos adversos. Plano de actividades de trabajo	verificación documental			
GCA2-2	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	El Instituto cuenta con procedimientos efectivos de vigilancia y control de infecciones, microbiología y lo cumple.	GCA-2-2	2	Informes epidemiológicos de monitoreo de la vigilancia y control de infecciones microbiológicas	verificación documental			
GCA2-3	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	El Instituto cumple con la ejecución de auditorías según norma vigente (N° 028-2005 MINSA)	GCA-2-3	2	Informe de Auditorías	verificación documental			
GCA2-4	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	El Instituto tiene documentado el proceso para la recepción y análisis de las quejas y reclamos de los usuarios (microbiología, hematología y pediatría).	GCA-2-4	2	Informes mensuales de PAUS	verificación documental			
GCA2-5	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	Se cuenta el personal de quejas y reclamos (atención a residentes de enfermería) para el manejo y seguimiento para el establecimiento de salud.	GCA-2-5	2	Informes mensuales de PAUS	verificación documental			
GCA2-6	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de gestión de la calidad e información para la calidad.	GCA-2	El Instituto cuenta la información del proceso de atención que brinda a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.	GCA-2-6	1	Barrios en todos los pisos	observación			Elaborar una lista de chequeo para realizar la verificación de la ejecución de la actividad de proceso de atención

REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "DR
Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 35591 R.N.E. 250493

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de la calidad
Evaluador(es): Dr. Yari Carbajal Jara
Fecha: 30/01/2022
Servicio Evaluado: Oficina de Gestión de Calidad
Código Estándar: GCA-1, GCA-2, GCA-3

Código criterio	Macroproceso	Código	Descripción	Código	Criterio	Código	Requerida	Fuentes auditable	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
GCA-2.7	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-2	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-2.7	0				Realizar la encuesta a los médicos de la clínica.
GCA-2.8	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-2	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-2.8	0				Se debe de realizar el estudio de clima organizacional.
GCA-2.9	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-2	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-2.9	0				Para ello se debe realizar el punto 2.6.
GCA-2.10	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-2	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-2.10	2	Plan de Calidad		verificación documental	
GCA-2.11	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-2	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-2.11	2	Evaluaciones trimestrales		verificación documental	
GCA-3.1	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-3	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-3.1	1	Resolución de información			En proceso de elaboración del PMOC
GCA-3.2	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-3	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-3.2	0				Para realizar el PMOC
GCA-3.3	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-3	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-3.3	0				Se debe realizar el PMOC
GCA-3.4	Gestión de la calidad	GCA	La organización desarrolla, ejecuta y controla el desempeño del sistema de gestión de la calidad a través de la aplicación de los instrumentos y procesos de planeación de la calidad e implementación para la calidad.	GCA-3	El Instituto evidencia la aplicación de los instrumentos de planeación de la calidad en sus procesos de planeación de la calidad.	GCA-3.4	1				Se debe valorar todas las partes cuando la metodología AGREE

REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "IRO"
Dirección: Av. 10 de Agosto y 10 de Mayo
Yari Carbajal Jara
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 35591 Q.A.E. 20095



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de la calidad
Evaluadores: Dr. Yuri Camacho Jara
Fecha: 2da semana de octubre 2021
Sede de Evaluación: Oficina de Gestión de Calidad
Código Estándar: GCA-1, GCA-2, GCA-3

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Objetivo	Código	Respuesta	Fuente accesible	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
GCA-3-5	Gestión de la calidad	GCA	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad en el campo de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA-3	El Instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, diagnósticos y de asistencia nutricional.	GCA-3-5	1				No se realizó evaluaciones	Se debe evaluar periódicamente las guías
GCA-3-6	Gestión de la calidad	GCA	La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad en el campo de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria.	GCA-3	El Instituto define prioridades para el desarrollo de evaluación de tecnologías sanitarias de su especialidad.	GCA-3-6	2	Plan de Mejoramiento Plan de Mantenimiento Sistema de Información Interacción con WSH Lab	Verificación documental			



REGION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología
Dirección de Diagnóstico y Tratamiento
Yuri Ramón Cardozo Jara
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 31391 R.U.E. 236993

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Manejo del riesgo de la atención
Evaluador(es): Dr. Robert Acosta Prieta
Fecha: Sete semanas de octubre del 2021
Servicio Evaluado: Dirección de Atención Especializada en Oftalmología / Departamento de Enfermería
Código Evaluador: MRA-1 MRA-2 MRA-3 MRA-4 MRA-5 MRA-6 MRA-7 MRA-8

Código Código	Macroproceso	Código MRA	Estándar	Código MRA-1	Código MRA-2	Código MRA-3	Código MRA-4	Código MRA-5	Código MRA-6	Código MRA-7	Código MRA-8	Requisitos	Fuente autófila	Tiempo utilizado	Observaciones	Recomendaciones Pendientes
MRA-1	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-1 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-1	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-1 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-1	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-1 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-1	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-1 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-1	MRA-1	1	Resolución 00001	verificación documental		
MRA-2	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-2 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-2	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-2 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-2	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-2 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-2	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-2 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-2	MRA-2	2	Resolución 00001	verificación documental		
MRA-3	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-3 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-3	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-3 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-3	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-3 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-3	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-3 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-3	MRA-3	3	Informes de incidentes y eventos adversos	verificación documental		
MRA-4	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-4 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-4	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-4 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-4	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-4 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-4	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-4 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-4	MRA-4	4	Reporte de incidentes y eventos adversos	verificación documental		
MRA-5	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-5 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-5	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-5 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-5	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-5 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-5	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-5 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-5	MRA-5	5	Reporte de incidentes y eventos adversos	verificación documental		
MRA-6	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-6 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-6	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-6 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-6	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-6 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-6	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-6 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-6	MRA-6	6	Reporte de incidentes y eventos adversos	verificación documental		
MRA-7	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-7 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-7	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-7 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-7	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-7 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-7	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-7 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-7	MRA-7	7	Reporte de incidentes y eventos adversos	verificación documental		
MRA-8	Manejo del riesgo de la atención	MRA	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-8 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-8	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-8 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-8	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-8 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-8	El servicio promueve una cultura de gestión MRA-8 de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA-8	MRA-8	8	Reporte de incidentes y eventos adversos	verificación documental		

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
Código Evaluador: MRA-1 MRA-2 MRA-3 MRA-4 MRA-5 MRA-6 MRA-7 MRA-8
M.O. Robert Acosta Prieta
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.F. 18701 R.M.E. 27435

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Manejo del riesgo de la atención
Evaluadores: Dr. Robert Acosta Prezel
Fecha: 28-12-2021
Servicio evaluado: Dirección de Atención Especializada en Oftalmología / Departamento de Endocrinología
Código Evaluador: MPA-1 MPA-2 MPA-3 MPA-4 MPA-5 MPA-6 MPA-7 MPA-8 MPA-9

Código Criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Requisito	Prueba medible	Técnica utilizada	Indicador de Prueba	Observaciones	Recomendaciones de mejora
MPA-1	Manejo del riesgo de la atención	MPA-1	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-1	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-1	7				Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-2	Manejo del riesgo de la atención	MPA-2	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-2	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-2	1	AST	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-3	Manejo del riesgo de la atención	MPA-3	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-3	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-3	1	Guías de procedimientos aprobados	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-4	Manejo del riesgo de la atención	MPA-4	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-4	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-4	2				Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-5	Manejo del riesgo de la atención	MPA-5	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-5	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-5	2	Historia Clínica de los pacientes	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-6	Manejo del riesgo de la atención	MPA-6	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-6	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-6	2	Lista de eventos adversos	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-7	Manejo del riesgo de la atención	MPA-7	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-7	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-7	2	Informes de eventos adversos	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-8	Manejo del riesgo de la atención	MPA-8	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-8	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-8	2	Monitoreo en las redes	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-9	Manejo del riesgo de la atención	MPA-9	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-9	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-9	2	Observación	Observación		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.
MPA-10	Manejo del riesgo de la atención	MPA-10	El paciente tiene un proceso de control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-10	El plan de atención y control de la enfermedad, o enfermedad de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	MPA-10	2	Informes de atención	Verificación documental		Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.	Se está haciendo seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión, inmunización, análisis y reportes.



REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "ISUR"
Dirección de Atención Especializada en Oftalmología / Departamento de Endocrinología
M.O. Robert Acosta Prezel
DIRECTOR LICENCIADO
C.R.P. 38793 E.N.E. 17453

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Manejo del riesgo en la atención
Evaluador(es): Dr. Rafael Acosta Preter
Fecha: 2da. Sem. Semestre de octubre de 2021
Servicio Evaluador: Dirección de Atención Especializada (Departamento de Emergencia)
Código Estándar: MRA-1 MRA-2 MRA-3 MRA-4 MRA-5 MRA-6 MRA-7 MRA-8

Código Estándar	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente Indicador	Técnica utilizada	Asignación del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
MRA-1	Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-1	La población de pacientes y personal de atención a la salud se encuentra protegida.	MRA-1	2	Recursos humanos	Verificación documental			
MRA-2	Manejo del riesgo de la atención	MRA-2	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-2	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a las incidencias puntuales según la evaluación del riesgo.	MRA-2	2	Indicadores de SST	Verificación documental			
MRA-3	Manejo del riesgo de la atención	MRA-3	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-3	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-3	2					
MRA-4	Manejo del riesgo de la atención	MRA-4	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-4	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-4	2					
MRA-5	Manejo del riesgo de la atención	MRA-5	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-5	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-5	2					
MRA-6	Manejo del riesgo de la atención	MRA-6	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-6	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-6	2					
MRA-7	Manejo del riesgo de la atención	MRA-7	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-7	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-7	2					
MRA-8	Manejo del riesgo de la atención	MRA-8	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-8	El sistema ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA-8	2					

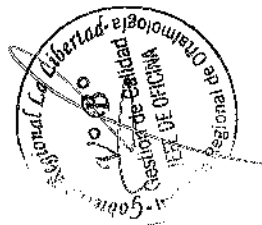
REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "250"
Dirección de Emergencia, Investigación, Estadística y Control
M.O. Robert Isaac Acosta Preter
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.R. 33703 R.N.E. 27453

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de seguridad ante desastres
Evaluador(es): Dr. Yuri Carbajal Jara
Fecha: 4ta semana de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección General - SIMEO
Código Estándar: GSD-1 GSD-2 GSD-3

Código interno	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fecha emitida	Temática utilizada	Subtotal del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsables
GSD-1-1	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones ante la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	El Instituto cuenta con el Comité de Protección Térmica de Seguridad en Defensa Civil y Defensa Nacional, adscrito al Gobierno Local.	GSD-1-1	1	18-12-19	Verificación documental			En el 2022 se debe hacer la actualización del SDC
GSD-1-2	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	El Instituto realiza una evaluación de seguridad en todas las áreas según los criterios de reducción y reducción de riesgos y áreas con riesgo de las edificaciones.	GSD-1-2	2				No aplica	
GSD-1-3	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	El Instituto cuenta con acciones de seguridad en todas las áreas según los criterios de reducción y reducción de riesgos y áreas con riesgo de las edificaciones.	GSD-1-3	2		Observación			
GSD-1-4	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	Se cuenta con señalización en buen estado que indica la ubicación del Instituto y de la Unidad de Emergencia desde las vías de comunicación cercanas al foco.	GSD-1-4	2		Observación		La Unidad de RCI también se encuentra en la web institucional	
GSD-1-5	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	El Instituto ha implementado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas e implementa acciones de mejora.	GSD-1-5	1				Por actualizar	
GSD-1-6	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD-1	Las vías de escape a la Unidad de Emergencia están libres de obstáculos, señalización o elementos que impidan la evacuación de la edificación.	GSD-1-6	2		Observación			
GSD-2-1	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencia y desastres.	GSD-2	El Comité Institucional de Defensa Civil está implementado y dispuesto su plan anual de actividades.	GSD-2-1	2		Observación			
GSD-2-2	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencia y desastres.	GSD-2	El Instituto cuenta con un plan actualizado de emergencia y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) diseñado entre el personal.	GSD-2-2	1		Observación		Se encuentra publicado en la página web de RCI por falta actualizar	
GSD-2-3	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencia y desastres.	GSD-2	El Instituto cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a los riesgos de emergencia y desastres, y las acciones de emergencia y desastres.	GSD-2-3	2		Reporte SIME			

RECIBÍ LA LISTA
Instituto Regional de Oftalmología "JOSÉ"
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
Yuri Carbajal Jara
C.M.P. 33391, 24.01.2021

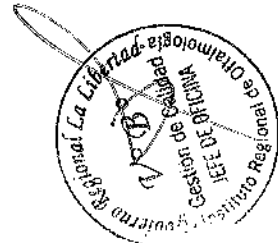


AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de seguridad ante desastres
 Evaluador(es): Dr. Yuri Carbajal Lara
 Fecha: 4 de agosto de octubre 2021
 Servicio Evaluados: Dirección General - EMD
 Código Estándar: GSD-1 GSD-2 GSD-3

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
GSD2-1	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-1	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma anual con las autoridades de Defensa Civil.	GSD2-1	0				No se ha informado a las subcomités	
GSD2-2	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-2	El instituto ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta.	GSD2-2	2				No aplica pues ante la pandemia de COVID se ha prohibido las reuniones físicas.	
GSD2-3	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-3	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y cuantitativas que son de conocimiento del personal.	GSD2-3	0					Implementar esta guía y difundirla al personal.
GSD2-4	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-4	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunican a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-4	2	Se publican en el periódico mural IRO	Observación			Comunicar por la página web, mail o mensaje de texto
GSD2-5	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-5	El instituto cuenta con el servicio de ambulancias y cumple con los estándares mínimos de operación según normatividad.	GSD2-5	0				La ambulancia está en basión en uso de SEMU - GREPSA	
GSD2-6	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-6	El instituto cuenta con un sistema de comunicación interno en caso falle el sistema telefónico.	GSD2-6	2	Contamos con 02 radios	Observación			
GSD2-7	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-7	El instituto cuenta con sistema alarmas que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas por 24 horas inintermitentes en caso de que se corte la conexión a la red pública.	GSD2-7	2	Contamos con generador eléctrico	Observación			
GSD2-8	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-8	El instituto cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas inintermitentes en caso de que se corte la conexión a la red pública.	GSD2-8	2	Contamos con pozos de agua	Observación			
GSD2-9	Gestión de seguridad ante desastres	GSD	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD-9	Se dispone de un stock de repuestos de medicamentos, insumos e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población atendida o a atender.	GSD2-9	0				No aplica	

REGIÓN LA LIBERTAD
 Instituto Regional de Oftalmología - IRO
 Dirección de Asesoría e Investigación Científica
 Yuri Ramallo Carbajal Lara
 DIRECTORA EJECUTIVA
 C.A.P. 31551, R.M.E. 19881



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Control de la gestión y prestación
Evaluador(es): Dr. Robert Acosta Pérez
Fecha: día treinta de octubre del 2021
Remite Evaluador: Oficina de Planeamiento Estratégico / Dirección Nacional Especializada en Oftalmología
Código Evaluador: COP-1 COP-2

Código entidad	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Objetivo	Código	Respuesta	Punto auditable	Temas Analizados	Sistema del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
COP-1-1	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto tiene definidos mecanismos, procedimientos de auditoría, supervisión y evaluación.	COP-1	Se cuenta con plan instrumentado para realizar el control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de gestión y prestación en la organización.	COP-1-1	2	Sistema en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-1-2	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto tiene definidos mecanismos, procedimientos de auditoría, supervisión y evaluación.	COP-1	Se han establecido los planes de auditoría y evaluación de los procesos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación en la organización.	COP-1-2	1	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-2-1	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2-1	0	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-2-2	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2-2	1	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-2-3	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-2-3	2	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-3-1	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3-1	2	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-3-2	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3-2	0	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-3-3	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-3-3	2	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-4-1	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4-1	2	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-4-2	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4-2	0	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			
COP-4-3	Control de la gestión y prestación	COP	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4	El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	COP-4-3	2	Documento en Word. Porces de Auditoría, Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.	Emisión de auditoría y evaluación de documentos de gestión y prestación, supervisión y evaluación de los procesos de gestión.			

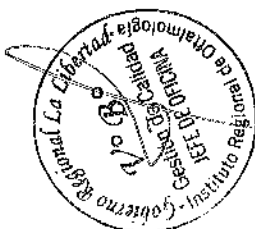
SECCION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "ISOL"
Dirección de Gestión, Investigación, Normativa y Control
M.O. Robert Acosta Pérez
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.R. 35103 R.M.E. 27453

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Control de la visión y prescripción
 Evaluador(es): Dr. Roger Acosta Presel
 Fecha: esta semana de octubre del 2021
 Servicio Evaluador: Oficina de Fomento Educativo / Dirección Asesoría Especializada en Oftalmología
 Código Baseador: CGP-1 CGP-2

Código interno	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sistema de Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
CGP-2	Control de la visión y prescripción	CGP	El Instituto realiza acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP-2	En las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos de prestación de servicios de atención, documentos y formatos se registran para la documentación.	CGP-2	2	Informe de monitoreo de procesos en las actividades de atención, documentos y formatos.	Verificación de documentos			
CGP-3	Control de la visión y prescripción	CGP	El Instituto realiza acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP-3	Los resultados de los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos de prestación de servicios de atención, se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de acciones.	CGP-3	2	Resultados de monitoreo, informes y autos.	Verificación de documentos			
CGP-4	Control de la visión y prescripción	CGP	El Instituto realiza acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado.	CGP-4	Se comparan los resultados de las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos de prestación de servicios de atención, con los resultados de las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos de prestación de servicios de atención.	CGP-4	4	Documentos e informes.	Verificación de documentos			

