



# DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS



# PLAN ANUAL DE SUPERVISIÓN INTEGRAL 2010



## INDICE

	<b>Pag</b>
• Introducción	3
• Base Legal, Finalidad, Objetivos y Productos Esperado	4
• Estrategias y Conformación de Equipos de Supervisión	5 – 6
• Técnicas de supervisión	7
• Instrumentos de supervisión integral	7
• Funciones de los supervisores	7
• Características y Pasos de la supervisión	8
• Proceso de Supervisión y Pasos de la Identificación de Problemas	9 – 11
• Recursos a utilizar	12
• Presupuesto	13 -14
• Recomendaciones y Conclusiones	15
• Cronograma de supervisiones integrales a nivel de DIRESA, Redes, Hospitales y ACLAS	16 -20
• ANEXOS	21 AL 112
• Informe Técnico de Supervisión Integral (Formato N° 1)	
• Matriz de Decisiones de Problemas (Formato N° 2: )	
• Matriz de Solución de Problemas (Formato N° 3 )	
• Informe técnico para el seguimiento y monitoreo de la supervisión integral (Formato N° 4 )	
• Matriz de Seguimiento de Solución de Problemas (Formato N° 5)	
• Guía de Supervisión Integral a nivel de DIRESA CALLAO y Redes de Salud ( Anexo N° 1)	
• Guía de Supervisión Aplicada a la ACLAS (Anexo N° 2)	
• Guía de Supervisión Integral a nivel de Hospitales (Anexo N° 3)	



## AÑO 2010

### I. INTRODUCCIÓN

En la DIRESA CALLAO la gestión de los Establecimientos de Salud está orientada a lograr la satisfacción del usuario, brindando atención integral de salud a la persona, a la familia y la comunidad de acuerdo al nuevo modelo de atención de salud, gestión, prestación, financiamiento y promoción de la salud, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de las atenciones y la gestión de los establecimientos de salud.

En tal sentido, la Supervisión es una herramienta de gestión clave para avanzar hacia la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud, en forma ordenada y sistemática que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario externo,

El Plan Anual de Supervisión ha considerado necesario lo siguiente:

- Planificar, organizar, asistir técnicamente y ejercer control en sus áreas de competencia.
- Conducir la gestión sanitaria a través de políticas sectoriales y de las metas de desarrollo institucional establecidas en el plan estratégico de la DIRESA CALLAO
- Asumir la responsabilidad de la calidad, equidad y eficiencia de la Atención Integral de Salud a nivel regional

El propósito de la supervisión es mejorar la calidad del trabajo que se realiza e incrementar su efectividad, ayuda a obtener los resultados previstos en el plan operativo institucional al detectar a tiempo los problemas en su ejecución. Esencialmente es una función gerencial que consiste en un conjunto de actividades destinadas a :

- Observar el cumplimiento de las tareas asignadas
- Efectuar control de la utilización de los recursos
- Ayudar al equipo multidisciplinario de salud a planificar, ejecutar y evaluar su trabajo
- Proporcionar asesoría técnica a las unidades específicas, así como en las áreas de administración general orientada a la satisfacción del usuario de los servicios de salud.
- Motivar al personal, evaluar su desempeño y fortalecer sus capacidades, destrezas y habilidades en servicio.
- Proponer en forma conjunta las correcciones requeridas y verificar su cumplimiento.

La supervisión se realizará usando los recursos propios de la institución y/o nivel central, los sistemas de información y la calidad técnica de nuestros recursos humanos, con un enfoque de enseñanza /aprendizaje donde el equipo local se desarrolle y fortalezca y permitirán conocer la presencia de debilidades en el área administrativa y asistencial.

La supervisión ayudará al equipo local a analizar sus problemas de ejecución, a plantear las soluciones pertinentes y tomar las decisiones en forma participativa.

Para la ejecución de estas supervisiones se cuentan con herramientas de supervisión como un Plan de Supervisión, Guía de Supervisión, diálogo fluido con el usuario del servicio, la participación activa de los trabajadores operativos. De esta manera se sentará las bases para la sostenibilidad de la supervisión de los servicios de salud.



El avance logrado se demuestra por los resultados de los indicadores logrados, así como el lugar alcanzado por la DIRESA CALLAO en las evaluaciones realizadas a nivel central.

## BASE LEGAL

- Ley 26642 Ley General de Salud
- Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Le N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- RM N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- RM N° 474-2005/MINSA, "Norma Técnica N° 029-MINSA DGSP V.01 Norma Técnica de Auditoria de Calidad de Atención en Salud"
- R.M N° 672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 158 – MINSA/DGSP–V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud
- R.M. N° 876-2009/MINSA, "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud"

## II. FINALIDAD

Enmarcarse en el contexto de la garantía de calidad como un proceso constante destinado a transferir y/o fortalecer capacidades al personal de salud en los diferentes niveles de atención y en el ámbito de la comunidad con el propósito de mejorar la gestión de sus servicios para brindar una atención de calidad que satisfaga las necesidades del usuario.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Garantizar el cumplimiento de las políticas sectoriales, intervenciones sanitarias establecidas y detectar a tiempo los problemas que nos impidan llegar al resultado esperado a través de soluciones adecuadas, oportunas que garanticen una atención integral de Salud.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar los procesos gerenciales y técnicos relacionados a la prestación de servicios
- Fortalecer los conocimientos, actitudes y habilidades del personal de salud para mejorar el desempeño de sus labores y brindar asistencia técnica.
- Fortalecer las actividades de gestión, atención integral y estrategias.
- Realizar esfuerzos conjuntos para la satisfacción del usuario externo e interno
- Reforzar el manejo adecuado administrativo, legal y contable en la ACLAS Forjando Salud

## IV. PRODUCTOS ESPERADOS

- Redes, Microredes y Establecimientos de Salud fortalecidas con estrategias para el desarrollo de la gestión y cumplimiento de su Plan Operativo Institucional, Plan Estratégico y Lineamientos de Política del Sector.
- Informes de supervisión con acta de compromisos de cada Red y/o Microrredes de Salud, lo que facilitará determinar su necesidad de asistencia técnica y seguimiento respectivo en los plazos establecidos.



## ESTRATEGIAS

Una vez definido el objetivo, se hace imperativo delinear y fijar las estrategias más adecuadas, prácticas y realistas, resumiéndose en los siguientes parámetros:

El proceso de supervisión será de enseñanza -aprendizaje, y capacitación en servicio

- Brindar solución a los problemas críticos para ahorrar esfuerzos y optimizar tiempos
- Evaluar periódicamente las supervisiones realizadas y dar a conocer a los Establecimientos de Salud.
- Consolidar el mejoramiento continuo de los procesos que realizan los servicios.
- Promover trabajo en equipo multidisciplinario.

## V. ORGANIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN

### 4.1 ORGANIZACIÓN:

La DIRESA CALLAO, con el afán de mejorar las supervisiones ha desarrollado con el apoyo del nivel central; la capacitación y correspondiente certificación para la aplicación de la Norma Técnica de Supervisión Integral – NT N° 035-MINSA/DGSP y la R.M N° 672-2009/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 158 – MINSA/DGSP–V.01 “Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud, para su adecuada utilización en los Establecimientos de Salud de la Red de Servicios

Dentro de la supervisión se procederá a analizar los resultados cuali y cuantitativos.

Se supervisará el cumplimiento de las actividades, indicadores, así como las dificultades que comprometen la ejecución de los compromisos de gestión.

Se ha considerado necesario formar 06 equipos de supervisión (03 equipos a nivel de la Sede Central de la Dirección Regional de Salud del Callao, 01 equipo a nivel de cada una de las 03 Redes, los mismos que estarán cumpliendo bajo su responsabilidad el cronograma de supervisiones integrales. Cada equipo estará conformado por supervisores certificados.

Es así que a partir del mes de Febrero hasta el mes de Noviembre 2010 **en la DIRESA CALLAO la supervisión estará conformado por los siguientes niveles:**

- **A NIVEL DE DIRECCION REGIONAL DE SALUD.**

El equipo supervisor a este nivel estará integrado por miembros de la Dirección de Atención Integral de Salud, Unidad de Seguros, y otras Direcciones y/o Áreas concedores del trabajo en cada nivel.

Se ha conformado 03 equipos de supervisión constituido por:

- ✓ **Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud**
- ✓ **Unidad de Seguro Integral de Salud**
- ✓ **Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y**
- ✓ **Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística**



Asimismo cabe indicar que en las supervisiones trimestrales que realiza la Diresa Callao a la ACLAS Forjando Salud participarán las siguientes Direcciones y/u Oficinas

- ✓ Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
- ✓ Dirección de Servicios de Salud
- ✓ Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud
- ✓ Asesoría Jurídica
- ✓ Dirección de Economía

• **A NIVEL DE REDES DE SALUD.**

Las supervisiones integrales a nivel de Redes de Salud estará integrado por personal asistencial y administrativo que han sido certificados.

Dicho equipo de supervisión en este nivel está constituido por:

- ✓ **01 Médico asistente**
- ✓ **01 Profesionales (enfermera, obstetra, cirujano dentista etc.)**
- ✓ **01 Personal administrativo**

Es preciso indicar que en caso de no encontrarse alguno de los profesionales indicados, se delegará la responsabilidad y autoridad al que corresponda según niveles jerárquicos.

• **A NIVEL DE HOSPITALES**

El equipo supervisor en este nivel estará integrado por las siguientes direcciones de la Diresa Callao.

- ✓ Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
- ✓ Dirección de Servicios de Salud
- ✓ Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud
- ✓ Oficina de Epidemiología
- ✓ Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas
- ✓ Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
- ✓ Oficina de Estadística, Telecomunicaciones e Informática

**FRECUENCIA DE LAS SUPERVISIONES.**

La supervisión integral del nivel de Diresa a las Redes es anual (01 sola vez al año), de la Diresa a Microrredes de Salud es 2 veces al año (con variabilidad entre una y otra visita de 3 a 6 meses).

Las visitas de supervisión integral de la Red a Microrredes de Salud es variable y su frecuencia de visita varía de una a tres visitas al año

Las supervisiones se realizarán en forma mensual tanto a nivel de Diresa a Redes como a nivel de Redes a Microrredes y/o Establecimientos de Salud.

**DIAS NECESARIAS PARA LA SUPERVISION**

A nivel de Diresa a Redes, y Microrredes, se tendrá en cuenta como promedio 4 días de Supervisión de acuerdo al lugar (Ejem, Ventanilla y Bonilla – La Punta), lo mismo sucede con las Supervisiones que se efectúan a nivel de Redes a Establecimientos de Salud, en este caso se considera de 03 días como promedio dependiendo del número de Centros de Salud que cuenta una Microred de Salud.

**TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN.**



El supervisor deberá tener en cuenta las técnicas principales para llevar a cabo con efectividad una supervisión integral, que garantice la búsqueda de los resultados y la solución de los problemas encontrados. Estas técnicas a emplearse son las siguientes:

**Observación Directa.**- Permite observar la calidad del proceso y facilita la capacitación y retro alimentación.

**La Entrevista.**- Ayuda a solucionar problemas interpersonales y de otra clase y, requiere privacidad facilitando el intercambio de ideas y actitudes. Es el momento oportuno para estimular al personal.

**Investigación Documentaria.**- es la recolección y estudio preliminar de los planes, programas y otros documentos, con la finalidad de tener una descripción general y completa de la realidad ó situación problemática. Nos ayuda a determinar las áreas críticas de la situación analizada y establecer criterios para el planeamiento, ejecución y evaluación de la supervisión.

**Reuniones de Problematización.**- son agrupaciones de personas en un lugar y tiempo determinado, para lograr objetivos previamente establecidos. Sirve para identificar los problemas y priorizar la solución de acuerdo a criterios establecidos.

## **INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN**

Los instrumentos a emplearse durante la supervisión para lograr una mayor efectividad en la operatividad y gestión del supervisor, son los siguientes:

El Plan de Supervisión Integral  
La Guía de Supervisión Integral.  
Documentos de gestión:(Manual de Procedimiento, Manual del Supervisor, Normas, Directivas, MOF, ROF, Planes, y otros).  
Guías de Protocolos  
Reportes anteriores e informes

## **PERFIL DEL SUPERVISOR**

Los supervisores son profesionales de la salud con experiencia en gestión, prestación, financiamiento de servicios de salud y en Promoción (información, educación y comunicación en salud), que deberán cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Experto en el área a supervisar.
- ✓ Capacidad docente, ser facilitador.
- ✓ Conocer y aplicar adecuadamente las técnicas para la supervisión.
- ✓ Capacidad para identificar las necesidades de capacitación.
- ✓ Tener capacidad de Análisis.
- ✓ Alta capacidad de comunicación e interrelación.
- ✓ Alto nivel de receptividad.
- ✓ Capacidad de trabajo en equipo.
- ✓ Capaz de realizar consejería.
- ✓ Tener conocimientos sobre Información, Educación y Comunicación.

## **RESPONSABILIDADES O FUNCIONES DEL SUPERVISOR**

Entre las cuales podemos señalar:

- Utilizar los informes de evaluaciones y resultados de supervisiones anteriores.
- Comunicar y verificar la comprensión de Normas. (Documentos Normativos)



- Vigilar el desempeño a través de la verificación del cumplimiento de normas. (protocolo-guía)
- Identificar los problemas y analizar las causas que lo originan
- Proponer soluciones viables.
- Impartir Capacitación en servicio.
- Seguimiento periódico de acuerdos, y recomendaciones de las supervisiones anteriores.
- Motivar y comprometer a nivel gerencial la implementación de soluciones que permitan resolver los Problemas.
- Facilitar la toma de decisiones sobre medidas de desarrollo y/o correctivas.
- Facilitar la implementación de los acuerdos y recomendaciones como resultado de la supervisión.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA SUPERVISIÓN**

La supervisión efectuada se caracteriza por ser integral, horizontal, equitativa, práctica, participativa y planificada; orientada a ser evaluada permanentemente, tomándose en cuenta los objetivos, las actividades programadas y ejecutadas y las necesidades de capacitación del personal.

### **PASOS DE LA SUPERVISIÓN**

- ✓ Reunión de trabajo con el equipo de gestión local: Se explica el motivo de la supervisión y se solicita la información según las áreas a supervisar, hojas HIS - MIS, libros, formatos de programas, informes de los sistemas administrativos y otros.
- ✓ Revisión y análisis de la información: producción del establecimiento, Indicadores de Acuerdos de Gestión, manejo administrativo, promoción de la salud, aprovechando la oportunidad para socializar y reforzar los aspectos conceptuales de los supervisados.
- ✓ Revisión y análisis de la Sala Situacional del establecimiento de salud.
- ✓ Observar y verificar: la organización e imagen institucional, la infraestructura y las medidas de Bioseguridad.

Monitorea y verifica los diferentes ambientes donde se realizan las diversas actividades a supervisar en relación a:

- ✓ ORGANIZACIÓN
- ✓ PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO (CAJA)
- ✓ Producción del establecimiento
- ✓ Monitoreo de áreas por ciclos de vida.
- ✓ Bioseguridad
- ✓ SIS, SISMED
- ✓ Sistema de información del establecimiento
- ✓ Sistema Administrativo: Logística, Personal, Contabilidad.
- ✓ Infraestructura
- ✓ Satisfacción del usuario interno y externo. (calidad)

Reunión final de trabajo con el personal Supervisado: se hará un resumen de todo lo supervisado y se procederá a las conclusiones y recomendaciones, dando plazos y responsables.

### **PROCESO DE SUPERVISIÓN**

La supervisión en el presente plan comprende tres etapas.



## **ETAPA I: ANTES DE LA SUPERVISIÓN**

Esta etapa, tiene por objetivo conocer las fortalezas y debilidades del equipo de salud con el que se va a trabajar, a fin de orientar y hacer de la supervisión un proceso de enseñanza y aprendizaje, por lo que se considera que las actividades a realizarse en este momento con el equipo supervisor, deben estar dirigidas a la organización y al conocimiento de la situación de salud del ámbito a visitar.

En esta etapa las actividades a realizar son:

- Conformación de Equipos Supervisores
- Definición de los instrumentos por niveles
- Recolección de información de la instancia que se va a supervisar
- Análisis de la documentación recolectada
- Reunión de homogenización de criterios con el equipo supervisor
- Coordinación con la instancia respectiva a supervisar, a fin de garantizar la presencia el equipo de gestión y técnico durante la visita.
- Elaboración del plan de visita de supervisión, considerando antecedentes, objetivos, equipos, actividades, cronograma de trabajo y apoyo logístico.

## **ETAPA II: DURANTE LA SUPERVISIÓN**

Esta etapa tiene por objetivo, realizar la supervisión de los aspectos técnico administrativo y sanitarios del nivel de DIRESA a Redes, Microrredes y Establecimientos así como a nivel de Redes de Salud a Establecimientos de Salud, que incluye una serie de actividades que van a permitir analizar los procesos de gestión sanitaria, gestión financiera, logística, sistemas de información y organización en la presentación de servicios.

Todo ello nos lleva a la identificación de problemas, encontrar las posibles soluciones a dichos problemas y capacitar al personal para mejorar su desempeño.

En esta etapa las actividades a realizar serán de acuerdo al nivel de supervisión que se encuentran, siendo éstas:

- Reunión con el/la Director (a) de Red / Hospital y/o Médicos Jefes de Redes y de Microrredes de salud según sea el caso con su equipo de gestión, para revisar el plan de visita y revisar las metas y objetivos de la misma. Se puede modificar o añadir algunos objetivos o actividades.
- Ejecución de la supervisión.
- Reunión con el equipo técnico de gestión, para el análisis y propuestas de solución de problemas identificados.

### **PROBLEMATIZACION:**

Luego de supervisar las diferentes áreas y actividades, se sugiere una reunión con todo el personal para discutir los puntos fuertes y débiles, privilegiando la identificación de los problemas de cada área y las soluciones a corto y largo plazo.

Asimismo, el equipo buscará formular objetivos, identificar y analizar los problemas y las soluciones posibles, además de intercambiar experiencias de trabajo.

### **PASOS DE LA PROBLEMATIZACIÓN:**

- ✓ **Primer paso:**



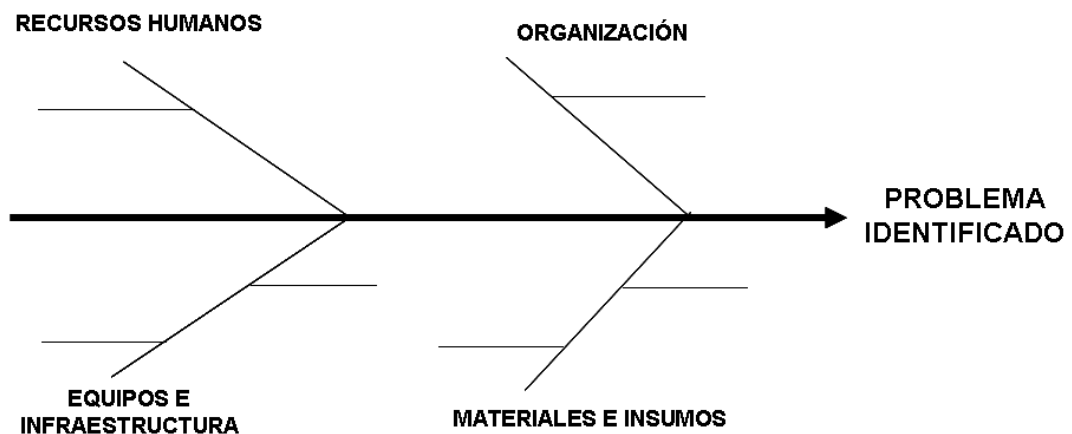
Identificación de problemas de desempeño y de las áreas donde se ubican los mismos.

El problema es la diferencia entre la situación actual y la situación deseada.

Los problemas identificados deben salir como resultado de la aplicación de los instrumentos y la ejecución de la supervisión.

Basándose en el análisis de los problemas priorizados, el equipo de trabajo debe plantear soluciones estableciendo los niveles de responsabilidad.

### DIAGRAMA CAUSA – EFECTO



Esta **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**, se debe iniciar con la priorización sanitaria, los mismos que se encuentran incluidos en el Plan Operativo Institucional para el presente año; a fin de determinar la focalización de la actividad; y su realización está basada de acuerdo a la información del ASIS para identificar zonas vulnerables, como es el caso del distrito de Ventanilla.

Estos principales problemas son:

#### SANITARIOS

1. Alta morbilidad por problemas respiratorios ( Red Ventanilla – Red Bonilla)
2. Alta prevalencia de enfermedades infecciosas intestinales (Red Ventanilla – Red Bonilla)
3. Conductas sexuales de riesgo y embarazo en adolescentes ( Red Ventanilla)
4. Incremento del número de casos multidrogoresistente MDR-s y XRD-I (Red Bonilla)
5. Incremento de enfermedades de la cavidad bucal (Redes Ventanilla, BEPECA y Bonilla)
6. Anemias nutricionales (Red Bonilla / Red Ventanilla)
  
7. Incremento de infecciones de transmisión sexual (Red Ventanilla- Red Bonilla)
8. Violencias intrafamiliar, depresión y suicidio (Red Bonilla)
9. Estilos de vida no saludables :drogas, alcoholismo, pandillaje, etc (Red Bonilla)



## 10. Alta mortalidad por accidentes de tránsito (Red Bepeca)

### GESTIÓN

- Débil sistema de referencia y contrareferencia
- Venta de medicamentos adulterados en los establecimientos farmacéuticos
- Poco uso de documentos de gestión

### INVERSIÓN

- Infraestructura sanitaria sin criterios técnicos
- Tecnología limitada y equipamiento deficiente

#### ✓ Segundo paso:

**Definición operativa del problema, implica descubrirlo, establecer sus límites.  
Selección y Priorización de los Problemas.**

Generalmente, la problemática identificada suele ser múltiple y amplia, por lo que es necesario priorizar los problemas sobre los cuales se va a intervenir para obtener resultados inmediatos y resolver los más urgentes.

Para este proceso, sugerimos utilizar la **MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS (formato 2)**, que permite priorizar a través de la aplicación de una escala de valores de problemas.

#### ✓ Tercer paso:

##### a) Análisis y estudio del problema ,

Permite identificar las causas principales.

Una vez priorizado el problema se le debe analizar a fin de elegir la solución adecuada (formato 2)

**b) Para realizar el análisis se utiliza el diagrama de causa - efecto, árbol de problemas, que permite analizar todas las causas posibles.**

#### ✓ Cuarto paso:

##### Planteamiento de soluciones viables

Basándose en el análisis de los problemas priorizados con el personal de salud, el equipo de trabajo debe plantear soluciones estableciendo claramente los niveles de responsabilidad y resolución de los problemas.

