

Arequipa, 15 de enero 2024

OFICIO N° 025-2024-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G

Señor

GERENTE REGIONAL DE SALUD.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA.

Dirección: Vía de la Salud S/N – Arequipa.

Teléfonos de Contacto: 054 – 235185, 247659.

Presente. -

ATENCION : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO : INFORME TÉCNICO FINAL DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DE IREN SUR

REFERENCIA : INFORME N° 0020-2024-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC
INFORME N° 009-2024-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-CALIDAD-EPS

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo, y por medio del presente adjunto los informes de la referencia, haciendo llegar el **INFORME TÉCNICO FINAL DE LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DE IREN SUR**, para su conocimiento y en cumplimiento de la Directiva Administrativa N° 342-MINSA/2023/DGOS, Directiva Administrativa que regula los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora de los Servicios Alcanzados en el año 2023, específicamente la FICHA N° 30: "FORTALECIMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD".

Agradecida por su atención, quedo de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR
Dra. ZILVANT DÍAZ SANCHEZ RODRIGUEZ
GERENTE
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR
CMP 29383 - RNE 15471

Reg. Doc. : 6542417

Reg. Exp. : 4099295

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR

*Área de Educación y Promoción para
la Salud y Gestión de la Calidad*



INFORME TÉCNICO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2023

Arequipa – Perú

2023



INDICE

I. PRESENTACIÓN

II. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivo Específico

III. ALCANCE

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

V. EQUIPO EVALUADOR

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

VII. LIMITACIONES

VIII. PUNTAJE ALCANZADO

IX. CONCLUSIONES

X. RECOMENDACIONES

XI. ANEXOS

- a. Resolución Gerencial de conformación de equipo de Acreditación**
- b. Resolución Gerencial de conformación de Evaluadores Internos**
- c. Resolución Gerencial de aprobación de Plan de Autoevaluación**
- d. Capacitación de Equipo de Evaluadores Internos**
- e. Resultados por Categoría y Macroproceso**



I. PRESENTACIÓN

La calidad de la atención es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos de prestación de servicios, lo que ha conllevado a usar estándares de calidad y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La acreditación tiene la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.

Este proceso de acreditación en el IREN SUR, comprende la primera fase que es la Autoevaluación interna, la cual se desarrolla sobre la base de estándares previamente definidos por el Ministerio de Salud, contenidos en la Norma Técnica en Salud N°050 MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, incorporando el anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2; y que enfocan esta propuesta en el marco de Gestión por Procesos.

Para el desarrollo del proceso de la Autoevaluación se realizó la conformación del Equipo de Evaluadores Internos reconocidos mediante resolución gerencial, estos evaluadores son profesionales de la salud y/o técnicos, administrativos y de la oficina de Gestión, que asumen responsabilidades con relación a la acreditación que fueron capacitados y autorizados para ejercer esta función.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica y las sugerencias técnicas recibidas de la GRSA, se trabajó con el Equipo de Evaluadores para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, estableciéndose que este proceso califica la totalidad del establecimiento y que el resultado es para evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares para mejorar la calidad de nuestros servicios.



II. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

Determinar en la Autoevaluación el nivel de cumplimiento de Estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño del IREN SUR, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

2.2 Objetivo Específico

- a) Desarrollar la capacitación y entrenamiento de los evaluadores internos en el marco de la autoevaluación para la Acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
- b) Determinar la brecha de los criterios evaluados en los macroprocesos para plantear acciones de mejoramiento continuo

XII. ALCANCE

El ámbito de aplicación de la Autoevaluación comprende a todos los servicios relacionados a los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que conforman y se desarrollan en el IREN SUR.

XIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo la metodología y los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador.

2. Conformación del Equipo de Acreditación (anexo 1)

Resolución Gerencial N°136-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G, periodo 2022-2023.

3. Conformación del Equipo de Evaluadores Internos (anexo 2)

Resolución Gerencial N°122-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G, periodo 2022-2023.

4. Elaboración del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023 del IREN SUR (anexo 3)

Resolución Gerencial N°126-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G.

5. Capacitación del Equipo de Evaluadores Internos (anexo 4)

Informe N°047-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-GC-REPR se solicitó una “Asistencia Técnica para los Evaluadores Internos en el Marco de la Acreditación del IREN SUR –2023”.

La Asistencia Técnica estuvo a cargo por el responsable de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad de la GRSA, Licenciado Sandrino Rojas Pauca, del 25 al 29 de setiembre del 2023, a los equipos de evaluadores y a los responsables de los diferentes macroprocesos.

6. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación (anexo 5)

Mediante Oficio N°261-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G de fecha 31 de mayo del 2023 se comunica Inicio de Autoevaluación a la Gerencia Regional de Salud.