REGIÓN LA LIBERTAD
 Instituto Regional de Oftalmología 2517
 Dirección de Desarrollo, Investigación, Tecnología y Bases
 M.O. Robert Isidro Acosta Presel
 DIRECTOR EJECUTIVO
 C.M.P. 38783 R.M.E. 37113



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención ambulatoria - ATA
Evaluado(es): Lic. Nancy Gil Reyes
Fecha: 1era semana de noviembre 2021
Servicio Evaluado: Dirección Asesoría Epidemiológica en Oftalmología - Departamento de Enfermería, Clínica de Especialidades y Espedientes
Código Estándar: ATA-1 ATA-2 ATA-3

Código proceso	Interpretación	Código	Estándar	Código	Objetivo	Código	Requerido	Fuente actualizada	Temática evaluada	Supuesto del planteo	Observaciones en el servicio	Recomendaciones
ATA-1	Navegación estandarizada	ATA-1	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-1	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-1	1	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-2	Atención ambulatoria	ATA-2	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-2	La atención de pacientes de consulta ambulatoria está organizada y se realiza en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-2	1	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que la atención de pacientes de consulta ambulatoria, no se realiza en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que la atención de pacientes de consulta ambulatoria, se realice en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-3	Navegación ambulatoria	ATA-3	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-3	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-3	2	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-4	Navegación ambulatoria	ATA-4	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-4	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-4	2	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-5	Navegación ambulatoria	ATA-5	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-5	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-5	1	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-6	Navegación ambulatoria	ATA-6	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-6	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-6	2	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-7	Navegación ambulatoria	ATA-7	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-7	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-7	1	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-8	Navegación ambulatoria	ATA-8	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-8	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-8	2	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-9	Navegación ambulatoria	ATA-9	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-9	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-9	1	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.
ATA-10	Navegación ambulatoria	ATA-10	El paciente debe ser atendido en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	ATA-10	El servicio cuenta con personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto.	ATA-10	2	Actuación, comunicación, planificación, gestión, evaluación, mejora continua	Organización, estructura		Se observó que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, no se encuentra en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.	Se recomienda que el personal técnico y administrativo especializado en la atención ambulatoria, para el primer contacto, se encuentre en un espacio de consulta y diagnóstico, para la atención ambulatoria.

REGION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "IRSO"
Departamento de Enfermería
Lic. Nancy R. Gil Reyes
JEFE DE DEPARTAMENTO

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención de Hospitalización

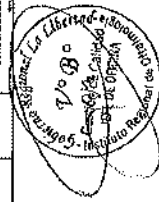
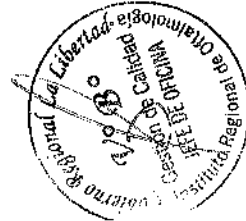
Fecha:

Servicio Evaluados:

Código Estándar: ATH-1 ATH-2 ATH-3 ATH-4 ATH-5 ATH-6 ATH-7

NO APLICA

Código Estándar	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Puntuación	Fecha	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
ATH-1	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital que cuente con infraestructura adecuada para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-1	El hospital brinda, mantiene los dos centros de atención de alta tecnología, especializados en la atención de pacientes con patologías de alta complejidad, por cada uno de los servicios.	ATH-1	2			No aplica		
ATH-2	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital que cuente con infraestructura adecuada para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-1	La gestión de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	2			No aplica		
ATH-3	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital provee las condiciones adecuadas para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	La Atención de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-3	2			No aplica		
ATH-4	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital provee las condiciones adecuadas para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	La Atención de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-4	2			No aplica		
ATH-5	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital provee las condiciones adecuadas para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	La Atención de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-5	2			No aplica		
ATH-6	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital provee las condiciones adecuadas para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	La Atención de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-6	2			No aplica		
ATH-7	Atención de Hospitalización	ATH	El hospital provee las condiciones adecuadas para brindar servicios de atención especializada, científica y de alta tecnología, que asegure la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-2	La Atención de los servicios de atención especializada de alta tecnología, se realiza de manera oportuna y de acuerdo a la demanda de los pacientes, garantizando la calidad de los servicios y la satisfacción de la población a la que atiende.	ATH-7	2			No aplica		



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención de hospitalización

Evaluadores:

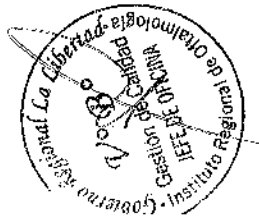
Fecha:

Servicio Evaluado:

Código Estándar: ATH-1 ATH-2 ATH-3 ATH-4 ATH-5 ATH-6 ATH-7

NO APLICA

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente accesible	Técnica utilizada	Estado del Puntaje	Observado	Recomendaciones Responsable
ATH-2	Atención de hospitalización	ATH	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento brindan especialización, capacitan sus actividades de atención según procedimientos, protocolos, documentos y vigila.	ATH-2	Se elaboran permanentemente las boletines especiales en los estándares e indicadores para la atención, atendiendo a la especialidad según normas vigentes.	ATH-2	2				No Aplica	
ATH-3	Atención de hospitalización	ATH	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento brindan especialización, capacitan sus actividades de atención según procedimientos, protocolos, documentos y vigila.	ATH-3	Las pautas de prácticas clínicas son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se encuentran en la historia clínica.	ATH-3	2				No Aplica	
ATH-4	Atención de hospitalización	ATH	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la atención en el hospital.	ATH-4	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.	ATH-4	2				No Aplica	
ATH-5	Atención de hospitalización	ATH	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la atención en el hospital.	ATH-5	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su nombramiento en el tratamiento altamente especializado.	ATH-5	2				No Aplica	
ATH-6	Atención de hospitalización	ATH	El paciente garantiza la continuidad de los procedimientos para internamientos agudos, como acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico (administración de medicamentos).	ATH-6	Se cuenta con consultorio y salas de procedimientos que garantizan la aplicación de procedimientos de internamientos a corto, mediano y largo plazo para los pacientes internados.	ATH-6	2				No Aplica	
ATH-7	Atención de hospitalización	ATH	El paciente garantiza la continuidad de los procedimientos para internamientos agudos, como acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico (administración de medicamentos).	ATH-7	El paciente cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de las historias clínicas para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a los estándares por la atención.	ATH-7	2				No Aplica	
ATH-8	Atención de hospitalización	ATH	El paciente garantiza la continuidad de los procedimientos para internamientos agudos, como acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico (administración de medicamentos).	ATH-8	El paciente cuenta con un mecanismo para la gestión (revisión, análisis y resolución) de quejas o reclamos sobre la atención en internamiento altamente especializado en los ambientes destinados a ella.	ATH-8	2				No Aplica	
ATH-9	Atención de hospitalización	ATH	El paciente garantiza la continuidad de los procedimientos para internamientos agudos, como acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico (administración de medicamentos).	ATH-9	El paciente cuenta con un mecanismo para la gestión (revisión, análisis y resolución) de quejas o reclamos sobre la atención en internamiento altamente especializado en los ambientes destinados a ella.	ATH-9	2				No Aplica	



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención de hospitalización
 Evaluador(es):
 Fecha:
 Servicio Evaluados:
 Código Estándar: ATH-1 ATH-2 ATH-3 ATH-4 ATH-5 ATH-6 ATH-7

NO APLICA

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Puntos asignables	Técnica utilizada	Sistema del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
ATH-1-4	Atención de hospitalización	ATH	El Instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las acciones de implementación altamente especializado	ATH-7	Los planes de trabajo ocurren en las historias clínicas según de acuerdo con las guías de práctica clínica.	ATH-4	2				No aplica	
ATH-1-5	Atención de hospitalización	ATH	El Instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las acciones de implementación altamente especializado	ATH-7	Se registra, analiza y evalúa el tiempo de cumplimiento hospitalarias y el tiempo de acuerdo a las guías de práctica clínica.	ATH-5	2				No aplica	
ATH-1-6	Atención de hospitalización	ATH	El Instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las acciones de implementación altamente especializado	ATH-7	Se realiza el análisis de los eventos adversos según norma y su implementación recomendaciones.	ATH-6	2				No aplica	
ATH-1-7	Atención de hospitalización	ATH	El Instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las acciones de implementación altamente especializado	ATH-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario de hospitalización y el nivel de la esperanza por la atención.	ATH-7	2				No aplica	

* Necesaria al realizar cirugía ambulatoria no realice hospitalización solo por operatorio.