Para ello utilizamos la **MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (FORMATO 3)**

#### ✓ Quinto paso:

Implementación y evaluación de las actividades propuestas implica desarrollar la **MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO(FORMATO 4 Y 5).**

Firma de acta de compromiso, se realizará con el equipo supervisor y el Médico jefe del establecimiento de salud supervisado.

### ETAPA III : DESPUÉS DE LA SUPERVISIÓN



Esta etapa tiene por objetivo realizar el informe de la visita de supervisión, que contenga un conjunto de elementos, a través de los cuales se realice también el seguimiento de los acuerdos y compromisos de mejora, establecidos con la entidad supervisada.

En esta etapa las actividades a realizar son:

1. Elaboración del informe de la visita realizada, señalando logros, puntos críticos, problemas y alternativas de solución sugeridos y propuestos durante la supervisión. Dicho informe se presentará en copias según la siguiente distribución:
  - Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
  - Dirección Hospital supervisado
  - Dirección de la Red, jefatura de Microrred y/o establecimiento de salud supervisado
2. Seguimiento de acuerdos y compromisos para garantizar que los cambios sugeridos durante la visita sean reforzadas con actividades de capacitación y apoyo,

ETAPAS	INSTRUMENTOS
ANTES DE LA SUPERVISION	PLAN DE SUPERVISION
DURANTE LA SUPERVISION EJECUCION	GUIA DE SUPERVISION
DESPUES DE LA SUPERVISION INFORMES	INFORME FINAL DE LA SUPERVISION

#### RECURSOS A UTILIZAR

**Recursos Humanos:** Profesionales de Salud (médicos, enfermeras, obstétricas y otros profesionales)

**Instrumentos de Supervisión:** Guía Integral de supervisión, Reportes anteriores, manuales, informes, protocolos, fichas, particularmente para la ACLAS Forjando Salud además podrá usar el formato de Variables para alcanzar logros por principales componentes en los CLAS (Ver anexo 4)

**Los materiales de escritorio e insumos:** Tableros, Bolígrafos, Fólderes, Cámara Fotográfica, etc

**Movilidad.**

#### VI. INFORMACIÓN.-

Una vez terminada la supervisión integral de cada establecimiento programada dentro del mes se sostendrá una reunión con el Equipo de Gestión de las Redes/Microrredes y/o Establecimientos de Salud y/o Hospitales para establecer los ACUERDOS Y COMPROMISOS:



La Jefatura de cada Microrred de Salud y/o Centro de Salud supervisado, conjuntamente con su equipo de Gestión se comprometerá a cumplir en el menor tiempo posible con las recomendaciones dejadas por el equipo de supervisión de la DIRESA CALLAO y/o Redes de Salud

Se trabajará junto con ellos las siguientes matrices:

- MATRIZ DE DECISIONES DE PROBLEMA.
- MATRIZ DE SOLUCION DE PROBLEMAS.
- MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES PROPUESTAS.

Concluida esta fase, el equipo de supervisión se reunirá para realizar el informe respectivo a supervisados.

### **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

El presente Plan de Supervisión termina en una evaluación, cuyos objetivos centrales son:

1. Evaluar la programación de las actividades a supervisar es decir las actividades de gestión, del personal de salud.
2. Verificar la utilidad y pertinencia de los instrumentos utilizados con el propósito de mejorarlos de ser necesarios.
3. Determinar la efectividad de las estrategias integrales de la supervisión.
4. Medir los productos inmediatos, los efectos y el impacto de la supervisión en el contexto del control gerencial y consecuentemente al logro de resultados sanitarios

### **CRONOGRAMA DE SUPERVISIÓN**

El cronograma de Supervisión (Ver Anexo 1), se cumplirá idealmente en tanto la línea de inversión no se afectada ni modificada.

En todo caso se priorizará aquellas microrredes y/o centros de salud que necesiten monitorizar sus actividades para el buen cumplimiento de los indicadores sanitarios que conlleven a una atención integral de salud de calidad y se realizará una reprogramación, si fuera necesario

### **PRESUPUESTO**

Costo de movilidad ida y vuelta para cada integrante de los equipos de supervisión será financiado mediante presupuesto mensual del nivel central y/o regional:



DIRECCIONES DE REDES DE SALUD	N° de EESS	TOTAL DE SUPERVISIONES A REALIZAR	N° DE PERSONAS	N° DE DIAS PARA SUPERVISAR LOS EESS	COSTO (PASAJE IDA Y VUELTA) S/.	COSTO X SUPERVISIÓN TOTAL MENSUAL S/.	COSTO TOTAL ANUAL S/.
Bonilla – La Punta	17	30	4	3	10.00	40.00	1200.00
BEPECA	15	30	3	4	10.00	40.00	1200.00
Ventanilla	15	30	3	4	10.00	40.00	1200.00
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>90</b>					<b>3600.00</b>

#### DEL NIVEL DIRESA A REDES Y/O MICROREDES DE SALUD

DIRECCIONES DE REDES DE SALUD	N° DE MICROREDES	TOTAL DE SUPERVISIÓN A REALIZAR	N° DE PERSONAS	N° DE DIAS PARA SUPERVISAR LAS MICROREDES DE SALUD	COSTO (PASAJE IDA Y VUELTA) S/.	COSTO X SUPERVISIÓN TOTAL S/.	COSTO TOTAL ANUAL S/.
Bonilla – La Punta	5	9	4	3	10.00	40.00	360.00
BEPECA	4	11	4	3	10.00	40.00	440.00
Ventanilla	4	10	4	3	10.00	40.00	400.00
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>30</b>					<b>1200.00</b>

#### DEL NIVEL DE HOSPITALES

DIRECCIONES DE REDES DE SALUD	N° DE HOSPITALES	TOTAL DE SUPERVISIÓN A REALIZAR	N° DE PERSONAS	N° DE DIAS PARA SUPERVISAR LAS MICROREDES DE SALUD	COSTO (PASAJE IDA Y VUELTA) S/.	COSTO X SUPERVISIÓN TOTAL S/.	COSTO TOTAL ANUAL S/.
HOSP. SAN JOSÉ	1	2	5	3	10.00	150.00	300.00
HOSP. VENTANILLA	1	2	5	3	10.00	150.00	300.00
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					<b>600.00</b>

<b>NIVEL REDES A MICROREDES Y/O EESS</b>	<b>3,600.00</b>
<b>NIVEL DE DIRESA REDES/MICROREDES/EESS</b>	<b>1,200.00</b>
<b>NIVEL DE HOSPITALES (*)</b>	<b>600.00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>5,400.00</b>

(\*) Sólo se está presupuestando todas las supervisiones que requieren gasto de desplazamiento, por lo que no está contemplado dentro de dicho presupuesto las supervisiones realizadas al Hospital Daniel Alcides Carrión.

#### RECOMENDACIONES

Los equipos de supervisión realizarán el llenado correcto de la guía de supervisión que será entregada en forma oportuna al responsable del grupo, que a su vez será entregada a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y deberá tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

- Tomar las medidas correctivas para que la realización de las supervisiones integrales deban ser ejecutadas dentro del mes y fecha que se encuentran programadas.
- Aplicación correcta de la guía de supervisión y llenado adecuado y completo de los ítems de su contenido



- Todo informe narrativo así como las guías de supervisión debe contar con firmas y sellos completos tanto de los supervisores como del supervisado
- Respetar el cronograma establecido en el Plan de Supervisión Anual 2010 y considerar en el Informe Final en el ítem de fecha de supervisión: MES/AÑO.
- Realizar continuamente el seguimiento de los compromisos y recomendaciones establecidas por el Equipo Supervisor de la DIRESA CALLAO y Redes de Salud

## CONCLUSIONES

Una vez analizado el proceso en sí que implica la Supervisión Integral, se señala que los Equipos de Supervisión conformados a nivel de DIRESA así como a nivel de Redes de Salud, entregará bajo su responsabilidad en un plazo de 7 días hábiles a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la DIRESA CALLAO los resultados de las observaciones encontradas en las supervisiones, de acuerdo a los formatos y la utilización correcta de su instrumento establecidos en el presente plan de supervisión (Ver anexos 2, y 3).

# CRONOGRAMA DE SUPERVISIONES INTEGRAL

**CUADRO N° 1: A NIVEL DE DIRESA**

**CUADRO N° 2: A NIVEL DE REDES DE SALUD**

**CUADRO N° 3 : A NIVEL DE LA ACLAS**



Gobierno Regional del Callao  
Gerencia Regional de Salud  
Dirección Regional de Salud del Callao



## CUADRO N° 4: A NIVEL DE HOSPITALES



**CUADRO Nro. 1**  
**PROGRAMACION DE SUPERVISIONES INTEGRALES**  
**DIRESA A REDES Y/O MICROREDES /ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**AÑO 2010**

ESTABLECIMIENTO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SET	OCT	NOV	TOTAL
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD: BONILLA-LA PUNTA</b>	1							1			9
<b>MICRORED N° 1: C.S BONILLA</b>		1						1			
C.S. ALBERTO BARTON											
C.S. PUERTO NUEVO											
C.S. LA PUNTA											
C.S. SAN JUAN BOSCO											
<b>MICRORED N° 2: C.S SANTA FÉ</b>			1								
C.S. CALLAO											
C.S. JOSE BOTERIN											
<b>MICRORED N° 3: C.S JOSE OLAYA</b>				1							
C.S. MIGUEL GRAU											
C.S. SANTA ROSA											
<b>MICRORED N° 4: C.S GAMBETTA ALTA</b>					1					1	
C.S. RAMON CASTILLA											
C.S. GAMBETTA BAJA											
<b>MICRORED N° 5: C.S ACAPULCO</b>						1					
C.S. JUAN PABLO II											
C.S. EL AYLLU											
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD BEPEC</b>		1						1			11
<b>MICRORED N° 1: C.S FAUCETT</b>	1						1				
<b>C.S. PALMERAS DE OQUEENDO</b>											
C.S. 200 MILLAS											
<b>MICRORED N° 2: C.S SESQUICENTENARIO</b>			1					1			
C.S. PREVI											
C.S. BOCANEGRA									1		
C.S. EL ALAMO											
<b>MICRORED N° 3: C.S AEROPUERTO</b>				1						1	
C.S. PLAYA RIMAC											
P.S. POLIGONO IV											
<b>MICRORED N° 4: C.S BELLAVISTA</b>					1					1	
C.S. ALTA MAR											
C.S. LA PERLA											
C.S. VILLA SR. DE LOS MILAGROS											
C.S. CARMEN DE LA LEGUA											
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD RED VENTANILLA</b>			1							1	10
<b>MICRORED N° 1: C.S 03 DE FEBRERO</b>	1							1			
C.S. LOS CEDROS											
C.S. BAHIA BLANCA											
C.S. CIUDAD PACHACUTEC											
<b>MICRORED N° 2: C.S ANGAMOS</b>		1					1				
C.S. HIJOS DEL ALMIRANTE GRAU											
C.S. MI PERU											
C.S. VENTANILLA ALTA											
P.S. DEFENSORES DE LA PATRIA											
<b>MICRORED N° 3 - CLAS "FORJANDO SALUD" - (C.S. Luis Felipe de las Casas)</b>				1						1	
C.S. VILLA LOS REYES											
C.S. SANTA ROSA DE PACHACUTEC											
<b>MICRORED N° 5: C.S MARQUEZ</b>						1					1
C.S. VENTANILLA BAJA											
C.S. VENTANILLA ESTE											
<b>HOSPITALES</b>											
HOSPITAL DE VENTANILLA											
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN											
HOSPITAL SAN JOSE											
<b>TOTAL GENERAL</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30

NOTA : PROGRAMACIÓN SUJETO A VARIACIÓN SEGÚN PRIORIDADES SANITARIAS



**CUADRO Nro. 2**  
**PROGRAMACION DE SUPERVISIONES INTEGRALES**  
**REDES A MICROREDES Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**AÑO 2010**

ESTABLECIMIENTO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SET	OCT	NOV	TOTAL
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD: BONILLA-LA PUNTA</b>											
<b>MICRORED N° 1 : C.S BONILLA</b>	1						1				
C.S. ALBERTO BARTON		1				1					
C.S. PUERTO NUEVO		1						1			
C.S. LA PUNTA			1								
C.S. SAN JUAN BOSCO (*)		1					1				
<b>MICRORED N° 2 : C.S SANTA FÉ</b>	1							1			
C.S. CALLAO			1					1			
C.S. JOSE BOTERIN			1					1			
<b>MICRORED N° 3: C.S. JOSE OLAYA</b>	1								1		
C.S. MIGUEL GRAU				1							
C.S. SANTA ROSA				1					1		
<b>MICRORED N° 4: C.S. GAMBETTA ALTA</b>				1					1		
C.S. RAMON CASTILLA					1					1	
C.S. GAMBETTA BAJA					1						
<b>MICRORED N° 5: C.S ACAPULCO</b>					1						1
C.S. JUAN PABLO II						1					1
C.S. EL AYLLU						1					
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD BEPECA</b>											
<b>MICRORED N° 1: C.S FAUCETT</b>					1						1
<b>C.S. PALMERAS DE OQUENDO</b>					1						1
C.S. 200 MILLAS					1						1
<b>MICRORED N° 2: C.S SESQUICENTENARIO</b>				1					1		
C.S. PREVI				1					1		
C.S. BOCANEGRA	1					1					
C.S. EL ALAMO				1					1		
<b>MICRORED N° 3: C.S AEROPUERTO</b>	1					1					
C.S. PLAYA RIMAC	1					1					
P.S. POLIGONO IV			1					1			
<b>MICRORED N° 4: C.S BELLAVISTA</b>		1						1			
C.S. ALTA MAR		1						1			
C.S. LA PERLA		1						1			
C.S. VILLA SR. DE LOS MILAGROS			1					1			
C.S. CARMEN DE LA LEGUA			1					1			
<b>DIRECCIÓN DE RED DE SALUD RED VENTANILLA</b>											
<b>MICRO RED 3 DE FEBRERO</b>				1					1		
C.S Peru Korea	1						1				
C.S. Bahía Blanca	1						1				
C.S. Ciudad Pachacutec		1						1			
<b>MICRO RED ANGAMOS</b>			1					1			
C.S. Mi Peru		1						1			
C.S. Ventanilla Alta					1					1	
C.S. Hijos de Grau			1					1			
C.S. Defensores de la Patria			1					1			
<b>MICRO RED LUIS FELIPE DE LAS CASAS</b>		1						1			
C.S. Santa Rosa de Pachacutec	1						1				
C.S. Villa los Reyes				1					1		
<b>MICRO RED MARQUEZ</b>				1					1		
C.S. ventanilla Baja					1					1	
C.S. Ventanilla Este					1					1	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>90</b>



### CUADRO N° 3

#### PROGRAMACIÓN DE SUPERVISIONES INTEGRALES A LA ACLAS FORJANDO SALUD POR LA DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

TAREA	ENERO	ABRIL	JULIO	OCTUBRE	TOTAL
Supervisiones Integrales al CLAS Forjando Salud	1	1	1	1	4



**CUADRO Nro. 4**  
**PROGRAMACION DE SUPERVISIONES INTEGRALES**  
**DISA A HOSPITALES**  
**AÑO 2010**

ESTABLECIMIENTO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SET	OCT	NOV	TOTAL
<b>HOSPITALES</b>											
HOSPITAL DE VENTANILLA		1					1				2
HOSPITAL SAN JOSE			1					1			2
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN				1					1		2
										<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>6</b>

# **ANEXOS**

## **INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN INTEGRAL A**



# NIVEL DE DIRESA Y REDES DE SALUD

**FORMATO Nº 1: INFORME TÉCNICO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL (Se aplicará en caso de las 1eras supervisiones)**

**FORMATO Nº 2: MATRIZ DE DECISIONES DE PROBLEMAS**

**FORMATO Nº 3: MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

**FORMATO Nº 4: INFORME TÉCNICO PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA SUPERVISIÓN INTEGRAL**

**FORMATO Nº 5: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

**ANEXO Nº 1: GUÍA DE SUPERVISIÓN INTEGRAL A NIVEL DE DIRESA Y REDES**

**ANEXO Nº 2: GUÍA DE SUPERVISIÓN APLICADA A LA ACLAS**

**ANEXO Nº 3: GUÍA DE SUPERVISIÓN INTEGRAL A NIVEL DE HOSPITALES**

## FORMATO Nº 1

### INFORME TÉCNICO DE SUPERVISIÓN INTEGRAL

- 1. RED/MICRORED/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUPERVISADO:**
- 2. FECHA DE SUPERVISIÓN :** .....
- 3. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA :**
- 4. JUSTIFICACIÓN**
- 5. OBJETIVOS**
- 6. ACTIVIDADES REALIZADAS:**



**7. METODOLOGÍA EMPLEADA:**

**8. RESULTADOS:**

- a) Antecedentes del supervisado (DIRESA, RED MICRORED Y ESTABLECIMIENTO)
- b) Organización.
- c) Red de servicios.
- d) Gestión de recursos humanos.
- e) Gestión logística/
- f) Medicamentos, Insumos y Drogas
- g) Seguro Integral de Salud
- h) Gestión económica financiera.
- i) Sistema de información.
- j) Control gerencial: supervisión, monitoreo y evaluación

**9. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS (FORMATO Nº 2)**

**10. MATRIZ DE SOLUCIONES PROPUESTAS (FORMATO Nº 3)**

**11. CONCLUSIONES**

**12. RECOMENDACIONES POR COMPONENTES.**

**13. ACUERDOS y COMPROMISOS**

**FORMATO Nº 2**

**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

**1. INSTANCIA SUPERVISADA:**

.....

**2. EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O RED:**

.....

PROBLEMAS (1)	CRITERIOS				
	MAGNITUD (2)	TRASCENDENCIA (3)	VULNERABILIDAD (4)	FACTIBILIDAD (5)	TOTAL (6)



1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					

**GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

**COLUMNA Nº 1:** Anotar los problemas u oportunidades de mejoría, es decir la diferencia entre *lo que es* y *lo que debería ser*, que fueron seleccionados para la asignación de prioridades; no importa el orden en que se anoten. Estos problemas u oportunidades de mejoría pudieron obtenerse en una lluvia de ideas, del análisis de un proceso, de una encuesta de satisfacción, del buzón de sugerencias, etc. Las siguientes cuatro columnas corresponden a cuatro Criterios de Ponderación que nos facilitan la asignación de prioridades, a cada una de ellas se le asignará un valor entre 1 y 5 de acuerdo con las siguientes características.

**COLUMNA Nº 2:** MAGNITUD es la frecuencia de aparición de un problema u oportunidad de mejoría, se le asignará el valor de 1 si el problema no es frecuente y 5 si el problema aparece con mucha frecuencia.

**COLUMNA Nº 3:** TRASCENDENCIA es el impacto que tiene en el desempeño del proceso (que tan grave es). Se le asignará el valor de 1 si no es grave (si no tiene impacto en el desempeño) y 5 si es muy grave (gran impacto en el desempeño).

**COLUMNA Nº 4:** VULNERABILIDAD es la susceptibilidad de solución o si su solución es fácil. Se le asignará el valor de 1 si el problema no es de fácil solución y de 5 si es de fácil solución.

**COLUMNA Nº 5:** FACTIBILIDAD es la posibilidad de solución en términos políticos y económicos. Se le asignará el valor de 1 si su solución depende de factores políticos y económicos que no están al alcance del grupo de trabajo que identificó el problema y de 5 si no depende de estos factores. De los valores que se asignen entre 1 y 5, dependerá hacia donde se incline la ponderación.

**COLUMNA Nº 6:** LA CALIFICACIÓN es el resultado de la suma de las cuatro columnas anteriores.

**FORMATO Nº 3**

**MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

**3. INSTANCIA SUPERVISADA:**  
.....

**4. EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O RED:**.....

	<b>CRITERIOS</b>
--	------------------



PROBLEMAS (1)	CAUSA (2)	CONSECUENCIAS (3)	AREAS INVOLUCRADAS (4)	SOLUCIONES PROPUESTAS (5)	PLAZO (6)	RESPONSABLE (7)
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						

### GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

COLUMNA Nº 1: Describir los problemas que actualmente impiden la realización de las actividades propuestas para el logro de los objetivos. Para ello, enunciar brevemente cada problema.

COLUMNA Nº 2: Describir brevemente la(s) causa(s) de cada problema enunciado, tratando de encontrar la(s) causa(s) básica(s).

COLUMNA Nº 3: Especificar los daños o riesgos derivados del problema.

COLUMNA Nº 4: Señalar los servicios, departamentos o áreas involucradas en el origen del problema.

COLUMNA Nº 5: Resumir la(s) alternativa(s) de solución para cada problema, que se considera(n) factible(s) de ser explicadas.

COLUMNA Nº 6: Anotar el plazo máximo para resolver el-(los) problema-(s).

COLUMNA Nº 7: Puntualizar el-(los) responsable-(s) involucrado-(s) para llevar a cabo la-(s) solución-(es) propuesta-(s), especificando nombre-(s) y puesto-(os).

### FORMATO Nº 4

### INFORME TÉCNICO PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA SUPERVISIÓN INTEGRAL

1. RED/MICRORED/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUPERVISADO:

2. FECHA DE SEGUIMIENTO: .....



3. **RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA :**
4. **ANTECEDENTES**
5. **RESULTADOS ESPERADOS**
6. **ESTRATEGIA A USAR:**
7. **MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES PROPUESTA ( FORMATO Nº 5)**
8. **CONCLUSIONES**
9. **RECOMENDACIONES**

## **FORMATO Nº 5**

### **MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

5. **INSTANCIA SUPERVISADA:**  
.....
6. **EQUIPO SUPERVISOR DIRESA Y/O**  
**RED:**.....



PROBLEMAS (1)	SOLUCIONES PROPUESTAS (2)	RESPONSABLE (3)	FECHA ULTIMO SEGUIMIEN TO (4)	ACCIONES PENDIENTES (5)	CAUSAS QUE IMPIDEN SOLUCION (6)	PROX. REV. (7)	AVANCE%
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							

### GUÍA PARA EL LLENADO DE LA MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE SOLUCIONES PROPUESTAS

COLUMNA Nº 1: Considerar los problemas que se determinaron en la última supervisión.

COLUMNA Nº 2: Revisar las soluciones propuestas

COLUMNA Nº 3: Considerar los servicios, departamentos o áreas involucradas en el origen del problema.

COLUMNA Nº 4: Considerar la fecha de la última supervisión (analizar los tiempos).