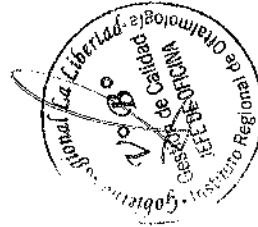
(Firma)
 OPC Cristina Vargas Viquez
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Módulo de Atención de Emergencias - BNG
Evaluadores: Lic. Nancy Gil Reyes
Fecha: 30 de octubre de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección de Calidad Epidemiológica y Emergencias / Departamento de Emergencias
Código Evaluador: BNG-1 BNG-2 BNG-3

Código interno	Metas/Procedimientos	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Requisitos	Fecha actualizada	Técnica utilizada	Sustento del Proceso	Observaciones	Recomendaciones Responsable
EMQ00-1	Atención de emergencias	EMQ	El servicio de emergencias dispone de recursos humanos, materiales y financieros suficientes para la atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-1	El personal de atención de emergencias está capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-1	1	Revisión de procedimientos de atención de emergencias y de los recursos humanos, materiales y financieros.	Observación		El personal de atención de emergencias está capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	Continuar capacitación de personal de atención de emergencias y de los recursos humanos, materiales y financieros.
EMQ01-1	Atención de emergencias	EMQ	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-2	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un personal de atención de emergencias capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-2	2	Ata de triaje	Procedimiento		El triaje es realizado por un personal de atención de emergencias capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	
EMQ02-1	Atención de emergencias	EMQ	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-3	Los procedimientos de atención de emergencias se registran en el formato de atención de emergencias de la zona de cobertura.	EMQ-3	2	Ata de triaje	Procedimiento		El triaje es realizado por un personal de atención de emergencias capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	
EMQ03-1	Atención de emergencias	EMQ	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-4	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-4	2	Ata de triaje	Procedimiento		El triaje es realizado por un personal de atención de emergencias capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	
EMQ04-1	Atención de emergencias	EMQ	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-5	El personal de emergencias realiza los procedimientos de atención de emergencias en la zona de cobertura.	EMQ-5	2	Ata de triaje	Procedimiento		El triaje es realizado por un personal de atención de emergencias capacitado para brindar el servicio de atención de emergencias en la zona de cobertura.	



REGION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología - IRO
Departamento de Emergencias
Lic. Nancy R. Gil Reyes
JEFE DE DEPARTAMENTO
CEP 43796

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención Quirúrgica - ATQ
Evaluador(es): Lic. Mery González Sotelo
Fecha: 2da semana de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección de Cirugía Especializadas y Emergencia - Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico
Código Estándar: ATQ-1 ATQ-2 ATQ-3 ATQ-4

Código Estándar	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsables
ATQ-1-1	Atención quirúrgica	ATQ	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ-1	Se cuenta y se evalúa la organización de cada equipo del centro quirúrgico.	ATQ-1-1	2	Informe personal	Revisión de documentos			
ATQ-1-2	Atención quirúrgica	ATQ	El centro quirúrgico está capacitado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ-1	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, así como el personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica.	ATQ-1-2	2	Documento del servicio ubicado en preparación	Revisión de documentos			
ATQ-1-3	Atención quirúrgica	ATQ	El centro quirúrgico está capacitado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ-1	Se tienen guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diferentes patologías más frecuentes que se realizan (cataratas, cirugía oftálmica, cirugía del párpado, anestesia local, cirugía de queratoma, neoplasia, etc.) y se cuenta con personal capacitado para su ejecución.	ATQ-1-3	2	Documento del servicio ubicado en preparación	Revisión de documentos			
ATQ-1-4	Atención quirúrgica	ATQ	El centro quirúrgico está capacitado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ-1	El personal tiene un rol claro de asignación de salas y cuenta con recursos que permitan la disponibilidad de ellas para casos de urgencia.	ATQ-1-4	2	Documento del servicio ubicado en preparación	Revisión de documentos			
ATQ-1-5	Atención quirúrgica	ATQ	El centro quirúrgico está capacitado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas	ATQ-1	Se cuenta con rol de programación de personal cuyo rol es garantizar la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y de apoyo en áreas críticas (para el caso de urgencia, caso de emergencia).	ATQ-1-5	2	Programación de personal	Revisión de documentos			
ATQ-2-1	Atención quirúrgica	ATQ	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ-2	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de recursos humanos, materiales e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra.	ATQ-2-1	1	Verificar disponibilidad pero no registra	Verificar disponibilidad pero no registra		Verificar registros de disponibilidad	Indicar registro de disponibilidad
ATQ-2-2	Atención quirúrgica	ATQ	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ-2	Se tienen listas de chequeo predefinidas para verificar y controlar la información de los pacientes e instrumental durante el procedimiento de todas las cirugías, con énfasis por el personal de enfermería, circulante e instrumental que define la cirugía y la registra.	ATQ-2-2	1	Verificar disponibilidad pero no registra	Verificar disponibilidad pero no registra		Indicar registro de disponibilidad	Indicar registro de disponibilidad
ATQ-2-3	Atención quirúrgica	ATQ	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ-2	El personal de enfermería registra en la historia clínica la información de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del área de hospitalización.	ATQ-2-3	2				No aplica	
ATQ-2-4	Atención quirúrgica	ATQ	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	ATQ-2	Se ha programado los tiempos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico, de conformidad y se cumple.	ATQ-2-4	2				No aplica	



REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA Y CENTRO QUIRÚRGICO
Lic. Mery González Sotelo
Jefe de Oficina
CER 28000

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Atención Quirúrgica - ATQ
Evaluador(es): Lic. Marly González Saravia
Fecha: 3era semana de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia - Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico
Código Estándar: ATQ-1 ATQ-2 ATQ-3 ATQ-4

Código Estándar	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sumario del Perfil	Observaciones	Recomendaciones Responsable
ATQ3-1	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el caso del acto quirúrgico.	ATQ3-1	1	Auditoría de registro Centro quirúrgico	revisión de informe de auditoría	50% cumplir con formato completos		
ATQ3-2	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	La evaluación preoperatoria es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.	ATQ3-2	2	Auditoría de registro Centro quirúrgico	revisión de informe de auditoría			
ATQ3-3	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto quirúrgico y las complicaciones.	ATQ3-3	2	Auditoría de registro Centro quirúrgico	revisión de informe de auditoría			
ATQ3-4	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido.	ATQ3-4	2	Formato de registro	Revisión de formato	Quitar		
ATQ3-5	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	El formato de monitoreo preoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido.	ATQ3-5	2	Formato de registro	Revisión de formato	Quitar		
ATQ3-6	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	Se clasifican las tasas de cirugía suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para disminuir los estándares quirúrgicos por la institución.	ATQ3-6	1	Informe mensual	Encuestas	Cumplimiento parcial		
ATQ3-8	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.	ATQ3-8	1	Informe mensual	Encuestas	Cumplimiento parcial		
ATQ3-9	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la anestesia y la causa de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica.	ATQ3-9	2	Formato de cirugía segura	Revisión de historial	Cumple		
ATQ3-10	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	El instituto evita periódicamente el embalse quirúrgico y establece mecanismos de mejora.	ATQ3-10	2	Reporte operativo	Revisión de historias	Cumple		

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE LA CIEGUEZA
DIRECCIÓN DE LA CALIDAD

Lic. Marly L. González Saravia
3ra de octubre 2021
Cep 28900



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroprocesos: Atención Quirúrgica - ATQ
Evaluadores(s): Lic. Marly González Sasevía
Fecha: 3era semana de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dirección de Cirugía Especializada y Emergencia - Departamento de Anestesia y Centro Quirúrgico
Código Estándar: ATQ-1 ATQ-2 ATQ-3 ATQ-4

Código Ítem	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente Auditable	Técnicas utilizadas	Sustento del Juicio	Observaciones	Recomendaciones Responsable
ATQ3-11	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ-3	Se registran las horas de intervenciones quirúrgicas y/o cirujías, se analiza las causas y se toman las medidas correctivas.	ATQ3-11	1	Informe mensual	Entrevistas	Correspondencia parcial		
ATQ3-12	Atención quirúrgica	ATQ	El acto quirúrgico se brinda según las prioridades establecidas	ATQ-3	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de hospitalización) por la atención recibida en el centro quirúrgico y sala en el nivel superior por la atención.	ATQ3-12	0		Entrevistas	No cumple		
ATQ4-1	Atención quirúrgica	ATQ	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ-4	El instituto realiza evaluaciones periódicas independientes de las cirujías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por cuáles se otorga el puntaje, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.	ATQ4-1	0		Entrevistas	No cumple		
ATQ4-2	Atención quirúrgica	ATQ	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ-4	El instituto implementa permanentemente acciones de mejora continua de los servicios críticos brindados en el marco de sus líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud.	ATQ4-2	0		Entrevistas	No cumple		
ATQ4-3	Atención quirúrgica	ATQ	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ-4	El instituto aplica una política de confiabilidad respecto a la información del paciente.	ATQ4-3	2		Entrevistas	Cumple		
ATQ4-4	Atención quirúrgica	ATQ	El instituto realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable.	ATQ4-4	2	Auditoría de registro de cirujías	Revisión e informe de auditoría	Cumple		



REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA Y EMERGENCIA
CENTRO QUIRÚRGICO
LIC. MARLY L. GONZÁLEZ SASEVÍA
CER 28000