COLUMNA Nº 5: Resumir las acciones pendientes para la solución de cada problema, que se considera(n) factibles de ser explicadas.

COLUMNA Nº 6: Puntualizar las limitaciones que no permitieron dar solución problema(s).

COLUMNA Nº 7: Anotar el plazo a ser considerado para una próxima revisión del (los) problema(s).

# ANEXO 1:



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



# **INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL A NIVEL DE DIRESA Y A NIVEL DE REDES DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO**



## INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL A NIVEL DE DIRESA y REDES DE SALUD DE DIRESA CALLAO

NOMBRE DE LA RED/ MICRORED/ E.E.S.S.....  
FECHA DE VISITA: DEL..... AL.....  
EQUIPO SUPERVISOR A NIVEL DE DIRESA CALLAO

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	OFICINA Y/O DIRECCION A LA QUE PERTENCECEN
1.		
2.		
3.		

**Coloque El valor según la escala donde corresponda:**

Equivalencia 1 cuando el equipo no cumple con ningún requisito

Equivalencia 2 Intermedio (> 50%)

Equivalencia 3 cuando el equipo cumple alguno(s) requisitos del criterio (=50%)

Equivalencia 4 Intermedio (51% - 74%)

Equivalencia 5 cuando el equipo cumple con la mayoría de los criterios (=75%)

Equivalencia 6 Intermedio (76 – 99%)

Equivalencia 7 cuando el equipo cumple con la totalidad de los criterios (100%)



**ASPECTOS DE GESTIÓN:**

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. El equipo de gestión muestra funcionalidad y eficiencia en la toma de decisiones</b>			
1.1. Tiene documento de constitución	Resolución Directoral / Memo		
1.2. Realiza y participa en las reuniones del equipo de gestión para el análisis de la información disponible y toma de decisiones que mejoran la gestión de los servicios de salud	Cronograma, Libro de actas		
1.3. Cuenta con información actualizada, publicada en lugar visible a los usuarios.	Sala situacional actualizada al último trimestre		
<b>2. La Red/Microrred y/o E.E.SS de Salud ha desarrollado capacidad institucional en planeamiento</b>			
2.1. El plan operativo cuenta con: misión, visión, denominación, naturaleza, fines, objetivos generales del POA, programación de actividades y anexos.	Plan Operativo Anual (POA)		
2.2. Existe correspondencia entre el Plan Operativo Anual (POA) y los Lineamientos de Política Sectorial 2002 – 2012.	Plan de Operativo Anual (POA)		
2.3. El equipo de gestión, los equipos técnicos y el personal en general conoce los Objetivos y Actividades del Plan Estratégico de la DIRESA.	Plan Estratégico de DIRESA Callao – Libro de actas – documento de socialización.		
<b>3. La Red/ Microrred/EESS de Salud ha desarrollado capacidad institucional en el plan de trabajo institucional</b>			
3.1. Los objetivos del Plan Operativo Anual (POA) guardan correspondencia con los objetivos del Plan Estratégico de la DIRESA.	Verificación del POA y PEI de DIRESA Callao.		
3.2. Se realiza el seguimiento de actividades del Plan Operativo Anual (POA) según lo establecido en la Directiva.	Matriz de seguimiento de las Actividades del POA.		
3.3. Realiza evaluaciones y reformulaciones del Plan Operativo Anual (POA) de acuerdo a lo establecido en la Directiva.	Informes de Evaluación		
3.4. Los Directivos y equipos técnicos de la Microrred han participado y conocen los resultados de la evaluación.	Informes de Evaluación socializados – Libro de actas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>4. Tiene identificado sus áreas de riesgo (mapa epidemiológico y mapa de pobreza)</b>			
4.1. Cuenta con la estratificación de su jurisdicción según zonas de pobreza y zonas de riesgo	Mapa de pobreza y Mapa de riesgo y publicado		
<b>5. Manejan documentos Administrativos y de Gestión</b>			
5.1. Las unidades orgánicas de Redes, Microrredes, CLAS y/o Establecimientos tienen su MOF elaborado y aprobado	MOF, vigente		
5.2. El MOF de la Red, Microrredes, CLAS y establecimientos está difundido y es conocido por el personal de salud	Resultados de entrevistas o encuestas al personal (05) de la de la Red /Microrred/EESS sobre el contenido del documento – Libro de Actas Doc. de socialización		
5.3. Microrredes y CLAS desarrollan sus actividades en función de un Plan de Salud Local	Verificar Plan de Salud Local e Informe del desarrollo de actividades del Plan – Libro de actas		
<b>6. La Red y Microrred desarrolla un proceso de Supervisión Integral (no aplica en EESS)</b>			
6.1. Cuenta con Plan Anual de Supervisión y Monitoreo	Plan Anual de Supervisión y Monitoreo		
6.2. Las actividades de supervisión están incluidos en el Plan Operativo Anual (POA)	Verificar POA		
6.3. Tiene cronograma de supervisiones y el personal conoce sus próximas salidas	Plan Anual de Supervisiones (PAS) – Doc. de socialización al personal		
6.4. Cuenta con Instrumentos Integrales para cada nivel y el personal sabe como operarlo.	Instrumentos de PAS y resultados de entrevistas		
6.5. Se realiza monitoreo a los acuerdos y compromisos formulados en las anteriores supervisiones	Informes de supervisión de dos supervisiones seguidas a la misma Red/Microrred/EESS – Doc. de monitoreo de acuerdos y compromisos		
<b>7. La Microrred desarrolla un proceso adecuado de evaluación</b>			
7.1. El personal conoce los últimos informes de evaluación que la Red/Microrred/E.E.S.S realiza	Informes de evaluación y resultados de entrevista (3)		
7.2. Existen evidencias que los informes de evaluación sirven para la implementación de medidas correctivas	Documentos de la Implementación de medidas correctivas en función a los informes de evaluación		
7.3. Los resultados de las evaluaciones son socializados entre el personal	Libro de actas – doc. de socialización		
7.4. Tiene instrumento de evaluación y este contempla la evaluación por resultados	Instrumento		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>8. Desarrollan actividades para el mejoramiento de las competencias del personal</b>			
8.1. Cuentan con un plan de capacitación elaborado y socializado de acuerdo a su realidad local.	Plan de capacitación. Documento o Actas de la socialización.		
8.2. Realiza las capacitaciones programadas en el Plan de Capacitación	Informe del avance del Plan x trimestre		
8.3. Realizan capacitación del personal en Atención integral en el último semestre	Informe de la capacitación		
<b>9. Desarrollan Actividades de Gestión de la calidad</b>			
9.1. Incluyen objetivos y actividades de calidad en sus planes operativos.	Plan Operativo incluido en el POA de su establecimiento		
9.2. Cuentan con Planes de Calidad en concordancia con su Plan de Trabajo Institucional de la DIRESA y nivel de cumplimiento.	Plan de Calidad/ Informes de actividades realizadas x trimestre		
9.3. Realizan supervisiones a nivel de establecimientos y socializa resultados (Redes y Microrredes)	Informes de supervisión, actas de reunión		
9.4. Acreditación a realizado el proceso de autoevaluación e implementa mejoras a bases de resultados	Informe de Autoevaluación planes de mejora		
9.5. Realizan encuestas de Satisfacción de usuarios internos y externos y el personal conoce los resultados	Informe de los Resultados de la aplicación de encuestas. Documento o Acta de socialización.		
9.6. Elaboran Proyectos de Mejora Continua de la Calidad (PMCC) en base a resultados de medición de la calidad en el último año	Formato de consolidación de PMCC elaborados o implementados Documento de Elaboración de PM		
9.7. Cuenta con el Plan de Auditoria de la Calidad en salud en las Microrredes, socializado en sus Establecimientos de salud y niveles de cumplimiento.	Plan de Auditoria Informe de evaluación trimestral Documentos de Elaboración de PM		
9.8 Realiza auditorias de registro, socialización de los resultados y acciones de mejora basado en resultados /Redes Auditorias de caso.	Informe de auditoria de registro. Actas de reuniones de socialización		
9.9. Cumplen con las buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente en los establecimientos de salud.(lavado de manos)	Observación del correcto lavado de manos. (03 personas)		
9.10. consolida y socializa los eventos adversos en los establecimientos de primer nivel y acciones correctivas	Consolidado de reportes, informes, actas a partir del primer trimestre 2010		
9.11. Cumple los mecanismos de escucha a través de los buzones de quejas y/o sugerencias	Actas de apertura y relación de quejas resueltas		
9.12 Cuenta con mecanismos de reconocimiento al personal de salud	Publicación del mejor trabajador: mensual o trimestral.		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>10. La Red /Microrred y/o Establecimiento mantiene un Sistema de Monitoreo y Evaluación acuerdo las necesidades de la Dirección</b>			
10.1. La información que se produce en la Red/ Microrred/ Establecimiento de Salud es analizada y se toma en cuenta por el equipo de gestión para tomar decisiones	Libro de actas de análisis y acuerdos de la toma de decisiones – Reuniones trimestrales		
10.2. Cuentan con cargos de envío oportuno de su última información del MAIS y Estrategias Sanitarias Nacionales	Cargos del último mes – Informes		
10.3. Se retroalimenta a los establecimientos de salud con la producción de la información	Documentos de envío de información sanitaria a microrredes o establecimientos – Acta de reunión.		
<b>11. Los Servicios de salud están organizados en Redes y Microrredes, cumplen con los estándares de acuerdo a su categoría</b>			
11.1. La Red/ Microrred y/o Establecimiento de Salud cuenta con la norma necesaria de categorización e Historia Clínica	RD de categorización de los establecimientos de su jurisdicción		
<b>12. Tiene sistema de referencia y contrarreferencia funcionando según estándares</b>			
12.1. Se ha formado el Comité responsable del sistema de referencia y contrarreferencia, Red / Microrred	Documento de designación		
12.2. Registra las referencias y contrarreferencias de su establecimiento y consolida la información Redes / Microrredes / Establecimientos de Salud.	Cuaderno/Libro de registro. Informe trimestral remitido a instancia superior. Indicadores.		
<b>13. La Red/Microrred /Establecimiento puede mostrar, que se tiene disponibilidad de insumos, medicinas y materiales básicos para la atención</b>			
13.1. Las coordinadores de MAIS y ESN conocen la disponibilidad así como el último informe de stock de medicamentos e insumos, que se utilizan para las intervenciones sanitarias.	Informe de stock de DEMID. Resultados de la entrevista		
13.2. Se realizan reuniones entre el personal de Farmacia y el personal de la Estrategias sobre la gestión de medicamentos	Informes o actas de reuniones		
<b>14. Aplican la Atención Integral de Salud para la Organización, Prestación y Gestión de los Establecimientos de Salud</b>			
14.1. Se están aplicando los documentos (guías, paquetes o planes de atención, fichas familiares, historias integrales de atención) para la implementación del modelo de atención integral	Documentos señalados (Revisión de 10 H.C. al azar )		
14.2. Se realizan reuniones de evaluación trimestralmente con la participación del Equipo de Gestión y sus trabajadores	Acta de de reuniones Informe de evaluación		
14.3. En las reuniones sobre el MAIS asisten todos los Médicos Jefes de la Red, Microrred y/o Establecimientos	Informes o actas de reuniones		



ASPECTOS DE ESTRATEGIAS SANITARIAS NACIONALES	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla actividades de gestión para la estrategia sanitaria en forma adecuada</b>			
1.1. Tiene conocimiento y se ha socializado la R.M. N° 771 de las Estrategias Sanitarias	R. M, Libro de actas o cargo de distribución		
1.2. Realiza reuniones intersectoriales y con la sociedad civil para el análisis de la información y el plan de intervenciones. Solo aplicable a redes.	Acta de reuniones (01 reunión trimestral) – evaluar último trimestre		
1.3. Cuentan con Planes de intervención por estrategias sanitarias y se encuentran incorporados en el POA	Plan de Intervenciones y el POA		
1.4. Se realiza el análisis y difusión de la información de vigilancia epidemiológica de las ESN	Reporte – ASIS del último año		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL INMUNIZACIONES

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Cobertura de niños protegidos de enfermedades inmuno prevenibles por grupos de edades \_\_\_\_\_
- Cobertura de seguimiento de enfermedades prevenibles de la infancia \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Se realiza análisis de la información de la situación de la enfermedades inmuno prevenibles por áreas de riesgo	Informe de análisis en último trimestre. Libro de actas		
1.2. Se realiza el análisis y difusión de la información de vigilancia epidemiológica	Reporte trimestral, Informe de Reunión		
1.3. Tiene definido estrategias para la mejora de las coberturas	Plan elaborado de Estrategias de mejora de cobertura (último semestre)		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Cobertura de Parejas protegidas \_\_\_\_\_
- Cobertura de Charlas Educativas \_\_\_\_\_
- Cobertura de Consejerías \_\_\_\_\_
- Análisis Mortalidad Materna \_\_\_\_\_
- Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON),(SIP 2000) \_\_\_\_\_
- Evaluación de indicadores de Calidad Materna y Peri natal \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Cuenta con las normas técnicas de Planificación Familiar, Guía de Emergencias Obstétricas y Neonatales, FON, Evaluación de Indicadores y Estándares de Calidad, Consejería en PF. Norma de Parto Vertical	Cuenta con las Normas (7)		
1.2. Se realiza reunión de análisis de la información de mortalidad materna, perinatal y de planificación familiar, con los equipos de las redes, microrredes y establecimientos de salud según RM 453 / MINSA 2005	Acta de reuniones		
1.3. Cuenta con plan para disminuir brechas entre gestante atendida y/o controlada, parto institucional.	Plan, Informe de avances.		
1.4. El Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal de Red / Microrred, se reúne mensualmente	Libro de Actas del Comité, Informe remitido a instancia superior		
1.5. Cuenta con proyectos de mejora para contribuir en la disminución la morbi - mortalidad materna y perinatal	Proyecto de mejora. Avances		
1.6. Cuentan con el Comité de Vigilancia y Seguimiento de Gestantes y Púérperas, Mapa de riesgo de gestantes para disminuir la morbi-mortalidad materna.	Documento de conformación del Comité. Libro de actas de reuniones del comité - Mapa de riesgo. (sectorización)		
1.7. Se encuentra operativo el sistema del SIP 2000 (Solo Centros de Salud de 24 horas)	Informe semestral-SIP-2000.		
1.8. Aplican las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON), todos los establecimientos	FON – Informe trimestral		
1.9. Realizan la Evaluación de indicadores de estándares de calidad del FON, (todos los establecimientos) y tienen su requerimiento de faltantes	Informe trimestral remitido a instancia superior – solicitud de requerimientos del último trimestre		
1.10 Las actividades Preventivas y Promocionales de gestantes y MEF en riesgo están incorporadas en el POA.	POA		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

Analizar los siguientes Indicadores:

- Proporción de sintomáticos respiratorios examinados \_\_\_\_\_
  - Proporción de sintomáticos respiratorios BK positivos \_\_\_\_\_
  - Número de abandonos acumulados \_\_\_\_\_
  - Cobertura de atención a menores de 19 años con quimioprofilaxis \_\_\_\_\_
  - Número de fallecidos acumulados \_\_\_\_\_
- Proporción de SRI entre los esperados \_\_\_\_\_
- Cobertura del control de contactos \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Cuentan con la norma técnica para la atención de la Tuberculosis y ha sido socializado.	Norma técnica y Libro de actas y/o documento de socialización		
1.2. Se realiza análisis de la situación de la Tuberculosis a través de los Indicadores en el ámbito de la Red / Microrred y/o Establecimiento	Informes trimestral y Libro de actas		
1.3. Se realiza reuniones intersectoriales semestrales para el análisis de la información y el plan de intervenciones considerados en el <b>Plan Operativo Anual</b>	Actas de reuniones. Verificar en <b>POA</b>		
1.4. Cuenta con Plan anual de actividades de la Estrategia	POA		
1.5. Cuenta con planes o proyectos de mejora para la prevención y control de la Tuberculosis	Planes o Proyectos, coordina con responsable de Calidad.		



## PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES

### MALARIA

Analizar los siguientes Indicadores:

- Proporción de febriles examinados entre el total de los identificados
- Número y Porcentaje de casos acumulados confirmados de Malaria
- Número y Porcentaje de pacientes con tratamiento completo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Cuenta con las normas de atención a los pacientes con malaria y ha sido socializada en todo nivel	Norma técnica. Documento de su socialización		
1.2. Las actividades que se realizan en el Plan de Intervenciones están incorporadas en el <b>Plan Operativo Anual</b>	Plan de Intervenciones		



## DENGUE

Analizar los siguientes Indicadores:

- Porcentaje de febriles identificados del total de consultantes \_\_\_\_\_
- Porcentaje de febriles examinados del total de identificados \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes con tratamiento completo \_\_\_\_\_
- Porcentaje de Índice Aédico (solo Red) \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Se cuenta con la Norma Técnica de Atención de pacientes con Dengue y ha sido socializada.	Norma Técnica. Documentos y/o Libro de Actas.		
1.2. Se realiza Análisis de la situación del Dengue a través de los indicadores en la red y microrred	Informes elaborados Trimestralmente		
1.3. Tienen identificadas sus zonas de riesgo	Mapa de riesgo entomológico		
1.4. El Plan de Acciones del Dengue, están incorporadas en el <b>Plan Operativo Anual</b>	Planes elaborados - <b>POA</b>		
1.5. Cuenta con planes o proyectos de mejora para la prevención y control del Dengue, con otros actores en el ámbito	Planes o Proyectos		



**ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH - SIDA**

Analizar los siguientes Indicadores:

- Cobertura de tamizaje RPR hasta último trimestre \_\_\_\_\_
- Proporción de episodios de ITS con tratamiento / N° ITS atendidos \_\_\_\_\_
- Cobertura de tamizaje VIH \_\_\_\_\_
- N° de Consejerías \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Se realiza análisis de la situación del ITS a través de los indicadores en su ámbito	Informes		
1.2. El Plan de acción para el control de las ITS, están incorporadas en el POA	POA		
1.3. Cuenta con proyectos de mejora para el desarrollo de las intervenciones	Planes y/o Proyectos		
1.4. Cuenta con planes o proyectos de mejora para la prevención y control de las ITS VIH/SIDA, con otros actores en el ámbito	Planes o Proyectos		
1.5 Se realizan reuniones de análisis de datos de los informes de monitorización	Informe de reunión		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Cobertura (%) de Consejerías
- Porcentajes de Tamizajes en Depresión
- Porcentajes de Tamizajes en Violencia (en todas sus formas)
- Porcentajes de Tamizajes en Adicciones
- Porcentajes de Atenciones en VIF, Represión, Adicciones
- Porcentajes de Talleres por etapas de vida

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia de Salud Mental en la Red/Microrred y/o Establecimiento</b>			
1.1. Cuenta con un Plan de Salud Mental que incorpore los lineamientos para la acción en salud mental establecidos con R.M. N° 075-2004/MINSA	Plan de Salud Mental		
1.2. Cuenta con diagnóstico de la situación de salud mental en su ámbito	ASIS de Salud Mental		
1.3. Cuenta con prioridades para el desarrollo de intervenciones en salud mental	Documento de prioridades		
1.4. Se encuentra institucionalizado espacios de concertación multisectorial en relación al tema de salud mental	Actas de las reuniones de espacios de concertación		
1.5. Se realiza la vigilancia epidemiológica de trastornos mentales y violencia familiar en el ámbito de la Red/Microrred y/o Establecimiento	Informe de Vigilancia		
1.6. Cuenta con proyectos de mejora para la solución de la problemática de salud mental en su ámbito.	Proyectos de mejora		
1.7 El responsable del área de salud mental cuenta con un equipo de apoyo a la Gestión (Red)	Documento de conformación		
1.8 Conoce la RM N° 242/2006–MINSA del 13 de marzo del 2006. sobre la creación de la Dirección de Salud Mental como órgano de línea perteneciente a la Dirección General de Salud de las Personas	R.M. – Documento de difusión		
1.9 Cuenta con la Guía Práctica Clínica en Depresión y utiliza la ficha de tamizaje	Guía práctica para intervención – Ficha de tamizaje		
1.10 Cuenta con la Guía práctica de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas ;y utiliza la ficha de tamizaje	Guía práctica para intervención		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
1.11 Existe correspondencia entre el Plan Anual de Salud Mental y el Plan Operativo de la DIRESA	Plan Anual E.S.S.Mental – POA DIRESA		
1.12 Se ejecuta las actividades programadas de acuerdo al Plan Anual de Salud Mental	Informe trimestral de ejecución de metas según POA		
1.13 Cuenta con Diagnóstico de la situación de salud mental en su ámbito	Incluido en el POA y ASIS local		
1.14 Mantiene reuniones periódicas para el análisis de la información disponible y toma de decisiones	Libro de Actas – Informes de reuniones – Doc. de análisis y sugerencias		
1.15 Cuenta con informes mensuales oportunos de Salud mental	Cargo de Informe del último mes		
1.16 Realiza reuniones de evaluación de la estrategia sanitaria de salud mental	Libro de actas – Informe de evaluación del último trimestre		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS

Analizar los siguientes Indicadores:

- Porcentaje de personas expuestas a rabia por accidente de mordedura atendidas \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes que inician vacunación antirrábica humana \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes que han completado el esquema de vacunación \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes que han abandonado el esquema de vacunación \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes que han suspendido el esquema de vacunación \_\_\_\_\_
- Caos atendidos de brucella \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes con recaída a tratamiento esquema brucella \_\_\_\_\_
- Porcentaje de pacientes referidos por accidentes ponzoñosos a hospital \_\_\_\_\_
- Cobertura de canes vacunados en campaña antirrábica \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la estrategia en forma apropiada</b>			
1.1. Se han adecuado a la realidad local las normas para la atención de los pacientes	Informes de adecuación. Normas		
1.2. Conoce y aplica los protocolos de atención de pacientes según normas de zoonosis	Guía o protocolo / Revisar historia clínica		
1.3. Se realiza análisis de los Indicadores en el ámbito de la red/Microrred y/o Establecimiento	Informes		
1.4. Cuenta con plan de acción en el nivel regional y las actividades están incluidas en el <b>Plan Operativo Anual</b> .	POA y plan de intervención		
1.5. Su farmacia cuenta con stock medicamentos o esquemas de tratamiento para atención de pacientes en zoonosis	Stock farmacia		
1.6. Se realiza el ingreso de información en los registros de rabia, brucella de su establecimiento	Registros actualizados		
1.7. Se realiza visita domiciliaría para recuperación de pacientes que abandonan tratamiento antirrábico y tratamiento de brucelosis.	Informes de VD		
1.8. Se realiza visita domiciliaría para observación clínica y seguimiento del animal agresor	Informes de VD		
1.9. Tiene plan de vacunación antirrábica canina	Plan de vacunación		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE

Analizar los siguientes Indicadores por etapas de vida:

- Cobertura de suplementación con hierro en niños menores de 24 meses \_\_\_\_\_
- Cobertura de suplementación con hierro en Gestantes \_\_\_\_\_
- Cobertura de casos de anemia en niños menores de 36 meses \_\_\_\_\_
- Cobertura de casos de anemia en gestantes \_\_\_\_\_
- Cobertura de Sesiones educativas por etapas de vida \_\_\_\_\_
- Cobertura de Consejerías Nutricionales por etapas de vida \_\_\_\_\_
- Cobertura de Control y Evaluaciones Nutricionales por etapas de vida \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Desarrolla las actividades de gestión para la atención de problemas nutricionales en forma apropiada</b>			
1.1 Se realiza el análisis de la situación nutricional en el ámbito de la Red/ Microrred/ EE.SS.	Informes		
1.2 Se realiza la difusión y socialización de la situación nutricional local.	Informe de reuniones Libro de Actas		
1.3 Tiene identificados sus zonas de Riesgo Nutricional	Mapa de Riesgo		
1.4 Se realiza visita domiciliaria a los casos malnutrición y riesgo nutricional identificados	Informe de seguimiento		



## ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL SALUD BUCAL

Analizar los siguientes Indicadores:

- Cobertura protección con enjuagatorios de flúor o aplicación de flúor gel a **niños de 3 a 14 años** \_\_\_\_\_
- Cobertura de charlas educativas( por etapas de vida) \_\_\_\_\_
- Cobertura de detección y eliminación de placa bacteriana en gestantes \_\_\_\_\_

COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL – SALUD BUCAL	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>01. Desarrolla actividades de gestión para la prioridad sanitaria salud bucal en forma adecuada</b>			
1.1 Las actividades de salud bucal por etapas de vida de la Red/microrred/EESS están incorporadas en el POA	POA		
1.2. Cobertura de protección con flúor a niños de 3 a 14 años	Informes		
1.3. Se realiza la evaluación trimestral de las actividades de Salud Bucal de la Red/microrred/EESS	Informe de Evaluación del último trimestre de Salud Bucal		
1.4. Cobertura de detección y eliminación de placa bacteriana en gestantes	Informes		
1.5. Se realiza análisis de la situación de Salud bucal en el ámbito de la Red/Microred y/o E.E.SS	Informe de análisis de la situación de Salud Bucal		
1.6. Se ha realizado la difusión y socialización de las normas técnicas de salud para la atención de las personas en Salud Bucal	Informes de reuniones Técnicas de difusión de Normas-Libro de actas		



## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD POR ETAPAS DE VIDA

### MAIS (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD)

- % de sectores intervenidos por EESS/Microrred/ Red: \_\_\_\_\_
- % Implementación con paquetes de atención integral por etapas de vida \_\_\_\_\_
- % EESS con implementación de Historia Clínica integral por etapas de vida (MR) \_\_\_\_\_

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. El personal del establecimiento de salud muestra funcionalidad y eficiencia en la implementación del MAIS</b>			
1.1. Se ha implementado el fluxograma de atención integral en el EESS, validado y consensuado por todo el personal del EESS.	Observar Fluxograma visible al usuario externo		
1.2. Se cuenta con cartera de servicios por etapas de vida.	Observe cartera de servicios visible al usuario externo		
1.3. Se cuenta con mapa de la jurisdicción sectorizado, con responsables por cada sector y áreas de riesgo según MAIS	Observe mapa visible al usuario externo.		
1.4. Se ha aplicado las fichas familiares en los sectores determinados	Fichas familiares, informes		
1.5. Existe la integración del MAIS en el EESS (utiliza los formatos de atención integral de salud por etapas de vida).	Historia clínica		
1.6. Se han adecuado los servicios por etapas de vida para brindar atención integral de salud	Observación (ambientes por etapas)		
1.7. Se cuenta con planes de capacitación a personal de salud, promotores de salud y actores sociales de su jurisdicción en el Modelo de Atención Integral de Salud.	Informes - planes de capacitación elaborados		



## ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Analizar con el personal de salud del EESS , los siguientes Indicadores:

- Cobertura de niños atendidos
- % de casos de neumonía con seguimiento a las 48 horas
- % de Viviendas con SID adecuado
- % de niños protegidos (ESI) menores de 1 año
- % de niños controlados (CRED) menores de 1 año
- % de niños controlados de 1 año y 2 años.
- % de niños recuperados con riesgo nutricional
- % de casos de niños menores de 5 años con diarrea disintérica
- % de niños con TBC

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. El equipo de gestión muestra funcionalidad y eficiencia en la toma de decisiones</b>			
1.1. Se ha implementado el paquete de atención integral del niño, historia clínica e instrumentos de seguimiento en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud	Instrumentos de atención al niño: historia clínica, registros de seguimiento, norma técnica, paquetes de atención integral y guías clínicas a nivel de EESS.		
1.2. Las actividades para la atención integral de los principales problemas de morbi mortalidad infantil están incorporadas en el <b>Plan Operativo Anual</b>	POA		
1.3. Se realiza análisis de la situación de Salud Infantil, identifica zonas de riesgo en su jurisdicción, y se elabora planes de intervención	Informes de análisis, mapa de riesgo, planes de intervención		
1.4. Existe el comité Integrado de mortalidad materno-perinatal, cumple sus objetivos (Resolución N°453-2006/MINSA)	Actas, informes		
1.5. Se realiza atención integral del niño en el establecimiento de salud utilizando el formato de atención integral de salud.	Historia clínica		
1.6. Se han adecuado los servicios para brindar esta atención integral	Observación		
1.7. Se cuenta con planes o proyectos articulados con actores sociales de su jurisdicción, para la mejora de la atención integral del niño y la reducción de la morbimortalidad infantil	Informes o planes elaborados		



## ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

- Cobertura de adolescentes atendidos
- % de adolescente embarazadas
- % de partos institucionales en adolescentes
- % de adolescentes con ITS - VIH – SIDA
- % de adolescentes con TBC
- % de consejerías integrales realizadas
- % de sesiones educativas y beneficiarios
- % de talleres realizados y beneficiarios.

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. El equipo de gestión muestra funcionalidad y eficiencia en la toma de decisiones</b>			
1.1. Se ha implementado paquete de atención integral del adolescente, historia clínica e instrumentos de seguimiento en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud	Instrumentos de atención integral al adolescente, historia clínica, norma técnica de atención del adolescente.		
1.2. Las actividades para la atención integral del adolescente, están incorporadas en el <b>Plan Operativo Anual</b>	<b>POA</b>		
1.3. Se realiza análisis de la Situación de Salud del Adolescente y se elabora planes de intervención local teniendo en cuenta la morbilidad.	Informes y/o planes elaborados		
1.4. Se realiza Atención Integral del Adolescente en el Establecimientos de Salud con utilización del formato de H.C de atención integral.	Historia clínica (5 pacientes atendidos en últimos 2 días al azar)		
1.5. Se han adecuado los servicios para brindar está atención integral teniendo en cuenta : servicios diferenciados-horarios diferenciados	Observación		
1.6. Cuenta con proyectos o planes de mejora para la solución de la problemática de los adolescentes en su ámbito, en articulación con otros actores sociales..	Informes y/o planes elaborados		



## ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

- Cobertura de adultos atendidos
- Cobertura de parto institucional
- Cobertura de gestantes controladas
- % de adultos atendidos con diagnost.de Hipertensión Arterial
- % de adultos atendidos con diagnost.de Diabetes Mellitus
- % de adultos atendidos con diagnost.de Tuberculosis
- % de adultos atendidos con diagnost.de Osteoporosis
- %de consejerías
- %de sesiones educativas y beneficiarios

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Crea procesos para la atención integral de adulto</b>			
1.1. Se ha implementado el paquete de atención integral del adulto varón y mujer, historia clínica e instrumentos de seguimiento en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud	Instrumentos de atención al adulto: historia clínica, registros de seguimiento, norma técnica, paquetes de atención integral y guías clínicas a nivel de EESS.		
1.2. Las actividades para la atención integral de los principales problemas de morbi- mortalidad están incorporadas en el <b>Plan Operativo Anual</b>	POA		
1.3. Se realiza atención de la mujer en condición no gestante ni puérpera según las normas técnicas en el marco del MAIS	Informes elaborados		
1.4. Se realiza Atención Integral del Adulto en el Establecimientos de Salud utilizando el formato de Atención Integral de Salud	Historia clínica		
1.5. Se realiza análisis de la situación de salud del adulto, se elabora planes de intervención	Informes y/o planes		
1.6. Cuenta con planes o proyectos de mejora para la solución de los problemas del adulto con otros actores en el ámbito	Plan o Proyecto elaborado		



## ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

- Cobertura de adultos mayores atendido
- % de adultos mayores atendidos con diagnóstico de Hipertensión Arterial
- % de adultos mayores atendidos con diagnóstico de Diabetes Mellitas
- % de adultos mayores atendidos con diagnóstico de Tuberculosis
- % de adultos mayores atendidos con diagnóstico de Osteoporosis
- % de sesiones educativas y beneficiarios

---



---



---



---



---

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>1. Crea procesos para la atención integral del adulto mayor</b>			
1.1. Se ha implementado el paquete de atención integral del adulto mayor, historia clínica e instrumentos de seguimiento en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (Microrredes/EESS)	Instrumentos de atención al adulto mayor: historia clínica, registros de seguimiento, norma técnica, paquetes de atención integral y guías clínicas a nivel de EESS.		
1.2. Las actividades para la atención integral de los principales problemas de morbi mortalidad están incorporadas en el POA	POA		
1.3. La red/Microrred y/o Establecimiento participa en la Mesa de Concertación del Adulto Mayor en su jurisdicción	Actas de Reuniones		
1.4. Se realiza análisis de la situación de salud del adulto mayor	Informe con Análisis del último trimestre		
1.5. Se han adecuado los servicios para brindar atención integral al adulto mayor utilizando el formato de atención integral de salud	Observación – H. C. con formatos (5 adultos mayores atd. Último día)		
1.6. Se desarrollan actividades relacionadas al envejecimiento saludables establecidas en el Plan nacional para las personas adultas mayores de acuerdo al D.S. 005-2002 PROMUDEH	Informe de actividades		
1.7. Cuenta con proyectos o planes de mejora para la solución de la problemática del adulto mayor con otros actores en su ámbito.	Informes y/o planes elaborados		
1.8. Se brinda atención preferencial según Ley N° 28683.	Ley publicada en lugar visible en admisión		



## ASPECTOS PARA LA ATENCION DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>GESTIÓN DE SEGURO INTEGRAL Y SALUD</b>			
1.1 El registro de datos en Fichas Socioeconómica FESEs y contratos de afiliación están debidamente llenados de manera legible, firmados y sellados	Al azar una muestra de 10 formatos de últimos 2 meses		
1.2. La Historia Clínica cuenta con el Formato de Atención debidamente llenado	Al azar una muestra de 10 Historia Clínica con los formatos de última atención		
1. 3. El personal de salud esta debidamente informado con las Normas del Seguro Integral de Salud	Acta de reunión y tenencia de las normas		
1. 4. El Asegurado es informado sobre sus derechos y deberes durante el proceso de afiliación	Entrevista con 03 usuarios durante proceso de afiliación (llenado de FESE y Contrato)		
1.5. El Archivamiento de los Formatos de Fichas de Evaluación Socioeconómica (FESEs) de los asegurados al SIS se realiza adecuadamente	Ubicar 10 Formatos de Fichas de Evaluación Socioeconómica (FESEs) al Azar		
1.6. El Archivamiento de los Formatos de Contratos de Afiliación de los asegurados al SIS se realiza adecuadamente	Ubicar 10 Formatos de Contrato de Afiliación al Azar		



## ASPECTOS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE, EN PROCESO, NO CUMPLE	VALOR
<b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGA</b>			
1.1 El abastecimiento de medicamentos anti TBC Esquemas 1 y 2 es de acuerdo a sus necesidades	Guía de remisión y Reporte de casos nuevos presentados		
1.2 Cuenta con stock para 02 meses del CPM (stock mínimo) de medicamentos y/o insumos para las estrategias de Planificación Familiar, Inmunizaciones, Brucelosis, Infección de Transmisión Sexual	Stock físico y ICI		
1.3 El stock de insumos de Planificación Familiar reportado en el ICI coincide con el Informe de la responsable de la estrategia del establecimiento	ICI e Informe de responsable de estrategia		
1.4 Cuenta con Archivo de Recetas dispensadas a pacientes atendidos por Estrategias Sanitarias	Archivos de Recetas		
1.5 Remiten los Formatos de las Reacciones Adversas a Medicamentos a la DEMID	Informes a DESP y DEMID		



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

# **ANEXO 2**

## **INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN UTILIZADA PARA LA ACLAS FORJANDO SALUD**



### VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS

	DIRESA .....	ASOCIACION CLAS.....	VISITA N° 1-2-3-4			
VARIABLES	INSUFICIENTE C (1)	EN PROCESO B (2)	CALIFICADO A (3)	Ponderado	Resultado	
<b>I. PRESTACIONES Y GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>						
<b>1</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS del PSL:</b>	Han logrado menos del 60% de sus metas en promedio del mes o meses evaluados y/o se están haciendo poco por revertir el problema. Hay poco interes por el monitoreo de los avances del PSL o no hay registro que permite revisarlo.	Han logrado menor resultado que el años anteriores y están por debajo de la meta deseada para el período evaluado, genera dudas sobre alcance de metas anuales. No se está monitoreando la información o hay retraso en su consolidación que genera dudas so	Han logrado el promedio esperado de cobertura o avance de meta para el período evaluado, lo cual permite alcanzar metas establecidas al año: por etapas de vida, Gestión Sanitaria, Promoción de la Salud, Actividades complementarias de Gestión y actividad	3	
<b>2</b>	<b>MONITOREO - EVALUACION PERIODICA Y DISTRIBUCION DE RESPONSABILIDADES DEL PSL EN EL PERSONAL DE SALUD.</b>	La evaluación de avances del PSL lo hace sólo muy pocas personas y está retrasado o no se ha hecho en el reciente trimestre. El resto de personal conoce poco sobre el PSL y no asume responsabilidades en su monitoreo y evaluación.	El PSL es monitoreado mensualmente y evaluado trimestralmente, participan más de tres trabajadores del equipo de salud; sin embargo, ello no se difunde y no se concreta en acciones de mejora. El cumplimiento del PSL es asumida sólo por una parte del equ	El monitoreo es mensual y la evaluación de avances del PSL es trimestral, hay resoponsabilidad expresa distribuida entre la mayoría del personal del establecimiento. Sus resultados sirven para mejorar las actividades y lograr las metas programadas. E	2	
<b>3</b>	<b>DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE SALUD</b>	Las actividades por hora o por turno del personal de salud en promedio es menos de la mitad (< 2 por hora) de lo que corresponde a la Región. O la información es incompleta o no es confiable	Las actividades por hora o por turno del personal de salud en promedio es mayor a la mitad (>2 por hora) de lo que corresponde a la Región, sin alcanzar el óptimo deseado.	Las actividades por hora (3 a 4) o por turno del personal de salud en promedio alcanza al óptimo de la Región. La extensión de uso e intensidad de uso en el establecimiento es adecuado. Hay cuidado en el registro y seguimiento de la consolidación de este	1	
<b>4</b>	<b>MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA registro de atención integral, secuencia según protocolo, firmas, repotado en HIS; archivo ordenado diariamente, historia individual y/o FAMILIAR. Revisar fichas rechazadas por el SIS</b>	Solo atiende motivo de consulta, no existe ningún esfuerzo por aplicar Atención Integral de Salud y las Historias no ha tenido ninguna adecuación.	Se observa que el personal aplica Atención Integral en Salud y lo promueven; sin embargo los registros y las histroiras clínicas tienen un registro ordenado y sistemático.	El personal aplica Atención Integral en Salud, lo promueven y las historias clínicas tienen un registro ordenado, correcto y con adecuaciones a la familia.  Hay evidencias de desarrollar historias clínicas familiares adecuandolos	1	
<b>5</b>	<b>CALIDAD DE LA INFORMACION - REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES INTRA - EXTRA MURAL EN HIS - CODIFICADO SEGÚN CIE X - DIGITADO ADECUADAMENTE</b>	Hay personal que no registra sus actividades diariamente o utiliza un cuaderno de registro y dicen pasarlo al HIS el fin de semana o fin de mes.  No hay interés por el buen registro y manejo de la información.	El personal registra actividades diariamente en HIS y además se utiliza cuadernos de registros diario de atención intramural y extramural, pero hay diferencias con lo que se informa y no concuerda con la programación de actividades extramural. Se evid	Hay registro diario de actividades en el HIS, además hay un cuaderno de registro diario de atención intramural del establecimiento al día, el personal lo considera muy útil.; Hay un libro de registro único diario de atención extramural. Los datos informad	1	



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
DIRESA .....		ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>I. PRESTACIONES Y GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>						
6	ACTIVIDADES DE TRABAJO INTRA-EXTRA MURAL SEGUIMIENTO DE PERSONAS Y FAMILIAS EN RIESGO uso de cuadernos, tarjeteros, gráficas de monitoreo, radar de gestantes.	No existe una programación de actividades o si lo hay, ella no se pone en práctica. El trabajo extramural es desordenado sin priorizar personas y familias en riesgo.	Programación de actividades EM es publicada para conocimiento del personal pero su cumplimiento muestra dudas. El seguimiento de personas y familias en riesgo (criterios de Estrategias Nacionales) requiere organizarse mejor.	Programación de actividades EM es elaborada con participación del personal, con evaluación de resultados que permite luego mejorar su cumplimiento. El seguimiento de usuarios y familias, cuyo registro se hace mediante tarjetas o cuadernos es aplicado	1	
7	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ACTIVA (VEA) Y SALA SITUACIONAL	La vigilancia epidemiológica activa es incompleta o con deficiencias en oportunidad y no contiene algunos casos registrados del HIS. La sala situacional es deficiente o no la tienen	La VEA es comunicada con alguna debilidad al nivel inmediato, ya sea en oportunidad o en los casos registrados en el establecimiento. Tiene una sala situacional con la información necesario, salvo pequeñas omisiones.	La VEA es comunicada oportunamente al nivel inmediato superior y comprende todos los casos de His y otros registros. No se encuentra defectos en la formas ni en la calidad de la información. Tiene una sala situacional con la información necesaria y actual	2	
8	SECTORIZACION DE LA POBLACION PARA SU ATENCION; ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES AL PERSONAL PARA EL MONITOREO	Se ha conversado el tema en reuniones pero aún no se ha concretado nada, o no hay información sobre como proceder	Sectorización de población por algún programa de salud, definición de sectores y responsables, hay por lo menos un croquis	Personal responsable de su sector conoce a sus familias, las monitorea tanto en atenciones intra y extramurales con instrumentos, tiene croquis con zonas de riesgo, daños, recursos y otros de tal manera que ayuda a tomar decisiones para acciones más amplia	2	
9	BIOSEGURIDAD Y EQUIPOS INDISPENSABLES PARA GARANTIZAR CALIDAD EN SERVICIOS CRITICOS (INMUNIZACIONES, SALA PARTOS, TÓPICO, LABORATORIO, ODONTOLOGÍA)	Hay fallas en el conocimiento y practica de bioseguridad, dudas sobre la asepsia y antisepsia, mas de un equipo indispensable no está funcionando adecuadamente (cadena de frío, equipo dental, esterilizador, equipo de partos, equipo de laboratorio)	El conocimiento y practica de bioseguridad es aceptable, la asepsia y antisepsia es adecuada en la mayor parte de los servicios, sólo un equipo indispensable no está funcionando adecuadamente (cadena de frío, equipo dental, esterilizador, equipo de par	El conocimiento y practica de bioseguridad es óptimo, la asepsia y antisepsia es adecuada en todos los servicios, los equipo indispensables están funcionando adecuadamente (cadena de frío, equipo dental, esterilizador, equipo de partos, equipo de labor	3	
10	ALMACENAMIENTO - VENTA Y ACCESO A MEDICAMENTOS	algunos medicamentos NO están en adecuadamente almacenados. No hay disponible los medicamentos de mayor uso e indispensables. Los precios no están publicados o no facilmente visibles al público	Los medicamentos están adecuadamente almacenados. Faltan algunos medicamentos de mayor uso e indispensables. Los precios están publicados pero no facilmente visibles al público	Los medicamentos están adecuadamente almacenados. Los medicamentos de mayor uso e indispensables se expenden en farmacia del establecimiento. Los precios están publicados y facilmente visibles al público, que facilita la desición del usuario.	1	
11	PLAN O PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD O INTERES POR MEJORAR LA ATENCION DE LA SALUD.	No hay ningún Plan para mejorar la calidad de atención, ni interés en tener un buen establecimiento en su estructura, presentación, no se ha mejorado el trato al usuario, ni el tiempo de espera.	hay interés por trabajar un Plan para mejorar la calidad de atención o en tener un buen establecimiento en su estructura, presentación, se ha mejorado el trato al usuario y el tiempo de espera.	Se tiene un Plan o Proyecto para mejorar la calidad de atención o hay evidencias de trabajo por un buen establecimiento en su estructura, presentación, o hay evidencias de haber mejorado el trato al usuario y el tiempo de espera. El público opina qu	2	