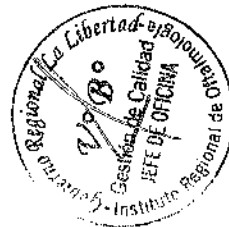
AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Investigación
Evaluador(es): Dra Nancy Suarez Avalos
Fecha: 4ta semana de octubre 2021
Servicio Evaluado: Departamento de Investigación
Código Estándar: INV-1 INV-2 INV-3

Código Estándar	Macroproceso	Código	Enunciado	Código	Criterio	Código	Respecto a	Fuente Auditable	Técnicas utilizadas	Estado del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
INV-1-1	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El sistema cuenta con Plan de Investigación que incluye las políticas y áreas de investigación en su responsabilidad, en concordancia con las necesidades de salud pública y controladas de acuerdo a su nivel de competencia.	INV-1-1	2	Plan anual de investigación RG 103-024-03-RL-0518-03- IRO JSU *	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
INV-1-2	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto ejecuta el Plan de Investigación de acuerdo a lo proyectado.	INV-1-2	0	Acta de sustentación proyecto M.C. Oscar Valenzuela, Acta de sustentación Proyecto M.C. Avalos		Cuenta con todo lo establecido		
INV-1-3	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto cuenta con un Comité de Investigación y es el responsable.	INV-1-3	2	Resolución Comité de M.C. Oscar Valenzuela, Acta de sustentación Proyecto M.C. Avalos	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
INV-1-4	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto cuenta con el Registro de Investigaciones en la Oficina de Investigación y CONCYTEC y está actualizado.	INV-1-4	2	Registro de Investigaciones, Fichas de registro en CONCYTEC	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
INV-1-5	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto garantiza la sostenibilidad de las investigaciones.	INV-1-5	0					
INV-1-6	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto cuenta con un Comité de Investigación (CEI) registrado en el Registro Nacional de Salud (RNS) y la Oficina de Normalización y Control de Calidad (ONCC) - Oficina de Investigación y Control de Calidad.	INV-1-6	2	* Convenio RNS: RNS-03-04 Vigencia hasta 22.07.2021 * Convenio ONCC: ONCC-03-04 Vigencia hasta 22.07.2021	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido	En trámite para renovación	
INV-1-7	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto no establece convenio de investigación con Universidades y otras instituciones a nivel nacional o internacional.	INV-1-7	1	* Convenio Brevados entre el IRO y URT (vigencia hasta mayo 2021) * Convenio tipo convenio de Cooperación Técnica Asesoria entre IRO y UPAC (vigencia hasta 30.06.2023)	Verificación de documentos	Convenios a nivel nacional		
INV-1-8	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	El Instituto cuenta con infraestructura y equipamiento que favorece el desarrollo de las investigaciones.	INV-1-8		Centro de Investigación, Locales Ave. Pico - IRO, JSU, implementados	Observación	Cuenta con todo lo establecido		
INV-1-9	Investigación	INV	La institución dirige y coordina la implementación del sistema de gestión de normalidad y estándares de calidad formalmente reconocidos.	INV-1	Se desarrollan investigaciones de acuerdo al Plan de Investigación y los resultados se encuentran en el Centro de Recurso de la institución.	INV-1-9	2	Proyectos concluidos de M.C. Valenzuela, M.C. Oscar Valenzuela	Observación	Cuenta con todo lo establecido		

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
M.O. Alicia L. Nolasco Leal
JEFEE DEPARTAMENTO
CAMP 026517 RNE 010957

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
M.O. Nancy Suarez Avalos
DIRECTORA AJUNTA
CAMP 026511 RNE 010957



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso Docencia - DOC
Evaluación de Docentes
Fecha: 28 de octubre 2021
Servicio Evaluado: Dependiente de Docencia
Código Evaluación: D001

Código Criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Cuentas	Código	Resolución	Fuente sustituta	Técnica usada	Sistema de Puntaje	Observaciones	Recomendaciones y Responsables
D001-1	Docencia	DOC-1	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-1	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-1	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido	En proceso	
D001-2	Docencia	DOC-2	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-2	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-2	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-3	Docencia	DOC-3	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-3	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-3	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-4	Docencia	DOC-4	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-4	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-4	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-5	Docencia	DOC-5	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-5	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-5	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-6	Docencia	DOC-6	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-6	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-6	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-7	Docencia	DOC-7	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-7	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-7	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-8	Docencia	DOC-8	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-8	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-8	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-9	Docencia	DOC-9	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-9	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-9	1	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		
D001-10	Docencia	DOC-10	El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, desarrollo y perfeccionamiento) según normatividad vigente.	DOC-10	El instituto cuenta con docentes que conforman el personal de docencia docente a los estudiantes de la carrera de optometría y optometría en el primer nivel.	DOC-10	2	OFICIO N° 004-021-GRU-GER-RO-JSU-0017-2021 Cuerpo técnico dependiente de Programación de cursos para el primer de Nivel de la Carrera de Optometría y Optometría en el primer nivel.	Verificación de documentos	Cuenta con todo lo establecido		

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGÍA

M.O. NORIS SUAREZ AVILES
DIRECCIÓN EJECUTIVA
CAMP 026511 RNE 010957

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGÍA

M.O. ROBERTO ISCAR APARICIO
DIRECTOR EJECUTIVO
CAMP 026511 RNE 010957



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Responsables: Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT
Evaluador(es): Dr. Roberto Acosta Priet
Fecha: Tercera semana de 2022
Servicio Evaluado: Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
Código Estándar: ACT-1, ACT-2, ACT-3

Código Estándar	Manifestación	Código	Exposición	Código	Criterio	Código	Requisito	Fuente de Investigación	Medida de Control	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-1	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-1	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-1	1	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-2	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-2	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-2	2	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-3	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-3	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-3	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-3	3	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-4	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-4	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-4	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-4	4	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-5	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-5	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-5	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-5	5	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-6	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-6	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-6	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-6	6	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-7	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-7	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-7	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-7	7	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-8	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-8	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-8	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-8	8	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-9	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-9	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-9	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-9	9	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento
ACT-10	Asesor de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT	ACT-10	El servicio de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT, debe contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-10	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado ACT, deben contar con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para la atención de los pacientes.	ACT-10	10	Proyecto de Investigación	Revisión de la documentación de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento especializado ACT.	Supervisor del Proceso	Observaciones	Responsable de Seguimiento

REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "IRSO"
Dirección de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
M.O. Roberto Acosta Priet
CARR 3070 RNE 77433



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Microproceso: Atención de atención diagnóstica y tratamiento especializado ADT
Evaluador(es): Dr. Roberto Acosta Pérez
Fecha: 16/01/2022
Servicio Evaluado: Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
Código Estándar: ADT-1, ADT-2, ADT-3

Código Estándar	Microproceso	Código	Exterior	Código	Criterios	Código	Respuesta	Puntuación	Temas evaluados	Resumen de hallazgos	Observaciones	Responsables
ADT-1	Atención de atención diagnóstica y tratamiento especializado ADT	ADT-1	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-1	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-1	2	2	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.
ADT-2	Atención de atención diagnóstica y tratamiento especializado ADT	ADT-2	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-2	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-2	2	2	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.
ADT-3	Atención de atención diagnóstica y tratamiento especializado ADT	ADT-3	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-3	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-3	2	2	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.
ADT-4	Atención de atención diagnóstica y tratamiento especializado ADT	ADT-4	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-4	El médico especialista en oftalmología, en conjunto con el equipo de trabajo, realiza el diagnóstico y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	ADT-4	2	2	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.	Verificación de la documentación de la atención diagnóstica y tratamiento especializado de los pacientes con patologías de la visión, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.

REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "ISUR"
Dirección de Diagnóstico, Investigación y Gestión
M.G. Roberto Acosta Pérez
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.A. 38703 R.N.E. 27453



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso Académico y de - ADA
Evaluación: Lic. Nancy Gil Reyes
Fecha: 4to semestre de octubre 2021
Servicio Evaluación, Oficina de Evaluación y Estadística de Educación
Código Estándar: ADA-1 ADA-2 ADA-3

Código Estándar	Macroproceso	Código	Examen	Criterio	Código	Respuesta	Fuente de datos	Técnica utilizada	Shifter de punto	Observaciones	Recomendaciones
ADA-1-1	Admisión y alta	ADA-1	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-1-1	2	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-1-2	Admisión y alta	ADA-1	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-1-2	1	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-1-3	Admisión y alta	ADA-1	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-1-3	0	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-1-4	Admisión y alta	ADA-1	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-1-4	2	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-1-5	Admisión y alta	ADA-1	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-1-5	0	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-2-1	Admisión y alta	ADA-2	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-2-1	2	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-2-2	Admisión y alta	ADA-2	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-2-2	2	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-2-3	Admisión y alta	ADA-2	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-2-3	0	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-2-4	Admisión y alta	ADA-2	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-2-4	1	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	
ADA-2-5	Admisión y alta	ADA-2	El instituto está capacitado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad, en todas las instancias.	El establecimiento tiene un sistema de registro de usuarios que garantiza la oportunidad y seguridad en el proceso de admisión, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	ADA-2-5	1	SEPA (Sistema Integrado de Planificación y Monitoreo)	Observación directa	Se realizó la observación directa en la sala de admisión y se encontró que el proceso de admisión es oportuno y seguro.	Recomendar al personal de admisión que garantice el proceso de admisión a los usuarios bajo la política de atención, oportunidad y seguridad en todas las instancias.	