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
DIRESA .....	ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4		
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>I. PRESTACIONES Y GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>						
12 ADECUACION DE CONSULTORIOS o MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCION INTEGRAL	No han iniciado la adecuación de ambientes o sólo han hecho cambios mínimos o se desconoce como proceder	Adecuaron sus ambientes por etapas de vida buscando integrar los servicios para que la persona sea atendida lo mejor posible, pero aún se evidencia que es posible mejorarlo	Adecuaron sus ambientes según necesidades de la población (considera cultura comunidad), por etapas de vida, integradas con servicios que se complementan mejorando atención y facilidades para el usuarios	1		
13 IDENTIFICACION EXTERNA - SEÑALIZACION DE AMBIENTES O SERVICIOS ( orientado al usuario) y PRESENTACION FISICA INTERNA Y EXTERNA DEL E.S. limpieza, orden, iluminación, SH operativos.  PRESENTACION DEL PERSONAL DE SALUD (uniforme, fotocheck, higiene)	No Tiene señalización o sólo letrero de identificación del establecimiento. Señalización poco adecuada, hay cierto desorden y la higiene no es buena en algunas áreas del establecimiento. O parte del personal no usa uniforme adecuado y la apariencia no es	Tiene letrero de identificación, algunos servicios están señalizados. Existe flujograma pero es poco clara y deja duda si permite orientar a los usuarios. Hay orden y limpieza; sin embargo la higiene en áreas de mayor riesgo y en servicios higienicos no e	E.S. está debidamente identificado, publicados los horarios y servicios brindados, señalizados los pasadizos y consultorios, flujograma sencillo, bien ubicado y se constata que los usuarios lo entienden. Hay limpieza externa e interna, orden, iluminación	3		
14 Sistema de soporte PARA CONTINUIDAD DE ATENCION según PSL: Personal, manejo de información (Coordinación de referencia-contraref), comunicación y transporte.	No se ha organizado los recursos para realizar una buena continuidad de atención fuera del Estab. salud y en los que se transfieren por casos de emergencia o necesidad de mayor capacidad resolutiva	Se tiene organizado la continuidad de la atención clínica y comprende los aspectos básicos necesarios, sin embargo hay algunas deficiencias.	Se tiene organizado la continuidad de la atención clínica y comprende los aspectos necesarios, se evalúa periódicamente su funcionamiento, la información y la adecuada atención tienen un nivel alto de cumplimiento, no existen quejas.	2		
15 MANEJO DE INFORMACION POBLACIONAL LOCAL. Censos o estimaciones locales debidamente ajustadas cada año	Se programa realización del censo pero aún no se realiza o se ha solicitado información de otras fuentes sin concretarse.	Se realizó censo poblacional local hace más de 3 años, o se recibió información de entidad oficial, se ha realizado ajuste pero no está coordinado o aceptado por las instancias oficiales.	Anualmente se ajustan la información poblacional en base a censo local o estimaciones, contrastando y analizando más de dos fuentes verificables que aproximan a la realidad, estos resultados es conocido por todo el CLAS	1		
16 USO DE PADRON DE USUARIOS y escala tarifaria	Se encuentran en proceso de identificación de usuario o no se ha considerado como una tarea, o no se conoce como proceder.	Han concluido el proceso de identificación de usuarios, tienen padrón y escala tarifaria, pero su utilización es limitada	Tienen padrón de indentificación de usuarios, tarifa que se adecua a grupos de usuarios en aplicación (precios para SIS o de exoneraciones), cuya recaudación es revisada xperiódicamente.	2		
17 REUNIONES TECNICAS DE ANALISIS DE INDICADORES DE GESTION en prestaciones y gerencia de serv.salud, participación comunitaria, manejo de Recursos, vida institucional).	No hay registro de análisis o están pensando realizarlos	Solo el Gerente o el Equipo de Gestión o Concejo Directivo realiza el análisis, lo cual no es difundido o no ayuda a acciones con los distintos trabajadores	Datos analizados con participación del Equipo de Gestión, Concejo Directivo y responsables de cada área y otros, se registran y difunden al personal y a la Población, permite priorizar, organizar el trabajo del personal, haciendose mayores esfuerzos en	3		
18 INSTRUMENTOS DE GESTION DEL PERSONAL: Manual de Organización y Funciones, Reglamento Interno de Trabajo y Manual de Procedimientos.	Mencionan reuniones para elaboración, pero aún no se ha elaborado o actualizado	Existe el documento actualizado pero sólo algún personal lo conoce y no se le da mayor importancia	Tienen MOF actualizado es revisado y consultado frecuentemente y se traduce en que el personal está bien organizado, conoce bien sus funciones (muestra de 15% de trabajadores)	1		



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
DIRESA .....		ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>I. PRESTACIONES Y GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b>						
<b>19</b> TRABAJO EN EQUIPO: Organización del trabajo y comparten la visión y hay claridad de misión asignada	No hay evidencias o interés explícito para el trabajo en equipo o sólo han definido líneas de trabajo, no comparten visión ni hay claridad de la razón de ser de la institución	Equipos de trabajo con líneas o temas asignados, con reuniones periódicas y registradas	Equipos de trabajo con líneas o temas asignados, con reuniones periódicas, registro y evaluaciones. Hay coincidencias en la visión institucional de los trabajadores y tiene claridad de la misión institucional	2		
<b>20</b> DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD	Hay interés por atender las necesidades, expectativas y satisfacción del personal de salud (usuario interno), pero aún no se ha concretado nada.	Se ha planteado acciones que contribuya al desarrollo, motivación y satisfacción del usuario interno que incluye algunos incentivos ligado al desempeño del personal. hay un Programa o Plan de capacitación al personal de salud que no se ha ejecutado aún	Se ha implementado acciones orientado al desarrollo, motivación y satisfacción del usuario interno que incluye Un Programa de capacitación, reconocimiento institucional y algunos incentivos ligado al desempeño. Hay estudio de satisfacción del usuario	2		
<b>PUNTAJE PARCIAL DEL COMPONENTE</b>						



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS					
DIRESA .....	ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado
	C (1)	B (2)	A (3)		
<b>II. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA</b>					
1 AGENTES COMUNALES o PROMOTORES ACTIVOS Y ORGANIZACIONES DE BASE QUE PARTICIPAN EN SALUD mediante COORDINACIONES de los integrantes de la Asamblea General	No existe o es débil o recién se ha iniciado contactos con organizaciones	Hay participación, acciones que se coordinan, pero aún es pasivo y dependen de las decisiones del CLAS ( existe registros). Hay directorio de organizaciones de base y de agentes comunitarios actualizados.	Hay participación, acciones coordinadas, emiten opiniones y contribuyen a la toma de decisiones del CLAS frecuentemente ( existen registros). Cuenta con directorio de organizaciones de base y de agentes comunitarios actualizados. Los directivos del C	3	
2 Existencia de registro de COORDINACIONES, reuniones O TRAMITES del Consejo Directivo y Equipo de Salud CON EL GOBIERNO LOCAL o INSTITUCIONES LOCALES	sólo se ha realizado en ocasiones y no se mantiene actividades actualmente.	Solo reuniones ocasionales registradas sin previa planificación y hay poco esfuerzo por trabajar comunidades o municipios saludables	Coordinaciones o Reuniones periódicas registradas, planificadas y de interés para la salud de la comunidad. Hay apoyo del Gobierno Local y otras instituciones, se está trabajando comunidades y municipios saludables, entre otras.	1	
3 SISTEMA DE APOYO DE LAS ACCIONES DE SALUD POR LA COMUNIDAD. SISTEMA DE VIGILANCIA COMUNAL EN SALUD SALUD- SIMICO -CODECO	No se ha organizado ningún sistema de vigilancia comunal o no está actualmente activo. No hay interés por aplicar este tipo de experiencias o no se conoce	Se ha organizado un sistema de vigilancia comunal que está en proceso de implementación, pero aún no está consolidado. Hay SIMICO o similar funcionando parcialmente	Hay un sistema de vigilancia comunal que está funcionando aceptablemente bien, o alternativamente hay CODECO u organización similar de la comunidad que interactúa y trabaja con el CLAS. Hay resultados que mostrar	1	
4 INTERES POR SATISFACER A LA POBLACION (USUARIO EXTERNO): estudios, sondeos de opinión, buzón de sugerencias	Sólo han colocado un buzón de sugerencias, pero este no se promueve, ni se revisa. O no se conoce como proceder	Hay buzón de sugerencias, medios para su uso y se promueve que la población las utilice, se revisa ocasionalmente. Se aplica otros estudio de satisfacción de usuarios, pero este no ayuda a mejorar	Estudios de satisfacción de usuarios y buzón de sugerencias (revisados y analizados periódicamente). El análisis de la información permite mejorar el servicio. Se demuestra interés por el buen trato y acortar el tiempo de espera.	2	
5 PROMOCION DEL EJERCICIO DEL DERECHOS EN SALUD Y ESTRATEGIAS PARA RECOGER RECLAMOS Y ATENDERLOS	No hay ningún esfuerzo en recoger pedidos de la comunidad y el ejercicio del derecho en salud	Hay mecanismos de recojo de pedidos de la población a través de la Asamblea General pero no se traduce en decisiones y no se está promoviendo el ejercicio del derecho en salud.	Hay mecanismos internos y externos para recoger pedidos de la población y atenderlos, a través de la Asamblea General o Consejo Directivo, los cuales se informan a la población. Se promueve el EJERCICIO AL DERECHO EN SALUD	2	
6 PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA ELABORACION DEL PSL, E INFORME DE AVANCES o resultados y rendición de cuentas a la comunidad (incluye informe de evaluación anual)	No existe registro o sólo participación de algunos representantes registrada en actas o ha ocurrido en forma ocasional	Buena participación registrada en actas en alguno de los procesos de planificación, informe de avances (monitoreo) o evaluación-rendición de cuentas a la comunidad.	Amplia participación registrada en actas, evidencias de propuestas incorporadas al PSL; los avances de metas se informan y se registran aprobación o acciones para mejorarlas, hay por lo menos una reunión de rendición de cuenta al año	3	
7 INFORME DE ACTIVIDADES Y AVANCES DE METAS DEL PSL a la Asamblea General o Consejo Directivo en el semestre	No se informa a nadie o sólo se realizó en alguna ocasión	Evidencia de informe en dos reuniones en el semestre, generandose acuerdos para mejorar los avances del PSL	Más de dos reuniones en el semestre del Consejo Directivo y Gerente (y Equipo de Gestión) permite conocer y decidir acciones para mejorar metas PSL y por lo menos una exposición a la Asamblea Gral	2	
8 IMPLEMENTACION DE MECANISMOS DE TRANSPARENCIA	No se conoce como proceder o aún no se concreta nada	Se han adoptado algunas acciones y se publican información de la Asociación a la comunidad y autoridades locales	El CLAS puede atender al pedido de información de la población, publica sus PLANES, GASTOS, es transparente y así mismo hace esfuerzo por conocer y cumplir Ley de transparencia.	1	



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
	DIRESA .....	ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>II. PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA</b>						
<b>9</b>	LA COMUNIDAD CONOCE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL E.S. Y SABE QUE EL CLAS LO ADMINISTRA	Conocen solo ciertos servicios e ignora totalmente lo que es CLAS y las existencia de Directivos que pertenecen a su comunidad	Conocen la mayoría de servicios que ofrece el E.S. pero no conoce lo que es el CLAS ni existencia de directivos elegidos por la comunidad	Conocen los servicios que ofrece, horarios, precios y saben que el E.Salud es administrado por la Asamblea CLAS o Concejo Directivo que representa a la población.	1	
<b>10</b>	INTEGRANTES DEL CONCEJO DIRECTIVO CONOCE SUS FUNCIONES	No conoce bien las funciones, tiene dudas en los roles.	En promedio conocen dos de sus funciones, pero no de las funciones del Concejo Directivo y de la DIRESA	En promedio precisan más de tres de sus funciones, algunas de otros miembros del Consejo Directivo y ubica bien el rol del CLAS.	2	
				PUNTAJE PARCIAL DEL COMPONENTE		



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS

DIRESA .....		ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>III. OBLIGACIONES SOCIALES Y MANEJO DE RECURSOS ECONOMICOS</b>						
1	REGISTRO ACTUALIZADO DEL PERSONAL por toda fuente de financiamiento: 276, 728 y Servicios no Personales. RECORD LABORAL DE TRABAJADORES	La información no está actualizada, refieren que se ha iniciado dicho trabajo. Los registros están con poco orden o están incompletos. Hay contratos de personal no renovados o sin carta de despido (mas del 10%) y siguen trabajando sin ellos.	El documentos está actualizado parcialmente por todo tipo de fuente de financiamiento Existe récord laboral de trabajadores, pero no todos están actualizados; la renovación de contratos alcanzan a más del 90% de trabajadores.	Tienen registros completos, actualizados por todo tipo de personal y por todas las fuentes de financiamiento. El récord laboral está completo, actualizado y organizado por trabajador en fichas o folders, la renovación de contratos es inmediata. El 100% de	1	
2	ESTADO FINANCIERO -Balance Contable del año ANTERIOR	Aún no cumplen con ello o se ha evidenciado deficiencia no subsanadas todavía	El documento está elaborado, pero aún no ha sido auditado o revisado por ninguna instancia	El documento fue revisado o auditado con oportunidad antes de abril del presente año, mostrando que está bien elaborado y sustentado	2	
3	CUMPLIMIENTO DE PAGO DE CTS, ESSALUD, SUNAT, verificado en 03 últimos meses	El depósito bancario de obligaciones sociales y tributos es irregular e incompleto.	El depósito bancario de pagos tributarios y obligaciones sociales es completa pero con retraso	El depósito bancario de los tributos y obligaciones sociales se realiza puntualmente, completa y la información está disponible para su control	2	
4	DEPOSITO BANCARIO DE LOS RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS- RDR. Verificar en el último mes	Presenta documentos sustentatorios del depósito incompleto, menor al 90% de veces. No se ha informado al Concejo Directivo y ni hay actas.	Presenta documentos sustentatorios del depósito mayor al 90% de veces, pero no es total. Está informado y figura en actas	Presenta documentos sustentatorios y organizados del depósito oportuno en el 100% de veces. Está informado al Concejo directivo y figuran en actas.	2	
5	UTILIZACION DE CHEQUES para efectuar pagos, verificar 04 gastos en Declaración Jurada. Hay uso de CAJA CHICA para gastos menores y urgentes.	No se está usando cheques para efectuar los pagos, hay dudas del manejo del dinero. Funciona a disposición del gerente, o presidente o tesorero.	Se verifica uso de cheques en la mayoría de los gastos revisados, sólo es excepcional su no uso. Hay una caja chica con cierta duda sobre su adecuado manejo.	El 100% de los gastos observados se efectuaron con cheques. Para los gastos menores y urgentes hay una caja chica disponible, que se usa con sustento y de manera correcta.	2	
6	PROGRAMACION, APROBACION DE GASTOS, Y REGISTRO EN ACTAS DEL CONCEJO DIRECTIVO DEL CLAS. Verificar 03.	Las necesidades del E.S. sólo es de manejo de uno o dos personas y la mayoría de ellas no están registradas en actas	Hay casos revisados que está contemplado en actas, pero hay por lo menos uno que no.	El Equipo de Gestión del establecimiento y/o personal de salud participa en la programación de gastos del establecimiento. El Concejo Directivo aprueba la programación del gasto, la misma que	1	
7	CONTROL Y ANALISIS DE LA CALIDAD DEL GASTO	Se evidencia que no hay criterio adecuado para el gasto, los sustentos son dudosos y genera dudas la calidad del gasto	Hay gastos priorizados, sin embargo hay algunos fuera de la norma. Hay suistento de los gastos y se evidencia interés por ell uso adecuado de los recursos.	Los gastos son priorizados, bien distribuidos acorde a la necesidad y dentro de las normas. Hay signos del correcto uso del dinero del CLAS. Los saldos son comunicados a la DIRESA y se gastan previo tramite de aprobación.	1	
8	LIBROS CONTABLES ACTUALIZADOS. Revisar Libro Diario, Libro Banco y Cuenta Corriente, Libro de Inventario y Balances, Libro Caja	No Tienen los libros actualizados o no están disponibles para revisarlos	Tiene de 03 libros principales actualizados y algunos auxiliares, pero hay algunas limitaciones en su manejo	Tiene 04 libros contables y están actualizados al igual de los auxiliares, se evidencia buen manejo contable	3	



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
DIRESA .....		ASOCIACION CLAS.....			VISITA N° 1-2-3-4	
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>III. OBLIGACIONES SOCIALES Y MANEJO DE RECURSOS ECONOMICOS</b>						
<b>9</b> DECLARACION JURADA DE GASTOS. Constatar los sustentos en los tres últimos meses.	Cumple con presentarla cada mes. Se verifica entrega oportuna en menos de 50% o a pesar de entrega oportuna hay deficiencia en la documentación sustentatoria	Se presentó oportunamente entre el 90-99% y en los sustento se evidencia alguna deficiencia.	La entrega fue oportuna en el 100% de veces, los sustentos documentarios revisados están correctos y se ajustan a las normas (corresponde a lo verificado con los saldos de banco) .	3		
<b>10</b> EXISTENCIA DE PROYECTO DE MEJORA DE INFRAESTRUCTURA, MANTENIMIENTO PREVENTIVO O EQUIPAMIENTO.	Se ha comprado o construido sin un Proyecto con inversión económica que no ha sido debidamente coordinado con la DIRESA.	Hay un Proyecto con inversión económica coordinado con la DIRESA, pero tiene debilidades que podrían generar problemas posteriores.	Existe un Proyecto con inversión económica que ha sido debidamente coordinado y manejado con la DIRESA de acuerdo a la normatividad.	1		
			PUNTAJE PARCIAL DEL COMPONENTE			



VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS						
DIRESA .....		ASOCIACION CLAS.....		VISITA N° 1-2-3-4		
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado	
	C (1)	B (2)	A (3)			
<b>IV. VIDA INSTITUCIONAL</b>						
1	CONOCIMIENTO DE ESTATUTOS POR LOS INTEGRANTES DE LA ASAMBLEA CLAS Y PADRON DE SOCIOS	Hay evidencias de no haber revisado los estatutos padron de socios desactualizado	Conoce parte de los estatutos pero no los principales aspectos. El padron de socios actualizado	Buen conocimiento y dominio de los ESTATUTOS, sabe lo que contiene y que es muy importante para la Asociación. El padron de socios actualizado.	2	
2	REUNIONES PERIODICAS DEL CONCEJO DIRECTIVO Y REGISTRO EN ACTAS	El libro no registra con regularidad el desarrollo de sesiones o no está disponible	El libro registra decisiones y acuerdos de sesiones menor a 2 en el último mes	El libro registra 03 o más sesiones desarrolladas y tienen las firmas y toda la conformidad necesaria	2	
3	REGULARIDAD DE REUNIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACUERDO A ESTATUTOS	No hay evidencias de Asamblea General en el período esperado o hay signos que no se está procediendo correctamente	Se realizó al menos una sesión en el último trimestre (registrada en el libro de actas), hay signos que la Asamblea si está funcionando.	En actas se registra las sesiones de la Asamblea General en 02 o más veces en el semestre de acuerdo al estatuto, existiendo evidencias que la vida institucional y la jerarquía máxima de la Asamblea es respetada y está en pleno ejercicio, temas de impor	2	
4	EXISTENCIA ACTUALIZADA DE LA FICHA REGISTRAL DEL CLAS	La ficha registral tiene mas de un año y no se ha incluido ultimas modificaciones.	La ficha registral fue actualizada en los ultimos meses pero no contiene todas las modificaciones	La ficha registral fue actualizada oportunamente y contiene todas las modificaciones incluyendo las mas recientes (directivos, estatuto).	3	
5	RENOVACION DE MIEMBROS DE LA ASAMBLEA GENERAL Y EL CONCEJO DIRECTIVO	La vigencia del cargo de toda la asamblea no es completa, no se han renovado oportunamente algunos de ellos	Los cargos se han renovado en los plazos que corresponden pero su ejercicio y actualización en los registros públicos ha sufrido retraso.	Los miembros de la Asamblea general fueron renovados oportunamente y respetando el estatuto, la ficha registral se tramita oportunamente, luego del cambio del Concejo Directivo	3	
6	RESOLUCION DIRECTORAL para miembros que representan a DIRESA, GERENTE y Firma de ADDENDA DEL CONTRATO Adm. Compartida	No existe Resolución Directoral Representantes DIRESA y Gerente; o no se ha firmado la Addenda al contrato AC.	Están las Resoluciones Directorales al día y también la Addenda de contrato de Administración compartida, con excepción de uno de estos.	Se cuenta con las Resoluciones correspondientes y el contrato de Administración Compartida está vigente.	2	
7	CIERRE DE GESTION Y MEMORIAL INSTITUCIONAL ANUAL	El documento está en proceso de elaboración o se ha entregado con mucho retraso, con deficiencias en su contenido	El documento se ha entregado oportunamente, se ha evidenciado algunas deficiencias al verificar su contenido o la forma del documento no es la mejor.	El documento se ha entregado oportunamente, se ha evidenciado que la información es real y está adecuadamente elaborado, no se ha evidenciado deficiencias al verificar su contenido.	1	
8	EXISTENCIA EN ACTAS DE CONTRATOS, DONACIONES DE BIENES A LA DIRESA, INVENTARIO DE BIENES ACTUALIZADO	No existen en actas contratos, ni donaciones de bienes a la DIRESA o recién se está realizando. No hay inventario del año reciente o hay algunos bienes que no figuran en actas.	Existe registro en actas de las donaciones y contratos de bienes en forma incompleta de igual manera el inventario. Se está trabajando por completar o actualizar, hay por lo menos un bien que no figura en inventario.	Las donaciones de bienes y contratos figuran en actas, con firma del Consejo Directivo, además existe inventario actualizado y se verifica que todos los bienes revisados figuran en dicho inventario (verificar cuatro bienes).	1	



### VARIABLES PARA ALCANZAR LOGROS POR PRINCIPALES COMPONENTES EN LOS CLAS

DIRESA .....	ASOCIACION CLAS.....			VISITA N°	1-2-3-4
VARIABLES	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO	Ponderado	Resultado
	C (1)	B (2)	A (3)		
9 EL TERRENO DONDE SE UBICA EL ESTABLECIMIENTO ESTA SANEADO	El terreno no saneado no ha merecido atención y no hay interes en ello.	Hay evidencia de gestiones a nivel de DIRESA y organismos correspondientes.	El CLAS tiene el documento de propiedad y está debidamente saneada, cuenta con documento de propiedad y sus obligaciones tributarias al día.	1	
10 SITUACION INSTITUCIONAL DE RIESGO	Hay desacuerdos entre algunos directivos, gerente, personal de salud, o DIRESA que pone en riesgo el normal desarrollo del CLAS.	Los desacuerdos entre algunos directivos, gerente, personal o DIRESA y se está buscando la solución. Hay poco riesgo para el CLAS	Los desacuerdos o desencuentros entre algunos directivos, gerente, personal o DIRESA, están debidamente manejados que no genera ningún riesgo al normal desarrollo del CLAS.	1	
JDH/AC/DGSP/MINSA			PUNTAJE PARCIAL DEL COMPONENTE		
			<b>RESULTADO FINAL</b>		

Usted puede evaluar cuantitativamente según puntaje de la columna 1, 2 o 3, este se multiplica por el puntaje de la línea, coloque este producto en el recuadro en blanco de la línea, luego sume por cada componentes o POR TODOS LOS COMPONENTES y compare e

Usted puede hacer una evaluación cualitativa tomando en cuenta A como el Estandar, B en Proceso y C insuficiente.

### CUADRO REFERENCIAL PARA LA VALORACION FINAL\*

IDEAL ESPERADO	INSUFICIENTE	EN PROCESO	CALIFICADO
<b>EVALUACION CUANTITATIVA</b>	Menos de 60% < A 130	De 61 a 70% 130 - 179	De 71% a 89% 180 - 270
<b>EVALUACION CUALITATIVA</b>	A+B SUMAN MENOS DE 30	A +B SUMAN ENTRE 30 A 40	A+B SUMAN MAYOR A 40
	HAY RIESGO Y DEBE MONITOREARSE	EN OBSERVACION	FELICITACIONES

Luego de haberse definido bien el estandar en su Región usted debe aplicar el mismo instrumento en las ocasiones que visite al establecimiento idealmente debería ser la misma persona que vuelva a evaluar.



Gobierno Regional del Callao  
Gerencia Regional de Salud  
Dirección Regional de Salud del Callao



# **ANEXO 3**

## **INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL DE LOS HOSPITALES**



## INSTRUMENTO PARA LA SUPERVISIÓN INTEGRAL A NIVEL DE DIRESA A HOSPITALES

NOMBRE DEL HOSPITAL: .....

DIRECCION REGIONAL DE SALUD: .....

FECHA DE VISITA DEL..... AL.....

### OBSERVACIONES:

- Anotar SI cuando cumple el verificador, NO cuando no se cumple y NA en casos que No Aplica esta opción
- Anotar en el casillero VALOR, el porcentaje de avance cuando no cumple el verificador, 100% si cumple o NA

### ASPECTOS DE GESTIÓN GENERAL

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>1. El equipo de Gestión está constituido y funcionando</b>			
1.1 Tiene documento de constitución actualizado	Resolución Directoral		
1.2 El comité de gestión ha incorporado a representantes de epidemiología, comunicaciones, capacitación y de los usuarios (en el caso que estén organizados)	El documento o acta de constitución		
1.3 Disponen de normatividad interna relacionada con periodicidad de reuniones y tiempo de permanencia en el cargo de los miembros del equipo de gestión	Normatividad interna, si tienen o no reglamento		
1.4 Disponen de plan anual de actividades	Documento de Plan anual		
1.5 El equipo de gestión cumple el cronograma de reuniones de trabajo	Cronograma o libro de actas		
1.6 El equipo de gestión se reúne cuando existen situaciones de contingencia y propone soluciones. Si en el último año no se presentó ninguna situación de contingencia por lo tanto no fue necesario reunirse.	Libro de actas o Reportes epidemiológicos		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>2. El Equipo de Gestión dispone de información para la toma de decisiones</b>			
2.1 Disponen de los reportes mensuales de los indicadores que se manejan en cada una de las áreas y servicios, con sus respectivos gráficos	Reportes o sala situacional		
2.2 Disponen de los reportes estadísticos de producción de servicios	Archivo de reportes		
2.3 Analizan las variaciones mensuales y las tendencias en morbilidad, mortalidad, producción y costos	Actas o sala situacional		
2.4 En las reuniones se realiza informe de seguimiento y cumplimiento de acuerdos tomados en la reunión anterior sobre acciones que mejoran la Gestión de los servicios del Establecimiento	Informes o actas de reuniones y seguimiento de acuerdos		
2.5 Disponen de la información de las patologías de notificación obligatoria, por semana epidemiológica	Reportes epidemiológicos		
2.6 Han realizado estudios de investigación epidemiológica local u otros, al menos un estudio por año, o en el último año	Informes o estudios		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>3. El Establecimiento dispone de un Sistema de Soporte Informático funcional</b>			
3.1 Dispone de equipamiento tecnológico – informático, operativo, destinado al sistema de información del establecimiento	Disponibilidad y operatividad del sistema de información del establecimiento		
3.2 El flujo de información y los formatos de información son los aprobados por Norma Sectorial y actualizados	Formatos y últimos envíos al nivel regional o nacional		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>4. Plan Estratégico elaborado, monitorizado y evaluado</b>			
4.1 Disponen de Plan Estratégico vigente	Plan estratégico institucional		
4.2 El plan tiene definidas la misión, visión, análisis FODA, objetivos estratégicos, líneas estratégicas y metas estratégicas	Plan estratégico Institucional		
4.3 Existe correspondencia entre el Plan y los Lineamientos de Política del Sector	Plan Estratégico Institucional		
4.4 En la última evaluación anual de actividades, se comparó el avance de las metas con las establecidas en el Plan Estratégico	Informe de evaluación anual que indique la comparación		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>5. Plan Operativo Institucional, elaborado, monitorizado y evaluado</b>			
5.1 El Plan Operativo incluye: Misión, análisis de situación de salud, objetivos generales y específicos, metas, cronograma de actividades, presupuesto, monitoreo y evaluación.	Plan Operativo Institucional		
5.2 Los objetivos del POI corresponden a los objetivos estratégicos	Los objetivos y compare		
5.3 El equipo de Gestión del Establecimiento realiza el seguimiento trimestral de los avances de las metas establecidas en el POI	Los reportes de las 2 últimas evaluaciones trimestrales		
5.4 El equipo de Gestión Realiza evaluaciones y reprogramaciones del POI, al menos la semestralmente	El último informe semestral		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>6. Convenios o Acuerdos de Gestión</b>			
6.1 Dispone de Acuerdos de Gestión (NO APLICA, si no tienen acuerdos de gestión)	El Convenio o Acuerdo de Gestión		
6.2 Realizan monitoreo trimestral del convenio o acuerdo de gestión y se socializa con el comité de gestión (NO APLICA , si 6.1 es no aplica)	El informe de monitoreo y acta		
6.3 ¿El Director del establecimiento es miembro del comité interinstitucional de la Diresa/Disa y participa de sus reuniones?	Los oficios de convocatoria		
6.4 El establecimiento está representado en el Consejo de Salud o en comités multisectoriales	Membresía en actas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>7. Otros Documentos de Gestión</b>			
7.1 El Establecimiento dispone de ROF aprobado	RD o RM que lo aprueba		
7.2 El Comité de gestión dispone de los Manuales de normas y procedimientos Técnico-administrativos actualizados de los diferentes servicios, unidades o áreas	Los documentos en archivo		
7.3 Las unidades orgánicas tienen el MOF elaborado y aprobado	MOF de cada unidad		
7.4 Incluyen objetivos estratégicos de Calidad y actividades relacionadas al mejoramiento continuo en sus planes estratégicos y operativos	Los objetivos del Plan Estratégico y del POI		
7.5 Han definido estándares anuales de calidad en el establecimiento	El documento de estándares del Establecimiento		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>8. Gestión de recursos humanos (RRHH)</b>			
8.1 El Establecimiento dispone de Plan Anual de Desarrollo de RRHH aprobado	RD y Plan		
8.2 Tienen definido perfiles de competencias mínimos para el proceso de selección de personal nombrado y contratado por niveles	Documento de perfiles de competencias		
8.3 Tienen definido y aplican plan de inducción al personal nuevo por áreas o servicios	El plan y corrobore con el personal nuevo		
8.4 Tiene política de incentivos para los recursos humanos	RD que aprueba Política		
8.5 El diagnóstico de necesidades de capacitación se ajusta al perfil epidemiológico y al nivel de desempeño requerido	Informe de diagnóstico de necesidades acorde al perfil epidemiológico anual		
8.6 Disponen de plan de capacitación anual de acuerdo a las necesidades	Plan de capacitación anual		
8.7 El 25% de los profesionales de la salud de al menos las áreas críticas se han capacitado en sus respectivas especialidades en los dos últimos años	Certificación de capacitación		
8.8 El 25% del personal técnico, auxiliar o administrativo de al menos las áreas críticas ha sido actualizado en los dos últimos años, de acuerdo al perfil de necesidades del establecimiento	Informes de actualización ó capacitación en servicio		
8.9 Se ha hecho estudio e implementado algunas soluciones en relación a la satisfacción del usuario interno en el último año	Resultados del estudio y soluciones implementadas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>9. Satisfacción de usuario externo</b>			
9.1 Disponen de un sistema o mecanismos de escucha al usuario externo coordinado con todas las áreas o servicios del hospital	Encuestas, buzones u otros mecanismos estandarizados		
9.2 Hacen el análisis trimestral de los resultados de estos estudios e implementan soluciones	Las actas y seguimiento de resultados y soluciones		
9.3 Han diseñado un sistema de monitoreo semestral de la señalización, orden y operatividad de los servicios públicos accesibles a los usuarios (baños, teléfono, seguridad, informes, cafetería, otros)	Fichas de monitoreo y reportes semestrales de su aplicación		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>10. El Establecimiento desarrolla proceso de supervisión en servicios</b>			
10.1 Dispone de Plan Anual de Supervisión y Monitoreo de los servicios	Plan anual de supervisión y los Instrumentos por niveles.		
10.2 Los informes trimestrales de supervisión por cada una de las áreas o servicios, tienen una estructura definida, sus resultados son analizados y socializados. Y se hace el seguimiento de las soluciones implementadas?	Los informes, actas y murales en cada servicio		
10.3 Se realiza la implementación de las recomendaciones dejadas en la supervisión, verificar en tres informes del último trimestre que se hayan cumplido no menos del 75% de las recomendaciones o actividades propuestas	Los informes de seguimiento de las recomendaciones en la supervisión.		
<b>11. El Establecimiento desarrolla proceso de evaluación por servicios</b>			
11.1 Tiene instrumento de evaluación y este contempla la evaluación por resultados definidos previamente, en cada una de las áreas o servicios técnico administrativos.	Instrumento de evaluación e indicadores o resultados		
11.2 Han definido un cronograma de evaluación y se cumple?	Cronograma e informes de los últimos tres meses		
11.3 Existen evidencias de que los informes de evaluación sirven para reformular las actividades hacia el cumplimiento de los objetivos	Las disposiciones o acciones tomadas al respecto		
11.4 Los resultados de las evaluaciones son socializados entre el personal	Actas o murales por servicio		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>12. El Establecimiento desarrolla actividades para el mejoramiento de los Servicios</b>			
12.1 El Comité de Infecciones Intrahospitalarias tiene plan de actividades anual y realiza reuniones periódicas	Plan de actividades y acta de reuniones		
12.2 Se realiza estudios microbiológicos anuales, en al menos las áreas críticas	Informe de estudios realizados		
12.3 El Comité de Auditoria Médica ejecuta plan de actividades y socializa resultados	Plan, reportes y mural		
12.4 El Comité realiza auditoria de los casos de muerte intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones post-operatorias y otros	Informes de auditorias de Caso		
12.5 El Establecimiento tiene comité de Prevención de Mortalidad Materna y Peri natal	R. Directoral de constitución		
12.6 El Comité de Mortalidad Materna y Perinatal ejecuta plan de actividades y socializa los resultados de las causas de morbilidad y mortalidad MPN?	Plan, reportes y mural		
12.7 El Hospital dispone de un Comité de Emergencias y Desastres	Documento de constitución y acta de reuniones		
12.8 Dispone de un Plan de Contingencia anual para casos de emergencia o desastres, actualizado, socializado y disponible	Plan de contingencia aprobado y difundido.		



## ASPECTOS DE GESTIÓN LOGÍSTICA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>13. El Hospital programa sus requerimientos, distribución y adquisiciones en función a sus necesidades</b>			
13.1 Tiene Cuadro de Necesidades del año	Documento de Cuadro de Necesidades		
13.2 Tiene programación de adquisiciones en concordancia con el Cuadro de Necesidades (Plan anual de adquisiciones)	Cuadro de Necesidades con Plan anual de adquisiciones comparativamente		
13.3 Está operativo el comité de adquisiciones y este lo conforman especialistas de cada área según la compra a realizar?	Actas de dos últimas compras especializadas		
13.4 Tienen identificados a sus proveedores autorizados por CONSUCODE	Cuadro de Proveedores del año		
13.5 Dispone de cuadro de distribución mensual de medicamentos e insumos	Cuadro de distribución del año de medicamentos e insumos		
13.6 Conocen o han determinado el stock crítico para las diferentes unidades de atención en el último año (al menos las áreas de hospitalización y consulta externa)	Resultados de estudios actualizados y stock solicitados		
13.7 Conocen o han determinado los tiempos de reposición requeridos para los diferentes tipos de insumos, materiales y equipos, en el último año	Resultados de estudios actualizados y tiempos determinados		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>14. El establecimiento puede mostrar, que se tiene disponibilidad de insumos, medicinas, materiales y equipos médicos básicos para la atención</b>			
14.1 El comité farmacológico define el requerimiento de medicamentos no contemplados en el petitorio	Informes de requerimientos del comité, acta de reuniones		
14.2 Se dispone del último informe de stock de medicamentos e insumos, que se utilizan en cada una de las respectivas áreas	El último informe del trimestre del stock de SISMED por áreas		
14.3 Se desarrollan al menos una reunión en el trimestre sobre el tema de gestión de medicamentos, entre el personal del SISMED y el personal de los departamentos o servicios	Informes o actas de reuniones del trimestre		
14.4 Se verifica mensualmente la disponibilidad de insumos básicos necesarios para la atención materno infantil (Sulfato ferroso, Nitrato de Plata, vitamina K, insumos de laboratorio: RPR, ELISA, VIH; ESN: de EDA, IRA, TBC, PF, etc.)	Stock de los últimos tres meses, e informes de verificación		
14.5 Se verifica mensualmente la disponibilidad de tratamiento gratuito para casos positivos de RPR, VIH, incluye Leche artificial para RN, IRA, EDA, TBC, Malaria, etc.	Stock de los últimos tres meses, e informes de verificación		
14.6 Se verifican y consolidan los reportes mensuales de la disponibilidad de equipos operativos e insumos para el manejo estandarizado de las medidas de bioseguridad	Stock e inventario de los últimos tres meses, e informes de verificación		
14.7 Se verifica mensualmente la disponibilidad de insumos en áreas críticas (Emergencia, UCI, Neonatología, Sala de parto, centro quirúrgico – central de esterilización, servicios generales: cocina, lavandería)	Informes de verificación de los últimos tres meses		



## ASPECTOS DE GESTIÓN FINANCIERA

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>15. El establecimiento administra con eficiencia sus recursos financieros.</b>			
15.1 Tiene presupuesto anual aprobado por fuentes de financiamiento	Documento de presupuesto anual aprobado		
15.2 El presupuesto esta en relación con los objetivos y las actividades del POI	Presupuesto anual aprobado y consistenciado con el POI		
15.3 El establecimiento reporta mensualmente su ejecución presupuestal al nivel nacional (Central)	Cargos del envío del Informe mensual de ejecución presupuestal		
15.4 El establecimiento realiza la reprogramación presupuestal trimestral en función al avance de metas y prioridades sanitarias	Informes de reprogramación trimestral del presupuesto		
15.5 El equipo de gestión conoce el balance mensual – ejecución presupuestal por fuente de financiamiento (RO, RDR, SIS, Farmacia, otros) y toma decisiones en relación a ello	En libro de actas, informes, los acuerdos tomados en base a los balances mensuales		
15.6 El establecimiento dispone de estudio de costos por actividades actualizado. (NO APLICA, si no es unidad ejecutora)	Estudio de costos del último año		
15.7 El establecimiento realiza actualización anual de su tarifario	Informe de actualización de tarifario de los dos últimos años		
15.8 El Establecimiento monitoriza mensualmente el importe de las exoneraciones e indigencias	Informe mensual de monitoreo de exoneraciones - indigencias		
15.9 El Establecimiento monitoriza sus ingresos por servicios o unidades de producción, al menos semestralmente	Informe semestral de ingresos por servicios		



## PROCESOS PRESTACIONALES EN INSTITUTOS ESPECIALIZADOS U HOSPITALES NACIONALES

### ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes

- Rendimiento médico según especialidad
- Concentración según especialidad
- Morbilidad (Primeras causas de atención en consulta externa)

Nº	%

Indicadores:

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>16. El hospital brinda atención de calidad en consulta externa</b>			
16.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio de Consulta Externa	Plan de Inducción y reportes		
16.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio de Consulta Externa (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de Departamento		
16.3 Se dispone de un sistema de citas organizado e implementado para Consulta Externa	Sistema de citas informatizado o convencional funcionando		
16.4 Se dispone de personal entrenado en brindar información y orientación al cliente externo, en informes o como anfitriones/as	Rol del personal y observar su desempeño		
16.5 Existe información y orientación visible para los pacientes: paneles – letreros con horario de atención, tarifario, programación de médicos por consultorio, señalización de los diferentes ambientes y consultorios, entre otros	Señalización en el total -100% - de los ambientes		
16.6 La consulta externa se brinda en condiciones de privacidad en todos los ambientes donde ésta se da, o al menos en las cuatro especialidades básicas o de mayor demanda	Observando 5 atenciones en c/u de las 4 especialidades básicas o de mayor demanda.		
16.7 Después de atender a un paciente el profesional se lava las manos	Observando 3 atenciones diferentes en c/u de las 4 especialidades básicas o de mayor demanda		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
16.8 El servicio adecua y usa Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las diez primeras causas de consulta externa, en cada una de las cuatro especialidades básicas o servicios de mayor demanda	Guías de práctica clínica de las 10 primeras causas señaladas, actualizadas y aprobadas por R.D. o jefatural		
16.9 La Historia Clínica se llena adecuadamente en todas sus partes, según norma técnica de Historia Clínica y está firmada y sellada por el profesional que atiende	10 Historias Clínicas al azar de c/u de las cuatro especialidades básicas, o servicios de mayor demanda de los últimos 3 meses		
16.10 Dispone de estudios de tiempo de espera en el área, al menos semestralmente, socializados, publicados y con alternativas de solución implementadas (al menos 2 en el último semestre)	Resultados del estudio aplicado, actas, mural y corrobore implementación		
16.11 Dispone de estudio u otro mecanismo de medición de satisfacción del usuario externo en el área, al menos trimestralmente, se socializa, se publica e implementa?	Instrumentos de medición de satisfacción del usuario externo disponibles		
16.12 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de consulta externa al personal y al equipo de gestión del hospital, al menos trimestralmente.	Informe de los 2 últimos trimestres		
16.13 Dispone de listado (petitorio) de medicamentos actualizado y aprobado en cada ambiente de consulta externa (que considera al menos las 10 patologías más frecuentes)	Petitorio actualizado y aprobado en los ambientes de consulta externa por servicio		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>17. El establecimiento brinda calidad en la atención en el área de Admisión y Triage</b>			
17.1 El sistema de archivo de historias clínicas esta de acuerdo a la Norma Técnica de Historia Clínica	Organización de Sistema de Archivo según norma Técnica		
17.2 Disponen de sistema informatizado o manual de archivo de las historias clínicas	Tipo de archivo, actualizado		
17.3 Tiempo promedio de entrega de historia clínica (HC)	Tiempo de entrega de 10 HC		
17.4 Se ha implementado un sistema para atención del Seguro Integral de Salud	Sistema implementado de atención del SIS		
17.5 El área de Triage está a cargo de un (a) profesional de la salud entrenado(a)	Presencia de responsable		
17.6 Se observa que la toma de controles vitales se hace de manera adecuada?	Observando 5 tomas de controles a niños y 5 a adultos		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>18. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
18.1 Los consultorios están debidamente implementados con: escritorio y silla, 2 sillas para paciente y acompañante, biombo, mesa de examen respectiva a la especialidad, coche auxiliar, lámpara cuello de ganso, negatoscopio, todos en buenas condiciones	Muestra de 4 consultorios uno de c/especialidad básica o los 4 de mayor demanda		
18.2 Los consultorios disponen de: recetario, solicitudes de exámenes auxiliares, lapicero, linterna, tampón, sellos	Muestra de 4 consultorios (ídem)		
18.3 Dispone de ropa para la atención de los pacientes en cantidad suficiente; sábana para camilla, solera, mandil para paciente, según el caso	Muestra de 4 consultorios (ídem)		
18.4 Disponen de material y equipos necesarios, suficientes y operativos para el examen del paciente según especialidades; baja lenguas, pantoscopio, estetoscopio, espéculos, Pinard, guantes, gasa, algodón, espátulas, torundas, desinfectantes, otras soluciones, entre otros	Muestra de 4 consultorios (ídem)		
<b>19. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
19.1 El personal usa uniforme de protección en su trabajo diario, el total – 100% - del personal debe estar uniformado	Observando el personal en cada servicio		
19.2 Todos los consultorios disponen de lavamanos operativo, jabón líquido y toallas desechables	Una muestra de 4 consultorios de diferentes especialidades		
19.3 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando el proceso en 4 consultorios básicos		
19.4 Dispone de servicios higiénicos operativos 100% - a disposición de los usuarios	Observando los servicios		
19.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados al 100%: consultorios, pasillos, salas de espera, entre otros	Observando los ambientes		
19.6 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
19.7 Existe señalización de áreas seguras y de escape en los diferentes ambientes	Observando el servicio		
19.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal esta capacitado para su uso en el área al momento de la supervisión	Observando el servicio y corroborar con el personal		



## ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

### HOSPITALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución de cama
- Rendimiento cama
- Complicaciones quirúrgicas
- Infecciones intrahospitalarias
- Muerte intrahospitalaria (Muerte Materna)
- Morbilidad (primeras 10 causas de hospitalización)

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>20. El Establecimiento brinda atención de calidad en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia</b>			
20.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio	Plan de inducción y reporte del último personal nuevo		
20.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de Departamento		
20.3 Existe información y orientación visible para los pacientes – visitas: carteles con relación de pacientes hospitalizados, horario de visita, horario de alimentación de pacientes, señalización de ambientes y salas, entre otros	Cuadro con relación de pacientes y horario de visitas, señalización de ambientes		
20.4 El Servicio adecua y usa guías de práctica clínica (GPC) de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las 10 primeras causas de hospitalización	GPC del Servicio de Gineco Obstetricia actualizados y aprobados por la Dirección		
20.5 La Historia Clínica esta actualizada en todas sus partes, al momento de la supervisión, según Norma Técnica de Historia Clínica	Revisando al azar 4 Historias Clínicas, si están actualizadas según norma, del último trimestre y 2 actuales en uso		
20.6 En la supervisión se observa que el profesional que examina a un paciente durante la visita médica, se lava las manos al final de cada examen	Observando al menos 4 visitas en hospitalización		
20.7 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de hospitalización al personal y al equipo de gestión del hospital, trimestralmente	Informes, actas de reuniones de socialización o mural del último trimestre		
20.8 Dispone de encuestas u otro mecanismo de estudio de satisfacción de usuario del servicio aplicado al menos trimestralmente y los resultados de éstos se socializan con el personal y los usuarios?	Resultados según tipo de estudio aplicado, actas, mural u otro medio de socialización		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>21. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
21.1 Dispone de material y ropa limpia para la atención de los pacientes	Disponibilidad en servicio al 100%		
21.2 Dispone de los insumos requeridos para la atención diaria de las pacientes: guantes de examen ginecológico, gasas, apósitos, algodón, soluciones para limpieza de heridas e higiene, esparadrapo antialérgico	Disponibilidad en servicio al 100%		
21.3 Dispone de instrumental requerido para la atención diaria de las pacientes: espéculos, pinzas, tijeras, riñoneras entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
21.4 Está disponible una copia del listado (petitorio) de medicamentos aprobado y actualizado	Copia del Petitorio actualizado y aprobado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>22. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
22.1 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
22.2 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
22.3 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
22.4 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
22.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
22.6 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
22.7 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando del servicio		
22.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		