REGION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "JISU"
Departamento de Evaluación
Lic. Nancy R. Gil Reyes
JEFE DE DEPARTAMENTO
CEP 43790



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Reconocido: Admisión y alta - ADA
Evaluado por: Lic. Nancy Gil Reyes
Fecha: 28 de octubre de 2021
Servicio Evaluado: Oficina de Epidemiología y Vigilancia / Departamento de Enfermería
Código Estándar: ADA-1 ADA-2 ADA-3

Código Estándar	Reconocido	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente secundaria	Técnica utilizada	Supuesto del Paciente	Observaciones	Recomendaciones
ADA-2-6	Admisión y alta	ADA-2	El Instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA-2-6	Se revisa y analiza el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	ADA-2-6	1	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Observación	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.
ADA-2-7	Admisión y alta	ADA-2	El Instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA-2-7	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	ADA-2-7	2	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Observación	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.
ADA-2-8	Admisión y alta	ADA-2	El Instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA-2-8	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	ADA-2-8	9	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Observación	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.
ADA-2-9	Admisión y alta	ADA-2	El Instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA-2-9	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	ADA-2-9	2	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Observación	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.
ADA-2-10	Admisión y alta	ADA-2	El Instituto brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA-2-10	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	ADA-2-10	2	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Observación	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.	Se revisa el porcentaje de implementación de las y las medidas plan de acción de mejora de la institución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y sus resultados con los apartados.



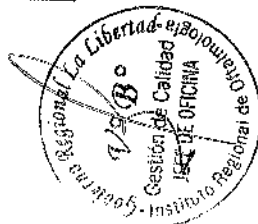
REGION LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "ISU"
Departamento de Enfermería
Lic. Nancy R. Gil Reyes
JEFE DE DEPARTAMENTO
CEP 43796

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Tecnología para la Continuidad de la Atención
Evaluador(es): Lic. Estad. Edwin A. Cuadros Osín
Fecha: 3era semana de Octubre 2021
Servicio Evaluado: Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación Oficina de Epidemiología y Estadística
Código Estándar: TCA-1 TCA-2 TCA-3 TCA-4 TCA-5

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
TCA1-1	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para recibir pacientes y recibir contrareferencias	TCA-1	El instituto cuenta con una Unidad de atención de Seguimiento y Contrareferencias de acuerdo a la norma vigente.	TCA-1-1	2	Oficina de Seguimiento y Contrareferencias	Observación			
TCA1-2	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias	TCA-1	El instituto tiene documentado el proceso de referencia y contrareferencias que realiza de acuerdo a la norma vigente.	TCA-1-2	2	Sistema RECON	Verificación			
TCA1-3	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias	TCA-1	El instituto ha establecido coordinación con otros servicios de atención especializada, con servicios extrahospitalarios locales, regionales y nacionales para garantizar la continuidad de la atención.	TCA-1-3	2	Sistema RECON	Entrevista			
TCA1-4	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias	TCA-1	El instituto ha establecido mecanismos para la continuidad de la atención de los pacientes referidos, hasta que se haya provisto la contrareferencia efectiva.	TCA-1-4	2	Sistema RECON	Observación			
TCA2-1	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA-2	Se ha implementado un sistema de traslado de pacientes de esta complejidad en coordinación crítica las 24 hrs, que incluye un sistema de comunicación y transporte con unidades que corresponden a su especialidad.	TCA-2-1	2		Entrevista		No aplica (No se realizó el traslado de pacientes)	
TCA2-2	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	TCA-2	Cuenta con manual de procedimientos institucional que rige el sistema de comunicación y transporte, el mismo que está difundido e implementado dentro del establecimiento.	TCA-2-2	2	Manual Nacional de Enfermería Contrareferencias-Minuta				

REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA
Lic. Edwin A. Cuadros Osín
JEFE DE OFICINA

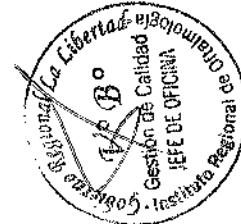


AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Tecnología para la Continuidad de la Atención
Evaluador(es): Lic. Estad. Edwin A. Cuadras Celis
Fecha: 3era semana de Octubre 2021
Servicio Evaluados: Unidad de Información y Comunicación/Oficina de Epidemiología y Estadística
Código Estándar: TCA-1 TCA-2 TCA-3 TCA-4 TCA-5

Código estándar	Macroproceso	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente sustiable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
TCA-3	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El estudio está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los pacientes.	TCA-2	Propone normativas al MINSA para asegurar el traslado oportuno de los pacientes de su especialidad, según nivel de complejidad de origen.	TCA-2-3	2	Atención pacientes ambulatorios	Entrevista		No aplica	
TCA-1	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA-4	El personal responsable de la referencia y contrarreferencia, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y propone acciones para mejorarlo.	TCA-4-1	2	Sistema REFOON	Entrevista		Adecuada, cuenta con Celdas para evaluar condiciones externas	
TCA-2	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA-3	Se analiza y analiza el porcentaje de casos referidos en los que se utilizan los canales y procedimientos establecidos.	TCA-3-2	1	Sistema REFOON	Entrevista			
TCA-3	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA-3	El Instituto establece mecanismos y procedimientos para regular la demanda de pacientes que no corresponden a su nivel de complejidad.	TCA-3-3	2	Sistema REFOON	Entrevista			
TCA-4	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	TCA-3	Se cuantifica la relación entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel as diagnóstico.	TCA-3-4	1	Sistema REFOON	Entrevista			
TCA-1	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El estudio realiza acciones organizativas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA-4	El Instituto tiene implementado uno o más estándares de seguridad y calidad en por lo menos una región.	TCA-4-1	2	Entorno de Telemedicina, Computadora, TV, Teléfono móvil para teleconsultas	Entrevista			
TCA-2	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El estudio realiza acciones organizativas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA-4	El estudio propone al MINSA normas técnicas sanitarias o aplicables en el sistema nacional de salud en el ámbito de su especialidad.	TCA-4-2	0		Entrevista		No se realizó lo propuesto	
TCA-3	Tecnología para la Continuidad de la Atención	El estudio realiza acciones organizativas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad	TCA-4	El estudio ha brindado asistencia técnica directa en las regiones para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención.	TCA-4-3	1	Sistema de Telemedicina	Entrevista			

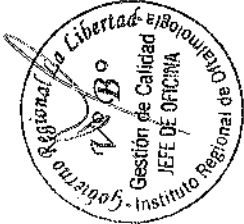
REGIONAL LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
Lic. Edwin A. Cuadras Celis
JEFE DE OFICINA



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Tecnología para la Continuidad de la Atención
Evaluadores): Lic. Estad. Edwin A. Cuadros Carrin
Fecha: 3era semana de Octubre 2021
Servicio Evaluados: Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación Oficina de Epidemiología y Estadística
Código Estándar: TCA-1 TCA-2 TCA-3 TCA-4 TCA-5

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
TCAS-1	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto realiza acciones que permitan la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA-5	El instituto conoce a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud.	TCAS-1	0		Entrevista			
TCAS-2	Tecnología para la Continuidad de la Atención	TCA	El instituto realiza acciones que permitan la formulación, revisión, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad	TCA-5	El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes.	TCAS-2	0		Entrevista			



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Microproces: Gestión de modificaciones
Evaluación: Dr. Gabriel Pérez Bañera
Fecha: 1ra semana de noviembre 2021
Servicio evaluados: Farmacia
Codigo Estándar: GMD-1 GMD-2 GMD-3

[illegible]

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Microproceso: Gestión de medicamentos
Evaluadores: Dr. Gabriel Pérez Balleros
Fecha: 18 de febrero de noviembre 2021
Servicio Evaluador: Farmacia
Código Evaluador: GMD-1 GMD-2 GMD-3

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Forma auditable	Tratamiento aplicable	Justificación del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Resolución
GMD-2-1	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal realiza acciones para garantizar la disponibilidad y el acceso de los medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-1	Los acciones de planificación de medicamentos son realizadas y controladas por la farmacia competente del instituto.	GMD-2-1	2	1. Cuadro de Registro de Efectos Adversos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-2	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal realiza acciones para garantizar la disponibilidad y el acceso de los medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-2	Se reporta las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-2	1	1. Formulario de Registro de Efectos Adversos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-3	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-3	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-3	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-4	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-4	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-4	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-5	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-5	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-5	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-6	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-6	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-6	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-7	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-7	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-7	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-8	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-8	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-8	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-9	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-9	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-9	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-10	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-10	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-10	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-11	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-11	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-11	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-12	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-12	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-12	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-13	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-13	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-13	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-14	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-14	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-14	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	
GMD-2-15	Gestión de medicamentos	GMD-2	El personal vela por la seguridad de la gestión de medicamentos en farmacia y oficina de atención médica y quirófanos.	GMD-2-15	Se realiza el control de los medicamentos y se aplica el protocolo correspondiente para su manejo.	GMD-2-15	2	1. Registro de medicamentos	Observación de documentación	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	Se observó el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el manual de procedimientos.	



REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
Código de Autorización: 150
M.C. Gabriel A. Pérez Balleros
JEFE DE OFICINA

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de la Información
Evaluador(es): Lic. Esid. Edwin A. Cuadros Curi
Fecha: 1era semana de noviembre 2021
Servicio Evaluados: Unidad de Tecnología de la Información y Comunicación/Oficina de Epidemiología y Estadística
Código Estándar: GIN-1 GIN-2 GIN-3

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recordinaciones Responsables
GIN-1-1	Gestión de la información	GIN	El Instituto promueve una gestión integral de la información.	GIN-1	La unidad responsable de la gestión de la información monitoriza la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	GIN-1-1	1		Entrevistas			
GIN-1-2	Gestión de la información	GIN	El Instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN-2	El Instituto tiene definido el mecanismo para la actualización de los datos críticos de la gestión de la información y sus fuentes para la elaboración de productos de mayor calidad de la información.	GIN-2-1	1		Entrevistas			
GIN-2-1	Gestión de la información	GIN	El Instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y la oportunidad de la información.	GIN-2	El Instituto cuenta y utiliza un sistema formal y permanente de gestión de la información (reservación, procesamiento y análisis y evaluación de los recursos).	GIN-2-2	2	Actuación, Man. Responsable de información	Entrevistas			
GIN-2-2	Gestión de la información	GIN	El Instituto promueve la cultura de la "toma de decisiones basada en información".	GIN-3	Se implementan en la organización mecanismos de calidad de la información y actualización.	GIN-3-1	2		Entrevistas			
GIN-3-1	Gestión de la información	GIN	El Instituto promueve la cultura de la "toma de decisiones basada en información".	GIN-3	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	GIN-3-2	1		Entrevistas			
GIN-3-2	Gestión de la información	GIN	El Instituto promueve la cultura de la "toma de decisiones basada en información".	GIN-3	El Instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mayor calidad de la información.	GIN-3-3	2		Entrevistas			
GIN-3-3	Gestión de la información	GIN	El Instituto promueve la cultura de la "toma de decisiones basada en información".	GIN-3	Se analizan sistemáticamente las percepciones del usuario interno (en los niveles estratégico, táctico y operativo) acerca del manejo de la información.	GIN-3-4	0		Entrevistas			



REGION LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA
Lic. Edwin A. Cuadros Curi
JEFE DE OFICINA

AUTOEVALUACIÓN - Instituto Regional de Oftalmología

Manejadores: Documentación, Impresión, descripción, asistió:
Firma: Lic. Henry González Sotomayor
Firma: Lic. Henry González Sotomayor
Servicio Basculador, Control de Evaluación, Evaluación, SGP
Código Estándar: DUE-1, DUE-2, DUE-3, DUE-4

Código Estándar	Manejadores	Objetivo	Código	Objetivo	Código	Respuesta	Plantea acciones	Trámites realizados	Quitar el Puntaje	Observaciones	Recomendaciones
DUE-1	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-1	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-1	2		NA, AP, IP			
DUE-2	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-2	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-2	2		NA, AP, IP			
DUE-3	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-3	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-3	2		NA, AP, IP			
DUE-4	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-4	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-4	2		NA, AP, IP			
DUE-5	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-5	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-5	2		NA, AP, IP			
DUE-6	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-6	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-6	2		NA, AP, IP			
DUE-7	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-7	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-7	2		NA, AP, IP			
DUE-8	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-8	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-8	2		NA, AP, IP			
DUE-9	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-9	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-9	2		NA, AP, IP			
DUE-10	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-10	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-10	2		NA, AP, IP			
DUE-11	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-11	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-11	2		NA, AP, IP			
DUE-12	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-12	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-12	2		NA, AP, IP			
DUE-13	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-13	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-13	2		NA, AP, IP			
DUE-14	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-14	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-14	2		NA, AP, IP			
DUE-15	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-15	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-15	2		NA, AP, IP			
DUE-16	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-16	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-16	2		NA, AP, IP			
DUE-17	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-17	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-17	2		NA, AP, IP			
DUE-18	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-18	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-18	2		NA, AP, IP			
DUE-19	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-19	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-19	2		NA, AP, IP			
DUE-20	Documentación, Impresión, descripción, asistió	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-20	Se realiza el proceso de impresión y tratamiento de datos de una vez de manera planificada y oportuna con el personal de la institución.	DUE-20	2		NA, AP, IP			

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
AUTORIDAD REGULADORA DEL SECTOR
Lic. Henry L. González Sotomayor
Jefe de Departamento

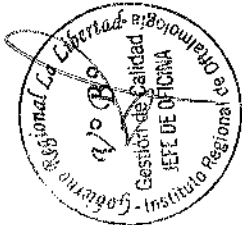


AUTOEVALUACIÓN - Instituto Regional de Oftalmología

Macroproceso: Detección/inscripción, inspección, clasificación, derivación
Evaluador(es): Lic. Mery González Serrano
Fecha: 1era semana de noviembre 2021
Servicio Evaluado: Centro de Especialidad - Oftalmología - SOP
Código Estándar: DLDE-1, DLDE-2, DLDE-3, DLDE-4

Código criterio	Referencia	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Punto audible	Técnica utilizada	Sistema del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responstante
DLDE-1	Descripción Impresión con inspección, derivación	DLDE	Se realiza la impresión de las inspecciones del Estado de acuerdo con normas específicas.	DLDE-4	El Instituto realiza procedimientos de evaluación de acuerdo a norma.	DLDE-7	2	Documentos que apoyen el proceso de Evaluación	Revisión de documentos / Observación / entrevista		Excepcional por el servicio de atención	

REGIÓN LA LIBERTAD
INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN Y CALIDAD
REGISTRACIÓN DE LA CALIDAD
LIC. MARY GONZÁLEZ SERRANO
JEFE DE DEPARTAMENTO
C.R. 28000

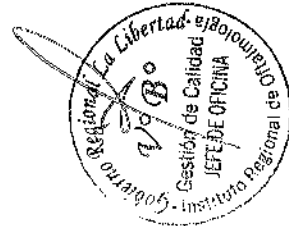


AUTOEVALUACIÓN

Macroproceso:
 Evaluadores:
 Fecha:
 Servicio Evaluador:
 Código Evaluador:

Manejo del riesgo social
 MRS-1, MRS-2

Código o etiqueta	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendación es Remonstrable	Puntaje
MRS1-1	Manejo del riesgo social	MRS	El estándar está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS-1	El Instituto cuenta con un sistema único de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o los 24 horas del día según corresponda.	MRS-1	1	Fichas de evaluación socioeconómica	Entrevista / Observación	No cuenta con un sistema de evaluación socioeconómica / No tiene RD	Evaluaciones a través de formularios en papel	Creación de un aplicativo para evaluación socioeconómica / Elaborar Manual Responsable	2
MRS1-2	Manejo del riesgo social	MRS	El estándar está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS-1	El Instituto programa y realiza mensualmente artículos de evaluación socioeconómica.	MRS-1	2	Artículos de control de calidad de registro	Entrevista / Observación	Realiza sistema sobre los resultados de calidad de registro	Asistencia social	Asistencia sobre los resultados de calidad de registro	2
MRS1-3	Manejo del riesgo social	MRS	El Instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS-1	El servicio social cuenta con servicios de Internet para realizar copias de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	MRS-1	2	Acceso al Internet y ESSALUD y RENIEC	Entrevista / Observación	Cuenta con Internet	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	2
MRS1-4	Manejo del riesgo social	MRS	El estándar está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS-1	El Instituto realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de manera oportuna, organizada, apoyo logístico y capacitación.	MRS-1	3	Fichas de evaluación socioeconómica	Entrevista / Observación	Realiza el dato de evaluación socioeconómica de los usuarios de forma oportuna, organizada, apoyo logístico y capacitación.	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	2
MRS2-1	Manejo del riesgo social	MRS	El Instituto destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	MRS-2	El Instituto cuenta con presupuesto para la atención de la población pobre y en extrema pobreza.	MRS-2	1	FUAS / Presupuesto Institucional	Entrevista / Observación	Cumple con presupuesto institucional	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	2
MRS2-2	Manejo del riesgo social	MRS	El Instituto destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	MRS-2	Las reglas del establecimiento de MRS-2 están en armonía con los lineamientos de política técnica del MINSA.	MRS-2	2	Página web	Entrevista / Observación	Cumple con información de sistema de administración	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	Integración al sistema de información de ESSALUD y RENIEC	2
TOTAL MRS=													8