## HOSPITALIZACION EN PEDIATRIA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución de cama
- Rendimiento cama
- Infecciones intrahospitalarias
- Muerte intrahospitalaria (Muerte Peri natal)
- Morbilidad (primeras 10 causas de hospitalización)

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>23. El Establecimiento brinda atención de calidad en el servicio de hospitalización de Pediatría</b>			
23.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio	Plan de Inducción y reporte del último personal nuevo.		
23.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de departamento		
23.3 Existe información y orientación visible para los pacientes – visitas: carteles con relación de pacientes hospitalizados, horarios de visita, de alimentación de pacientes, señalización de ambientes y salas, entre otros	Cuadro con relación de pacientes, horario y señalización de áreas		
23.4 El Servicio adecua y usa guías de práctica clínica de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las 10 primeras causas de hospitalización	GPC del Servicio de Pediatría actualizados y aprobados por la Dirección		
23.5 La Historia Clínica está actualizada en todas sus partes, al momento de la supervisión, según Norma Técnica de Historia Clínica	Revisando al azar 4 Historias Clínicas, si están actualizadas según norma, del último trimestre y 2 actuales en uso		
23.6 En la supervisión se observa que el profesional que examina a un paciente durante la visita médica, se lava las manos al final de cada examen	Observando al menos 4 visitas		
23.7 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de hospitalización al personal y al equipo de gestión del hospital, trimestralmente	Informes, actas de reuniones de socialización o mural del último trimestre.		
23.8 Dispone de encuestas u otro mecanismo de estudio de satisfacción de usuario del servicio aplicado al menos trimestralmente y los resultados de éstos se socializan con el personal y los usuarios?	Resultados según tipo de estudio aplicado, actas, mural u otro medio de socialización		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>24. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
24.1 Dispone de material y ropa limpia para la atención de los pacientes	Disponibilidad en servicio al 100%		
24.2 Dispone de los insumos requeridos para la atención diaria de las pacientes: guantes de examen, gasas, apósitos, algodón, soluciones para limpieza de heridas o higiene, esparadrapo antialérgico entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
24.3 Dispone de instrumental requerido para la atención diaria de los pacientes: baja lenguas, pantoscopio, estetoscopio, pinzas, tijeras, riñoneras entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
24.4 Está disponible una copia del listado (petitorio) de medicamentos aprobado y actualizado	Copia del Petitorio actualizado y aprobado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>25. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
25.1 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
25.2 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
25.3 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
25.4 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
25.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
25.6 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
25.7 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando el servicio		
25.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## HOSPITALIZACION EN MEDICINA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución de cama
- Rendimiento cama
- Infecciones intrahospitalarias
- Muerte intrahospitalaria
- Morbilidad (primeras 10 causas de hospitalización)

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>26. El Establecimiento brinda atención de calidad en el servicio de hospitalización de Medicina</b>			
26.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio	Plan de Inducción y reporte del último personal nuevo.		
26.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de departamento		
26.3 Existe información y orientación visible para los pacientes – visitas: carteles con relación de pacientes hospitalizados, horarios de visita, de alimentación de pacientes, señalización de ambientes y salas, entre otros	Cuadro con relación de pacientes, horario y señalización de áreas		
26.4 El Servicio adecua y usa guías de práctica clínica (GPC) de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las 10 primeras causas de hospitalización	GPC del Servicio de Medicina actualizados y aprobados por la Dirección		
26.5 La Historia Clínica esta actualizada en todas sus partes, al momento de la supervisión, según Norma Técnica de Historia Clínica	Revisando al azar 4 Historias Clínicas, si están actualizadas según norma, del último trimestre y 2 actuales en uso		
26.6 En la supervisión se observa que el profesional que examina a un paciente durante la visita médica, se lava las manos al final de cada examen	Observando al menos 4 visitas		
26.7 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de hospitalización al personal y al equipo de gestión del hospital, trimestralmente	Informes, actas de reuniones de socialización o mural del último trimestre.		
26.8 Dispone de encuestas u otro mecanismo de estudio de satisfacción de usuario del servicio aplicado al menos trimestralmente y los resultados de éstos se socializan con el personal y los usuarios?	Resultados según tipo de estudio aplicado, actas, mural u otro medio de socialización		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>27. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
27.1 Dispone de material y ropa limpia para la atención de los pacientes	Disponibilidad en servicio al 100%		
27.2 Dispone de los insumos requeridos para la atención diaria de las pacientes: guantes de examen, gasas, apósitos, algodón, soluciones para limpieza de heridas o higiene, esparadrapo antialérgico entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
27.3 Dispone de instrumental requerido para la atención diaria de los pacientes: baja lenguas, pantoscopio, estetoscopio, pinzas, tijeras, riñoneras entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
27.4 Está disponible una copia del listado (petitorio) de medicamentos aprobado y actualizado	Copia del Petitorio actualizado y aprobado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>28. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
28.1 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
28.2 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
28.3 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
28.4 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
28.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
28.6 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
28.7 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando el servicio		
28.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## HOSPITALIZACION EN CIRUGÍA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución de cama
- Rendimiento cama
- Complicaciones quirúrgicas
- Infecciones intrahospitalarias
- Muerte intrahospitalaria
- Morbilidad (primeras 10 causas de hospitalización)
- 

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>29. El Establecimiento brinda atención de calidad en el servicio de hospitalización de Cirugía</b>			
29.1 Se realiza un proceso de inducción al personal nuevo que ingresa a laborar al servicio	Plan de Inducción y reporte del último personal nuevo		
29.2 Dispone de programación mensual de los recursos humanos para el servicio (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)	Programación mensual de RRHH firmada por Jefe de departamento		
29.3 Existe información y orientación visible para los pacientes – visitas: carteles con relación de pacientes hospitalizados, horarios de visita, de alimentación de pacientes, señalización de ambientes y salas, entre otros	Cuadro con relación de pacientes, horario y señalización de áreas		
29.4 El Servicio adecua y usa guías de práctica clínica de acuerdo al perfil epidemiológico y nivel de complejidad del establecimiento, de al menos las 10 primeras causas de hospitalización	GPC del Servicio de Cirugía actualizados y aprobados por la Dirección		
29.5 La Historia Clínica esta actualizada en todas sus partes, al momento de la supervisión, según Norma Técnica de Historia Clínica	Revisando al azar 4 Historias Clínicas, si están actualizadas según norma, del último trimestre y 2 actuales en uso		
29.6 En la supervisión se observa que el profesional que examina a un paciente durante la visita médica, se lava las manos al final de cada examen	Observando al menos 4 visitas		
29.7 El Jefe del Servicio da a conocer los resultados de la evaluación de indicadores de hospitalización al personal y al equipo de gestión del hospital, trimestralmente	Informes, actas de reuniones de socialización o mural del último trimestre		
29.8 Dispone de encuestas u otro mecanismo de estudio de satisfacción de usuario del servicio aplicado al menos trimestralmente y los resultados de éstos se socializan con el personal y los usuarios?	Resultados según tipo de estudio aplicado, actas, mural u otro medio de socialización		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>30. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
30.1 Dispone de material y ropa limpia para la atención de los pacientes	Disponibilidad en servicio al 100%		
30.2 Dispone de los insumos requeridos para la atención diaria de las pacientes: guantes de examen, gasas, apósitos, algodón, soluciones para limpieza de heridas o higiene, esparadrapo antialérgico entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
30.3 Dispone de instrumental requerido para la atención diaria de los pacientes: baja lenguas, pantoscopio, estetoscopio, pinzas, tijeras, riñoneras entre otros	Disponibilidad en servicio al 100%		
30.4 Está disponible una copia del listado (petitorio) de medicamentos aprobado y actualizado	Copia del Petitorio actualizado y Aprobado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>31. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
31.1 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
31.2 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
31.3 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
31.4 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
31.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
31.6 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
31.7 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando del servicio		
31.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el persona.		



## ATENCIÓN EN ÁREAS CRÍTICAS

### ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia en salas de observación
  - Porcentaje de Ocupación en sala de observación
  - Intervalo de sustitución de cama en sala de observación
  - Rendimiento cama en sala de observación
  - Morbilidad (primeras 10 causas de casos referidos)
  - Morbilidad (primeras 10 causas de atención en emergencia)
  - Muerte intrahospitalaria (Tasa)
  - Muerte intrahospitalaria (10 primeras causas)

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>32. El Establecimiento brinda atención de calidad en el Servicio de Emergencia</b>			
32.1 El Sistema de Ingreso a emergencia está adecuadamente organizado	La señalización en el total de los ingresos al área de emergencia		
32.2 El área de Triage está a cargo de un (a) profesional de la salud entrenado(a)	Presencia de responsable		
32.3 Se observa que la toma de controles vitales se hace de manera adecuada?	Observando 3 tomas de controles a niños y 3 a adultos, 100% deben ser correctos		
32.4 Disponen con programación mensual de los recursos humanos del servicio de Emergencia ( medico, enfermeras, técnicos, etc.), en lugar visible y accesible	Programación de RRHH, en cada servicio		
32.5 En los últimos tres meses se verifica el cumplimiento del rol de guardias de acuerdo a programación mensual?	El cumplimiento de la programación en un 90%		
32.6 Dispone de estudio u otro mecanismo de medición de satisfacción del usuario externo en el área, al menos semestralmente, se socializa, se publica e implementa?	Estudio aplicado, actas del mismo o del buzón y mural		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
32.7 En los últimos tres meses se lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes de la guardia?	El libro o cuaderno de ocurrencias		
32.8 Los equipos de guardia saliente y entrante intercambian información sobre las ocurrencias médicas?	Un relevo de guardia o 5 informes de relevo al azar de los últimos tres meses en diferentes turnos		
32.9 En los últimos seis meses se han identificado las tres principales causas de demora en la atención de emergencia, se han analizado y acordado soluciones, y se ha implementado al menos una medida correctiva?	Informes de estudios realizados, actas de socialización o acuerdos y soluciones implementadas.		
32.10 En el último año el establecimiento ha adecuado y aprobado los protocolos de manejo básico para las referencias y contrarreferencia, de emergencias de acuerdo a su perfil?	Protocolos de referencia y contrarreferencia aprobados y en uso		
32.11 El establecimiento tiene guías de práctica clínica (GPC), actualizadas al último año, de las 10 causas más frecuentes de atención de emergencia en c/u de las cuatro especialidades básicas? Están disponibles en los respectivos ambientes de atención?	La presencia de GPC en c/u de las 4 especialidades básicas o las 4 de mayor demanda del servicio		
32.12 En un acto de emergencia real o simulado en el turno tarde o noche se comprueba la disponibilidad inmediata del equipo completo de guardia o retén, en cada una de las especialidades básicas o las cuatro de mayor demanda?	Disponibilidad del equipo completo en un tiempo no mayor a 5 minutos y a 10 minutos el de retén		
32.13 El servicio de emergencia participa del comité de gestión y en los últimos tres meses se ha presentado y discutido informe sobre la situación de la emergencia del establecimiento?	En actas del comité de gestión la discusión, acuerdos y seguimiento del tema - servicio de emergencia		
32.14 El reporte estadístico mensual de las atenciones de emergencia, se discute y socializa con el personal del servicio en reuniones o en publicación.	Actas de los últimos tres meses o mural de socialización		
32.15 Se tienen programas de trabajo conjunto o reuniones de coordinación con los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio, Rx) y banco de sangre, de la emergencia para analizar y plantear soluciones a sus problemas?	En actas al menos una reunión en últimos 3 meses, análisis de los problemas y soluciones		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>33. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
33.1 Existencia de equipos esenciales para resolver emergencias y garantizar la calidad de atención (tensiómetros y estetoscopios por servicio, electrocardiógrafo, desfibrilador, oxígeno y máscara operativos, laringoscopios y ambú de adultos y niños, equipos de venoclisis, y flebotomía completos.	La disponibilidad y operatividad de todos los equipos esenciales		
33.2 Existencia de medicamentos e insumos esenciales para resolver emergencias de acuerdo al perfil de las 10 causas más frecuentes de atención en emergencia en cada una de las 4 grandes especialidades o las 4 de mayor demanda	La disponibilidad total de insumos y medicamentos de acuerdo a las guías de práctica clínica (GPC) aprobadas localmente		
33.3 Existencia del petitorio de medicamentos en el servicio de emergencia?	Disponibilidad del petitorio		
33.4 Existe en el servicio de emergencia el listado actualizado mensual de los medicamentos disponibles en stock de las cuatro especialidades básicas o las 4 de mayor demanda?	Disponibilidad de los listados de los tres últimos meses en cada una de las unidades requeridas		
33.5 En el momento de la supervisión se observa sala quirúrgica operativa para atención de emergencias durante las 24 hrs. del día. (En forma permanente)	La disponibilidad de al menos dos salas quirúrgicas en el hospital		
33.6 Farmacia de emergencia dispone de stock de medicamentos trazadores, al menos para sus 10 primeras causas de atención, en c/u de las 4 especialidades básicas o las 4 de mayor demanda, y para un mínimo de 15 días con el promedio de atención diaria reportado para el último trimestre?.	Stock de los medicamentos trazadores de los 10 últimos días, según especialidades		
33.7 El establecimiento tiene equipo de telecomunicaciones disponible las 24 hrs., medios de transporte operativos, con chofer y combustible suficiente para el traslado inmediato al nivel de atención superior de su referencia, de pacientes de emergencia o con complicaciones?	La disponibilidad y operatividad del equipo de comunicaciones y los medios de transporte		



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>34. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
34.1 El Sistema de ingreso a emergencia está reglamentado y se operativiza	La operatividad en el ingreso de pacientes y acompañantes		
34.2 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
34.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe reporte - 2 últimos meses		
34.4 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
34.5 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
34.6 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
34.7 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
34.8 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando del servicio		
34.9 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## ATENCIÓN EN UCI GENERAL\* y UCI DE NEONATOLOGÍA

- **La UCI general atiende casos de adultos y de pediatría y la de neonatología sólo recién nacidos.**

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de permanencia
- Porcentaje de ocupación
- Intervalo de sustitución
- Rendimiento cama
- Morbilidad (primeras 10 causas de atención)
- Muerte intrahospitalaria (Tasa)
- Muerte intrahospitalaria (10 primeras causas)

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>35. El establecimiento brinda atención de calidad en UCI general (adultos y pediatría) y neonatología. Verifique los criterios en ambas unidades</b>			
35.1 Disponen de UCI general (Adultos y Pediatría) y Neonatología?	Existencia de UCI general y de Neonatología		
35.2 La disposición y flujo en salas de UCI garantiza la privacidad, condiciones de aislamiento, acceso rápido y monitoreo visual permanente de los pacientes	Los cuatro criterios a ser evaluados en ambas unidades		
35.3 Disponen de guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de las 10 patologías más frecuentes, en cada una de las UCI	La existencia, utilización y actualización anual de las GPC		
35.4 Disponen de programación mensual de los recursos humanos en las UCI (medico, enfermeras, técnicos, etc.), en lugar visible y accesible	Programación de RRHH del mes		
35.5 En los últimos tres meses se verifica el cumplimiento del rol de guardias de acuerdo a programación mensual?	El cumplimiento de la programación en un 90%		
35.6 En los últimos tres meses se lleva al día el registro diario de las ocurrencias médicas más importantes de la guardia en cada UCI?	El libro o cuaderno de ocurrencias		
35.7 Los equipos de guardia saliente y entrante de UCI intercambian información sobre las ocurrencias médicas?	Un relevo de guardia o 5 informes de relevo al azar de los últimos tres meses en diferentes turnos.		
35.8 En un acto de emergencia real o simulado en el turno tarde o noche se comprueba la disponibilidad inmediata del equipo completo de cada una de las UCI ?	Disponibilidad del equipo completo en un tiempo no mayor a 5 minutos y a 10 minutos el de retén		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>36. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
36.1 Equipos esenciales para emergencias y garantizar la calidad de atención (tensiómetros y estetoscopios por servicio, electrocardiógrafo, oxígeno y máscara, desfibrilador, laringoscopios y ambú de adultos, niños y recién nacidos, equipos de venoclisis y micro goteo y, flebotomía completos y similar en neonatos	La disponibilidad y operatividad de todos los equipos esenciales		
36.2 Existencia de medicamentos e insumos esenciales para emergencias según el perfil de las 10 causas más frecuentes de atención en cada una de las UCI	Disponibilidad total de insumos y medicamentos según GPC		
36.3 Existencia del petitorio de medicamentos en ambos servicios	Disponibilidad del petitorio		
36.4 Listado actualizado mensual de medicamentos en stock en cada servicio?	Disponibilidad de listados		
36.5 En el momento de la supervisión se observa la unidad de cuidados intensivos general y para recién nacidos, operativa durante las 24 hrs. del día	La disponibilidad de ambas UCI en forma permanente		
36.6 Los equipos de las UCI disponen en lugar visible de indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observar equipos de áreas críticas (Al menos 5)		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>37. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones</b>			
37.1 El Sistema de ingreso a UCI está reglamentado y se operativiza	La operatividad en el ingreso		
37.2 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
37.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe reporte - 2 últimos meses		
37.4 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
37.5 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
37.6 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados en su totalidad, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
37.7 Todos los servicios higiénicos están operativos al 100% y disponibles	Observando los servicios		
37.8 Existen cartillas visibles de Bioseguridad en todos los ambientes de atención	El total de los requerimientos		
37.9 Se observa la aplicación estandarizada de medidas de Bioseguridad para la prevención y control de infecciones nosocomiales en la atención de los pacientes?	Lavado de manos de profesionales luego de atender a cada paciente		
37.10 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando del servicio		
37.11 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso.	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Promedio de tiempo quirúrgico por tipo de operación (10 más frecuentes)
- Rendimiento por sala quirúrgica
- Morbilidad (primeras 10 causas de cirugía)
- Muerte intrahospitalaria (Tasa)
- Muerte intrahospitalaria (10 primeras causas)

N°	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>38. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC del Servicio de Centro Quirúrgico</b>			
38.1 Disponen de guías de atención para el manejo de las 10 intervenciones quirúrgicas más frecuentes	Utilización y actualización anual		
38.2 Disponen de programación mensual de recursos humanos del servicio (medico anestesista, enfermeras, técnicos, etc.), en lugar visible y accesible	Programación de RRHH		
38.3 En los últimos tres meses se verifica el cumplimiento del rol de guardias de acuerdo a programación mensual?	El cumplimiento de la programación en un 90%		
38.4 El libro de registro de cirugía está debidamente llenado, de manera legible y firmado por los médicos responsables con nombre completo y CMP?	Al azar una muestra de diez registros en los últimos tres meses		
38.5 Existe anesthesiólogo disponible en cantidad suficiente (mínimo 1 para 2 salas) las 24 horas del día	Presencia física del profesional durante la supervisión		
38.6 En el momento de la supervisión se observa sala de operaciones operativa para atender las emergencias (durante las 24 hrs. del día)	Disponibilidad de al menos dos salas		
38.7 Existe estudio anual de tiempos quirúrgicos promedio de las 3 á 5 cirugías más frecuentes por especialidad quirúrgica y se ha mejorado el último año	Resultados y análisis del estudio del último año, actas y seguimiento.		



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



38.8 El Jefe del Servicio participa en el comité de gestión y en los últimos tres meses ha presentado y discutido informe sobre la situación de sus unidades?	En actas del comité de gestión la discusión, acuerdos y seguimiento del tema – centro quirúrgico		
38.9 Existe el reporte estadístico mensual de las atenciones de las unidades, este se discute y socializa con el personal del servicio en reuniones o en publicación	Actas de los últimos tres meses o mural de socialización		
39.1 Existencia de equipos esenciales en C.Q. para resolver emergencias y garantizar la calidad de atención (tensiómetros y estetoscopios por sala, electrocardiógrafo, desfibrilador, oxígeno y máscara operativos, laringoscopios y ambú de adultos y niños, equipos de venoclisis, y flebotomía completos.	La disponibilidad y operatividad de todos los equipos esenciales		
39.2 Existencia de medicamentos e insumos esenciales para resolver emergencias quirúrgicas de acuerdo al perfil de las 10 intervenciones más frecuentes.	La disponibilidad total de insumos y medicamentos de acuerdo a las GPC aprobadas localmente		
39.3 Existe en el servicio el listado actualizado mensual de los medicamentos disponibles en stock?	Disponibilidad de los listados de los tres últimos meses		
39.4 Los equipos de centro quirúrgico disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento.	Observar equipos de áreas críticas (Al menos 5)		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>40. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones</b>			
40.1 El Sistema de ingreso a Centro Quirúrgico está reglamentado y se operativiza	La operatividad y restricciones en el ingreso		
40.2 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
40.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de reporte mensual		
40.4 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
40.5 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
40.6 Existen afiches o cartillas visibles de Bioseguridad en al menos el 80% de los ambientes de atención, entrada, pasillos, lavabo, vestidores, salas, servicios higiénicos	Observando los diferentes ambientes del servicio		
40.7 Los ambientes de C.Q. se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
40.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>41. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Central de esterilización</b>			
41.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico Administrativos actualizado y aprobado	Disponibilidad del manual		
41.2 Hay establecido, es visible y cumple horario de recepción-entrega de materiales.	Cumplimiento del horario		
41.3 Se ha determinado el flujo para el recepción, procesamiento, almacenaje y disposición de materiales en el área, que evite la contaminación de los mismos.	Señalización de áreas y líneas de flujo		
41.4 Los protocolos de esterilización de acuerdo al manual y por tipo de material se encuentran visibles en sus respectivas áreas y actualizados en el último año	Los protocolos visibles en las diferentes áreas según corresponda		
41.5 Aplican diariamente sistema estándar para el control de calidad de la esterilización por tipo de material	Reporte diario		
41.6 Se conoce el rendimiento y costos de los materiales usados en el servicio, por unidad de medida o paquetes.	Listas o patrones de costos y rendimientos del último año.		
41.7 Manejan protocolos de sets de instrumental quirúrgico para las 5 intervenciones más frecuentes en cada una de las especialidades quirúrgicas (Cx general, traumato, urología, otorrino, oftalmología, ginecología, cardiovascular, cabeza y cuello, neurocirugía, cirugía pediátrica)	Protocolos actualizados de los dos últimos años.		
41.8 Mensual se hace reporte de pérdida-deterioro de material a comité de gestión -y -logística	Reportes de los tres últimos meses		
41.9 Existe señalización de áreas de seguridad y escape	Observando del servicio		
41.10 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso.	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>42. Disponibilidad de equipos, materiales e insumos</b>			
42.1 Existen materiales e insumos esenciales, para atender las necesidades del establecimiento mínimo para un mes?	Disponibilidad de materiales en relación al promedio de consumo		
42.2 Existe el listado actualizado mensual de los materiales disponibles en stock?	Listado y stock actualizado		
42.3 Los equipos usados en proceso de esterilización están operativos?	Operatividad de los equipos, 100%		
42.4 Los equipos del servicio disponen en lugar visible de indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento.	Observar equipos de áreas críticas (Al menos 5)		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>43. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
43.1 El Sistema de ingreso a central de esterilización está reglamentado y operativo	La restricción y operatividad en el ingreso		
43.2 El personal está uniformado, co gorro y mascarillas	Que todo el personal use implementos		
43.3 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
43.4 Dispone de equipos e insumos básicos para un adecuado manejo de medidas de Bioseguridad	Aprueba si tiene el total de los requerimientos		
43.5 Existen afiches o cartillas visibles de Bioseguridad en al menos el 50% de los ambientes de atención	Aprueba si tiene el total de los requerimientos		
43.6 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso.	Observando el servicio, corroborar con el personal.		
43.7 Los ambientes de se mantienen limpios y ordenados en su totalidad?	Observando diferentes ambientes		



## ATENCIÓN EN CENTRO OBSTÉTRICO

Analizar con el Comité de Gestión prioritariamente los siguientes Indicadores:

- Porcentaje de partos distócicos
- Porcentaje de cesáreas
- Morbilidad (Primeras 10 causas de atención de parto distócico)
- Morbilidad (5 primeras causas de cesárea)
- Porcentaje de partos normales que se complican
- Mortalidad materna
- Mortalidad perinatal

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>44. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC del Servicio de Centro Obstétrico.</b>			
44.1 Disponen de guías de atención para el manejo de las 7 primeras causas de atención de parto distócico. (incluye parto normal)	Aplicación y actualización anual de las guías		
44.2 Disponen de programación mensual de los recursos humanos del servicio (gineco-obstetra, anestesista, obstetricas, enfermeras, técnicos, etc.), en lugar visible y accesible	Programación de RRHH mensual		
44.3 En los últimos tres últimos meses se verifica el cumplimiento del rol de guardias de acuerdo a programación mensual?	Cumplimiento de programación en un 90%		
44.4 El libro de registro de centro obstétrico está debidamente llenado, de manera legible y firmado por los médicos responsables con nombre completo y CMP?	Muestra al azar de 10 registros en los últimos tres meses		
44.5 En el momento de la supervisión se observa sala de partos y de procedimientos obstétricos operativa (durante las 24 hrs. Del día)	Si tienen al menos 2 salas disponibles		
44.6 El servicio participa en el comité de gestión y en los últimos tres meses se ha presentado y discutido informe sobre la situación de sus unidades?	En actas del comité de gestión la discusión, acuerdos y seguimiento del tema – centro quirúrgico		
44.7 Existe el reporte estadístico mensual de las atenciones de las unidades, este se discute y socializa con el personal del servicio en reuniones o en publicación	Actas de los últimos 3 meses o mural de socialización		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>45. Disponibilidad de materiales, insumos y equipos</b>			
45.1 Existencia de equipos esenciales en C.O. para resolver emergencias y garantizar la calidad de atención (tensiómetros y estetoscopios por sala, oxígeno y máscara operativos, ambú de adultos y niños, equipos de venoclisis, y flebotomía completos	La disponibilidad y operatividad de todos los equipos esenciales		
45.2 Existencia de medicamentos e insumos esenciales para resolver o estabilizar las emergencias obstétricas relacionadas al parto de acuerdo al perfil de las 10 causas más frecuentes de parto distócico o complicaciones del parto	La disponibilidad total de insumos y medicamentos de acuerdo a las GPC aprobadas localmente		
45.3 Existe en el servicio el listado actualizado mensual de los medicamentos disponibles en stock?	Disponibilidad de los listados de los tres últimos meses		
45.4 Los equipos de C.O. disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observar equipos de áreas críticas (Al menos 5)		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>46. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
46.1 El Sistema de Ingreso a centro obstétrico está reglamentado y se operativiza	La operatividad y restricciones en el ingreso		
46.2 Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario	Observando en el servicio		
46.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzocortantes	Informe de reporte mensual		
46.4 La recolección de residuos se hace según tipo y en recipiente con bolsa/ tapa	Observando proceso del servicio		
46.5 Disponen de recipiente o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
46.6 Existen afiches o cartillas visibles de bioseguridad al menos en 50% de áreas de atención, entrada, pasillos, lavabos, salas de atención, servicios higiénicos.	Observando los diferentes ambientes del servicio		
46.7 Se observa la aplicación estandarizada de medidas de bioseguridad para la prevención y control de las infecciones nosocomiales en la atención a pacientes?	Observando el lavado de manos después de 3 atenciones		
46.8 Los ambientes de centro quirúrgico se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
46.9 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Proporción.- Total de donantes aceptados /Total donantes voluntarios de sangre.
- Proporción.- Total unidades de sangre fraccionadas/Nº Total de unidades de sangre extraídas.
- Proporción.- Total unidades de Sangre Total o Paquete Globular eliminadas / Total de unidades extraídas.
- Proporción.- Total unidades de sangre con tamizaje completo / Total de unidades extraídas
- Proporción.- Total unidades tamizadas para hepatitis C / Total de unidades extraídas
- Proporción.- Solicitudes de sangre atendidas / Total de solicitudes recibidas

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>47. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Unidad Hemoterapia y Banco de Sangre</b>			
47.1 Manual de normas y procedimientos Técnico-administrativos actualizado	Disponibilidad de manual aprobado		
47.2 Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS	Implementación y actividades del Sistema de Gestión de Calidad del PRONAHEBAS		
47.3 Análisis trimestral de la Seguridad Transfusional a través de los Indicadores del PRONAHEBAS	Reportes e informes del análisis trimestral		
47.4 Plan de acción del PRONAHEBAS (tamizaje universal y promoción de donación voluntaria), y las actividades están incorporadas en el POI	Disponibilidad del Plan y su correlación con el POI		
47.5 El establecimiento a elaborado en listado de donantes, de tipos de sangre poco frecuentes (B negativo y Rh negativos)	Disponibilidad y actualidad anual del listado, con direcciones, teléfonos y fichas firmadas		
47.6 La sangre almacenada se encuentra debidamente identificada y clasificada	Al azar muestra de 10 unidades		
47.7 Se verifica diariamente la temperatura para el almacenaje de la sangre	Registro diario de cadena de frío		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>48. Seguridad, bioseguridad y control de infecciones.</b>			
48.1 El personal usa uniforme de protección (Bioseguridad) en su trabajo diario	Observando al personal		
48.2 Servicios higiénicos operativos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
48.3 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de reporte mensual		
48.4 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
48.5 Dispone de sistema y/o equipos contra incendios operativos y el personal está capacitado para su uso	Observando el servicio, preguntar al personal		
48.6 La recolección de residuos se realiza según tipo de residuo (Recipiente con bolsa y tapa)	Observando el servicio		
48.7 Disponen de mecanismos o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
48.8 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
48.9 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión está capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		



## SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### ATENCIÓN EN LABORATORIO

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Promedio diario y mensual de pruebas por unidades de atención del servicio de laboratorio
- Costo de cada prueba según tipo
- Los 5 tipos de pruebas más demandadas por los diferentes servicios del hospital
- Número promedio de pruebas por paciente
- Resultados del control de calidad de las pruebas de laboratorio

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>49. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC del Servicio Laboratorio</b>			
49.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Disponibilidad de manual aprobado		
49.2 Disponen de buena ventilación	Observando el servicio		
49.3 Disponen de buena iluminación	Observando el servicio		
49.4 El sistema de suministro de agua es permanente en todas las entradas	Observando el servicio		
49.5 El sistema de alcantarillado está operativo en todas las entradas	Operatividad de todos los grifos		
49.6 Determinación de horarios: toma de muestras, entrega de resultados	Horarios visibles al público		
49.7 Dispone de insumos, reactivos para todas las pruebas de laboratorio que realizan, especialmente los de RPR, VIH, BK, Gota Gruesa, para 15 días	Stock con promedio diario de pruebas y tiempo de reposición		
49.8 Se socializan los reportes de producción de laboratorio según tipo de pruebas, unidades y servicios solicitantes, al menos una vez en el trimestre	Actas o periódico mural		
49.9 Se verifica diariamente la calibración de los equipos	Al azar reportes/tablas de verificación diario o por turno de al menos 3 días del último trimestre		
49.10 Los equipos disponen en lugar visible de indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observando al menos dos de cada área o unidad		
49.11 Se realiza control de calidad de las pruebas de laboratorio al menos trimestralmente (En un laboratorio referencial)	Informes de control de calidad de pruebas		
49.12 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el volumen de pruebas de laboratorio según tipo, servicio y costo	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
49.13 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios externos e internos al menos una vez en el último semestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas asumidas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>50. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.</b>			
50.1 El total del personal usa uniforme de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
50.2 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
50.3 Se reportan mensualmente los accidentes punzo cortantes	Informe de 2 reportes del trimestre		
50.4 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
50.5 Se ha determinado flujo para el procesamiento y disposición de muestras que evite la contaminación	Señalización de áreas y líneas de flujo		
50.6 El personal tiene controles médico – sanitarios, semestrales	Reporte sanitario del personal		
50.7 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		
50.8 La recolección de residuos se realiza según tipo de residuo (Recipiente con bolsa y tapa)	Observando el servicio		
50.9 Disponen mecanismos o similar para eliminar agujas y jeringas	Observando el servicio		
50.10 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		



## DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Promedio diario y mensual de pruebas por unidades de atención del servicio de diagnóstico por imágenes
- Costo de cada prueba según tipo
- Los 5 tipos de pruebas más demandadas por los diferentes servicios del hospital
- Número promedio de pruebas por paciente

N°	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>51. El establecimiento desarrolla actividades para el MCC del servicio de Diagnóstico por Imágenes</b>			
51.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Disponibilidad del manual aprobado		
51.2 Determinación de horarios: toma de placas, entrega de resultados	Horarios visibles al público		
51.3 Dispone de insumos, reactivos para las pruebas que realizan, según las 10 de mayor demanda por c/u de las 4 especialidades básicas, para al menos 15 días	Stock con promedio diario de pruebas y tiempo de reposición		
51.4 Se calibran diariamente los equipos o por turnos	Al azar reportes/tablas diarios o por turno de 3 días del último trimestre		
51.5 Los equipos disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observando al menos dos de cada área o unidad		
51.6 Se socializan los reportes de producción del servicio según tipo de prueba, unidades y servicios solicitantes, al menos una vez en el trimestre.	Actas o periódico mural		
51.7 Se realiza control de calidad de las pruebas del servicio al menos trimestralmente, por un equipo monitor	Informes de control de calidad de pruebas.		
51.8 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el volumen de pruebas según tipo, servicio y costo	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
51.9 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios externos e internos al menos una vez en el último semestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas asumidas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>52. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.</b>			
52.1 Disponen de autorización – certificación del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) actualizada, para su funcionamiento	Documento de certificación del IPEN, anual		
52.2 Se ha protocolizado el flujo para la toma de pruebas, el procesamiento y manipulación que evite la contaminación.	Protocolo de proceso, señalización de áreas y líneas de flujo		
52.3 Los ambientes disponen de las medidas de protección internacionales	Listado de normas internacionales		
52.4 El personal toma vacaciones periódicamente y en forma rotativa, según norma, para disminuir la exposición a la radiación, previo control médico.	Rol de vacaciones y cumplimiento		
52.5 El personal usa uniforme de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
52.6 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
52.7 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de 2 reportes del trimestre		
52.8 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
52.9 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
52.10 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		
52.11 La recolección de residuos se realiza según tipo de residuo (recipiente con bolsa y tapa)	Observando el servicio		



## ATENCIÓN EN FARMACIA

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Número promedio de recetas por paciente.
- Stock mensual de medicamentos para tratamientos gratuitos (EDA, IRA, TBC, VIH, etc.)
- Stock mensual de medicamentos de más alta rotación (10 primeros)
- Porcentaje de medicamentos fuera del petitorio.
- Porcentaje de medicamentos prescritos en consulta externa que corresponde al petitorio del Hospital
- Porcentaje de medicamentos prescritos en denominación común internacional
- Porcentaje de medicamentos prescritos que fueron efectivamente despachados.
- Cantidad de medicamentos vencidos según tipo
- Cantidad de medicamentos devueltos por fecha de expiración próxima a vencer
- Ingreso mensual por venta de medicamentos, diferenciado (SIS, medicamentos fuera del petitorio, etc.)

N°	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>El Establecimiento desarrolla actividades para el mejoramiento del Servicio de Farmacia.</b>			
<b>53. Comité farmacológico, constituido y funcionando</b>			
53.1 El Establecimiento tiene Comité Farmacológico constituido y operativo	Resolución Directoral y actas del trimestre		
53.2 El establecimiento dispone de RD para los medicamentos fuera del petitorio	RD del año respectivo		
53.3 El petitorio está disponible en áreas críticas, salas de hospitalización y consulta externa	Disponibilidad en cada servicio		
53.4 El porcentaje de medicamentos presentes o disponibles en farmacia que se encuentran fuera del petitorio nacional de medicamentos es igual o menor al establecido por la norma de uso racional de medicamentos?	Los reportes en farmacia del último trimestre		
53.5 Existen medicamentos trazadores en la farmacia del establecimiento	2 reportes del comité, del último trimestre		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>54. SISMED, operativo y funcionando</b>			
54.1 El responsable de farmacia ha sido capacitado/a en el manejo del SISMED	Certificación		
54.2 Entre el personal del SISMED y el personal de los departamentos o servicios se desarrollan reuniones regulares sobre el tema de gestión de medicamentos	Informes o actas de al menos 2 reuniones mensuales del trimestre		
54.3 Disponibilidad de insumos básicos necesarios para la atención de la prioridad nacional materno - peri natal (Sulfato ferroso, Nitrato de plata – Gentamicina gotas, Vitamina K, PPF, etc.)	Stock de los últimos tres meses e informes mensuales de verificación		
54.4 Disponibilidad de tratamiento gratuito para casos positivos de RPR, ITS-VIH, incluye leche artificial para el RN, IRA, EDA, TBC, Malaria, etc.	Stock de los últimos tres meses, Informes mensuales de verificación		
54.5 Los medicamentos se almacenan en condiciones adecuadas, según norma	Aplicación de norma en el servicio		
54.6 Tienen sistema (Software) y equipo informático, en el servicio	Existencia, operatividad y su uso		
54.7 Abastecimiento de la farmacia de emergencia se hace diario según consumo.	3 reportes de stock y reposición, al azar del último trimestre		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>55. Gestión de la Calidad</b>			
55.1 Existe lista de precios de los medicamentos visible al público, incluyendo los medicamentos gratuitos.	Existencia y accesibilidad de la lista		
55.2 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el informe de farmacia, con los principales indicadores a monitorear.	Actas o cargos de entrega de informe de los 3 últimos meses.		
55.3 Último informe de stock de medicamentos e insumos, por áreas respectivas	El stock de SISMED de los últimos tres meses		
55.4 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios externos e internos al menos una vez en el último semestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas adoptadas.		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>56. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional</b>			
56.1 El personal usa uniforme de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
56.2 Hay servicios higiénicos a disposición del personal en el área	Operatividad de los servicios		
56.3 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
56.4 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
56.5 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso.	Observando el servicio, corroborar con el personal.		
56.6 La recolección de residuos se realiza según tipo de residuo (recipiente con bolsa y tapa)	Observando el servicio		



## SERVICIOS GENERALES

### UNIDAD DE MANTENIMIENTO

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Porcentaje de Ordenes de Trabajo de mantenimiento atendido
- Número y tipos de equipos con mantenimiento preventivo por mes y por áreas y/o servicios
- Número y tipos de equipos con mantenimiento correctivo por mes y por áreas y/o servicios
- Operatividad – inoperatividad de equipos por áreas y/o servicios por mes
- Costo – inversión mensual en mantenimiento, por equipos y por servicios y/o áreas

Nº	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>57. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Mantenimiento</b>			
57.1 Manual de Normas y procedimientos técnico-administrativos actualizado	Disponibilidad de manual aprobado		
57.2 Se dispone de un Plan anual de Mantenimiento, actualizado y aprobado	Disponibilidad del plan		
57.3 Existe personal disponible las 24 horas (De guardia o reten)	Programación del personal		
57.4 Plan y programación de mantenimiento preventivo mensual por servicios/áreas	Plan, programación y cumplimiento mensual		
57.5 Se realiza mantenimiento preventivo de equipos, al menos cada seis meses	Reportes del último año		
57.6 Trimestralmente se ve la operatividad de equipos priorizando áreas críticas (Emergencia, UCI, Neonatología, sala de parto, centro quirúrgico – esterilización, servicios generales: cocina, lavandería)	Informes de verificación trimestral.		
57.7 Los equipos del hospital disponen en lugar visible con indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento	Observando al menos 5 equipos de áreas críticas		
57.8 El Jefe del área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el estado y operatividad de equipos así como presupuesto de mantenimiento correctivo	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>58. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.</b>			
58.1 El personal usa uniforme de protección (Bioseguridad) en su trabajo diario	Observando al personal		
58.2 Dispone de servicios higiénicos implementados, operativos y a disposición del personal en el área	Observando el servicio		
58.3 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de reporte mensual		
58.4 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
58.5 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
58.6 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal.		



## UNIDAD DE LAVANDERÍA

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

N°	%

- Kilos de ropa lavados por mes y por servicios o áreas
- Costo del kilo de ropa lavada
- Costo – inversión mensual en lavado de ropa por servicios o áreas.
- Porcentaje de ropa deteriorada o perdida por mes por tipo

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>59. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Lavandería</b>			
59.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Manual aprobado disponible		
59.2 El sistema de suministro de agua es permanente en todas las entradas	Los grifos en buen estado		

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>60. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.</b>			
60.1 El personal usa uniforme de protección (Bioseguridad) en su trabajo diario	Observando al personal		
60.2 Se ha determinado el flujo para la recepción, procesamiento, almacenaje y distribución de la ropa que evite la contaminación de la misma	Señalización y líneas de flujo		
60.3 Hay servicios higiénicos, operativos y a disposición del personal en el área	Operatividad al 100%		
60.4 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de 2 reportes del trimestre.		
60.5 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
60.6 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
60.7 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		



## UNIDAD DE NUTRICIÓN Y COCINA

Analizar si con el **Comité de Gestión** se trata al menos en agenda trimestral los siguientes Indicadores:

- Promedio diario y mensual de raciones por servicios
- Promedio de dietas especiales diarias y mensuales por servicios
- Costo promedio de una ración y según tipo
- Cantidad de víveres perdidos o vencidos mensualmente y costo
- Costo - inversión mensual por servicio

N°	%

ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>61. El Establecimiento desarrolla actividades para el MCC de la Unidad de Nutrición y Cocina</b>			
61.1 Manual de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos actualizado	Manual disponible y aprobado		
61.2 Disponen de buena ventilación	Observando el servicio		
61.3 Disponen de buena iluminación	Observando el servicio		
61.4 El sistema de suministro de agua es permanente en todas las entradas	Operatividad de los grifos		
61.5 El sistema de alcantarillado está operativo en todas las salidas.	Operatividad de las salidas		
61.6 Se ha determinado horarios para la atención de las dietas a los servicios	Cuadro de horarios y controles		
61.7 Programación diaria de dietas, por servicios y áreas y por patologías.	Programación diaria		
61.8 Se realiza monitoreo mensual del volumen de víveres usados según tipo: perecibles (carnes, verduras, frutas, etc.), "no perecibles" (conservas, cereales, etc.) y otros.	Tablas y reportes de monitoreo		
61.9 Los equipos disponen en lugar visible de indicaciones para su operatividad, cuidado y fecha de su último y próximo mantenimiento.	Observando equipos, al menos dos		
61.10 El Jefe del Área da a conocer mensualmente al equipo de gestión del hospital el volumen de víveres usados según tipo y costo, y socializa información con el personal de su área.	Cargo del documento de entrega de informe de los 3 últimos meses		
61.11 Se han aplicado encuestas u otro sistema para medir satisfacción de usuarios de los diferentes servicios al menos una vez en el último trimestre	Actas con resultados, socialización y corrobore medidas asumidas		



ASPECTOS	VERIFIQUE	CUMPLE / NO CUMPLE	VALOR
<b>62. Seguridad, bioseguridad y salud ocupacional.</b>			
62.1 El total de personal usa uniforme de protección en su trabajo diario.	Observando al personal		
62.2 Se ha determinado flujo para el almacenaje, procesamiento, elaboración y disposición de residuos de alimentos en el área de cocina, que evite la contaminación de los mismos.	Señalización de áreas y líneas de flujo		
62.3 El personal tiene controles médico – sanitarios, semestrales.	Reporte sanitario del personal		
62.4 Hay servicios higiénicos operativos a disposición del personal y ubicados fuera del área de cocina o almacén de alimentos	Ubicación y operatividad de los servicios		
62.5 Se reportan mensualmente los accidentes de trabajo	Informe de reporte mensual		
62.6 Existe señalización de áreas de seguridad y escape en el área	Observando el servicio		
62.7 Los ambientes se mantienen limpios y ordenados, salvo contingencia durante la supervisión	Observando los diferentes ambientes del servicio		
62.8 Dispone de sistema o equipos contra incendios operativos y el personal del servicio en el momento de la supervisión esta capacitado para su uso	Observando el servicio, corroborar con el personal		