REGIÓN LA LIBERTAD
 INSTITUTO REGIONAL DE OTOLINGÜICA
 DEPARTAMENTO DE MANEJO DEL RIESGO SOCIAL
 LIC. MARY L. GARCÍA SANCHEZ
 JEFE DE OFICINA
 CEP 28900

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

Manejo de nutrición de pacientes

NO APLICA

Código Criterio	Maneja el proceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Puntuación	Técnica utilizada	Subtítulo del punto	Observaciones	Responsable
MNP-1	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-1	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de MNP-1 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-1-1	2				No aplica	
MNP-2	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-2	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el turno día.	MNP-2-1	2				No aplica	
MNP-3	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-3	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-3	Se han documentado y se utilizan formatos para registrar los datos de las dietas y los servicios.	MNP-3-1	2				No aplica	
MNP-4	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-4	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-4	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-4 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-4-1	2				No aplica	
MNP-5	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-5	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-5	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-5 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-5-1	2				No aplica	
MNP-6	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-6	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-6	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-6 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-6-1	2				No aplica	
MNP-7	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-7	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-7	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-7 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-7-1	2				No aplica	
MNP-8	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-8	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-8	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-8 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-8-1	2				No aplica	
MNP-9	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-9	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-9	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-9 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-9-1	2				No aplica	
MNP-10	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-10	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-10	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-10 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-10-1	2				No aplica	
MNP-11	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-11	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-11	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-11 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-11-1	2				No aplica	
MNP-12	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-12	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-12	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-12 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-12-1	2				No aplica	
MNP-13	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-13	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-13	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-13 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-13-1	2				No aplica	
MNP-14	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-14	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-14	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-14 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-14-1	2				No aplica	
MNP-15	Manejo de nutrición de pacientes	MNP-15	El paciente está evaluado para recibir servicios de nutrición y dietética, según normativas vigentes.	MNP-15	El paciente cuenta con un manual actualizado de MNP-15 en la sala de procedimientos de nutrición y dietética.	MNP-15-1	2				No aplica	



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso:
Evaluaciones:
Fecha:
Servicio Evaluado:
Código Estándar:

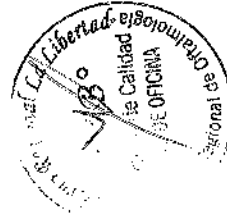
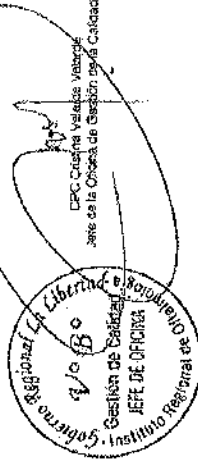
Manejo de nutrición de pacientes

MINP-1, MINP-2

NO APLICA

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuesta	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sistema del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsables
MINP-1	Manejo de nutrición de pacientes	MINP	Los requerimientos de los servicios nutricionales MINP-2 consultan con los médicos de los pacientes y se prescriben médica	MINP-2	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos del MINP-2 los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	2					No aplica	

* No se debe realizar otras actividades no relacionadas con resultados nutricionales solo para operatoria.



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Macroproceso: Gestión de insumos y materiales
Evaluador(es): Dr. Yuri Carbajal Jara
Fecha: 1era semana de noviembre 2021
Servicio Evaluado: Oficina de Administración y Unidad de Logística
Código Estándar: GIM-1, GIM-2

Código criterio	Macroproceso	Código	Estándar	Código	Criterio	Código	Respuestas	Prueba auditada	Técnica utilizada	Sustento en Prompts	Observaciones	Recomendaciones
GIM-1	Gestión de insumos y materiales	GIM	Se tiene definido los procedimientos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM-1	Se cuenta con flujos de acción para permitir el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	GIM-1-1	2	Formas CQDE	Verificación documental			
GIM-2	Gestión de insumos y materiales	GIM	Se tiene definido los procedimientos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM-1	El hospital cuenta con plan anual de necesidades de insumos y materiales por servicios amparado en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos, respaldados por el plan anual de compras y presupuesto de insumos y materiales.	GIM-1-2	2	Cuadro de Necesidades SIGA y PAC	Verificación documental			
GIM-3	Gestión de insumos y materiales	GIM	Se tiene definido los procedimientos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM-1	Se tienen evaluaciones y se aplican medidas de control en la adquisición de insumos y materiales para el proceso de adquisición correcta.	GIM-1-3	2	Ordenes de Compra de los equipos de promoción (POT)	Verificación documental			
GIM-4	Gestión de insumos y materiales	GIM	Se tiene definido los procedimientos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM-1	Se tiene control y se controla los procedimientos para el control de calidad de insumos y materiales en el área de almacenamiento.	GIM-1-4	0				Se debe de establecer un procedimiento de control de calidad.	
GIM-5	Gestión de insumos y materiales	GIM	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM-2	Se realiza el requerimiento de insumos y materiales de acuerdo al presupuesto del plan anual de adquisiciones y se realiza los procedimientos.	GIM-2-1	2	Cuadro de Necesidades SIGA y PAC	Verificación documental			
GIM-6	Gestión de insumos y materiales	GIM	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM-2	En el hospital se realiza a todo los procesos de adquisición según los procedimientos establecidos.	GIM-2-2	2	PAC CQDE web	Verificación documental			
GIM-7	Gestión de insumos y materiales	GIM	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM-2	Se cuenta con el presupuesto de insumos y materiales mensuales de acuerdo con una programación.	GIM-2-3	2	Registro de compras y presupuesto de insumos y materiales	Verificación documental			
GIM-8	Gestión de insumos y materiales	GIM	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM-2	Se realiza la compra de los insumos en el proceso de adquisición de insumos y materiales.	GIM-2-4	2	Compras electrónicas	Verificación documental			

REGIÓN LA LIBERTAD
Instituto Regional de Oftalmología "IRO"
Dirección de Gestión de Diagnóstico y Tratamiento
Yuri Ramón Carbajal Jara
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 35591 R.N.E. 29893



AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

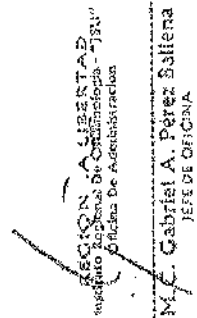
Mecroprocesador: Gestión de equipos e infraestructura
 Evaluador(es): Dr. Claudio Pérez Ballón
 Fecha: 28 de febrero de octubre del 2021
 Servicio Evaluador: Centro de Verificación Unidades de Logística Unidad de Etapa
 Código Evaluador: GEF-4 GEF-2

Código	Macroproceso	Código	Exponer	Código	Contenido	Código	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión
GEF-4	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-4	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-4	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-4	1	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-5	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-5	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-5	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-5	1	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-6	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-6	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-6	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-6	2	NO APLICA	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-7	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-7	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-7	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-7	1	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-8	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-8	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-8	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-8	1	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-9	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-9	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-9	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-9	2	SIGLA PATRIMONIO	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-10	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-10	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-10	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-10	2	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-11	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-11	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-11	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-11	2	NO APLICA	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-12	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-12	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-12	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-12	1	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-13	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-13	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-13	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-13	2	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental
GEF-14	Gestión de equipos e infraestructura	GEF-14	El personal cuenta con recursos humanos capacitados y actualizados para el desarrollo de actividades relacionadas a la gestión de equipos e infraestructura.	GEF-14	El personal cuenta con un plan de capacitación y actualización de conocimientos en el área de gestión de equipos e infraestructura.	GEF-14	2	Plan de capacitación	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental	Verificación documental

AUTOEVALUACIÓN - INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

Administración: Gestión de edificios e infraestructura
Evaluador(es): Dr. Gabriel Pérez Salena
Fecha: 3era semana de octubre del 2021
Servicio Evaluado: Oficina de Administración, Unidad de Logística Unidad de Economía
Código Estándar: GEF-1 GEF-2

Código	Indicador	Objetivo	Código	Objetivo	Código	Requisito	Elemento evaluado	Técnica utilizada	Resultado del Evaluación	Observaciones	Recomendaciones Responsable
GEF-1-3	Gestión de edificios e infraestructura	GEF-1-3	El instituto cuenta con información y forma adecuada para el personal en la gestión de edificios e infraestructura en buen estado y disponibilidad.	GEF-1-3	Se asegura el personal de edificios e infraestructura en buen estado y disponibilidad.	GEF-1-3	2	Verificación documental			
GEF-1-4	Gestión de edificios e infraestructura	GEF-1-4	El instituto cuenta con información y forma adecuada para el personal en la gestión de edificios e infraestructura en buen estado y disponibilidad.	GEF-1-4	Se asegura el personal de edificios e infraestructura en buen estado y disponibilidad.	GEF-1-4	2	Verificación documental			


M.C. Gabriel A. Pérez Salena
 JEFE DE OFICINA