7. Instrumentos

- Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-Sp-V.02 Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2 – Anexo 4 aprobado con RM N°491-2012/MINSA
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo – RM N°270-2009/MINSA.
- Hoja de Registro de Datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

XIV. EQUIPO EVALUADOR

Tomando en cuenta la experiencia anterior, se seleccionó a un grupo de profesionales de la salud asistenciales, técnicos y administrativos conformándose cinco equipos que son los siguientes:



GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
INTEGRANTES	INTEGRANTES	INTEGRANTES	INTEGRANTES	INTEGRANTES
Dra. Shirley Barrios Obando	Obsta. Mariela Luna Quenaya	Obsta. Betsy Cabrera Peralta	Dra. Ruth Salazar Alejo	Obsta. Rosa Elena Portillo
QF. Liceth Cabrera Riveiros	Sra. Diana Álvarez Flores	Biog. Alexander Martínez Rodríguez	Sr. Rogger Quispe Berdiales	Lic. Amparo Portilla Tejada
Srta. Karina Ticona Mamani	Psic. Silvana Rosado Chávez	QF. Nérida Sucasaca Añamuro	Lic. Fanny Gonzales Valencia	Lic. Giancarlo Casas Acillo
Srta. Ananí Choquehuanca Sonco	Srta. Esther Charca Huancco	Srta. Karen Vera Suarez	Srta. Dany Colque Ticona	Ing. Betsabé Rodríguez Martínez
Srta. Mary Cárdenas Sánchez				CPC Juan Almonte Borja
MACROPROCESOS				
Macrp. 4 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN	Macrp. 6 CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	Macrp. 16 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	Macrp. 10 ATENCIÓN QUIRÚRGICA	Macrp. 3 GESTIÓN DE LA CALIDAD
Epidemiología	Control Interno	Farmacia	Centro Quirúrgico	Gestión de la Calidad
Macrp. 1 DIRECCIONAMIENTO	Macrp. 18 DESCONTAMINACIÓN Y LIMPIEZA	Macrp. 15 TECNOLOGÍA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	Macrp. 21 GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	Macrp. 2 GESTIÓN RRHH
Planeamiento	Epidemiología-Central de Esterilización	SIS-Referencia-Contra referencia	Logística	Recursos Humanos
Macrp. 22 GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	Macrp. 11 INVESTIGACIÓN	Macrp. 13 ATC DE APOYO AL DX. Y TTO ESPECIALIZADO	Macrp. 19 MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	Macrp. 8 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
Mantenimiento	Investigación	Patología-Laboratorio-Imagenología	Servicio Social	Hospitalización
Macrp. 14 ADMISIÓN Y ALTA	Macrp. 12 DOCENCIA	Macrp. 17 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Macrp. 7 ATENCIÓN AMBULATORIA	Macrp. 9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
Admisión	Docencia	Informática	Consult. Ext.	Emergencia
	Macrp. 5 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES			Macrp. 20 MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES
	COE			Nutrición

XV. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El proceso de la autoevaluación abarcó los pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, aunque no fueron totalmente secuenciales, pues la dinámica institucional y la realidad de los hechos no siempre garantiza lo teórico.

XVI. LIMITACIONES

- El cambio de las fechas programadas por los responsables de las áreas a evaluarse por encontrarse en evaluación anual, ocasionando retraso en el inicio y la evaluación de ciertos macroprocesos.
- Los evaluadores internos tuvieron ciertas dificultades para coincidir en los horarios, debido a los turnos rotativos.
- Falta de compromiso y responsabilidad de algunos evaluadores internos que no asistieron a las evaluaciones programadas, alegando falta de tiempo.
- Las justificaciones de los evaluadores internos ante sus jefaturas inmediatas, (para dedicar tiempo a la autoevaluación) los cuales les impedían asistir a la evaluación en las fechas programadas debido a la falta de personal en sus áreas por encontrarse a fin de año.
- El proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, en el que el equipo de evaluadores internos tuvo una participación medianamente fuerte en el mes de ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por los líderes de grupo, sin embargo, las actividades complementarias de entrega del anexo 4 con las fuentes auditables, puntajes y recomendaciones, tuvieron mayor dedicación por los líderes de los equipos responsables de la revisión de datos los cuales fueron reportados al área de Gestión de la Calidad.
- Los responsables de los macroprocesos evaluados no se ciñen a presentar las fuentes auditables requeridas para realizar las verificaciones de los criterios de evaluación y obtener el puntaje aprobatorio.



- Ausencia en algunas áreas evaluadas, de los directores o responsables de las áreas, lo que dificulta que ellos no conozcan en su totalidad las deficiencias que presentan sus servicios.

XVII. PUNTAJE ALCANZADO

Tabla 1: Puntaje Final Semaforizado

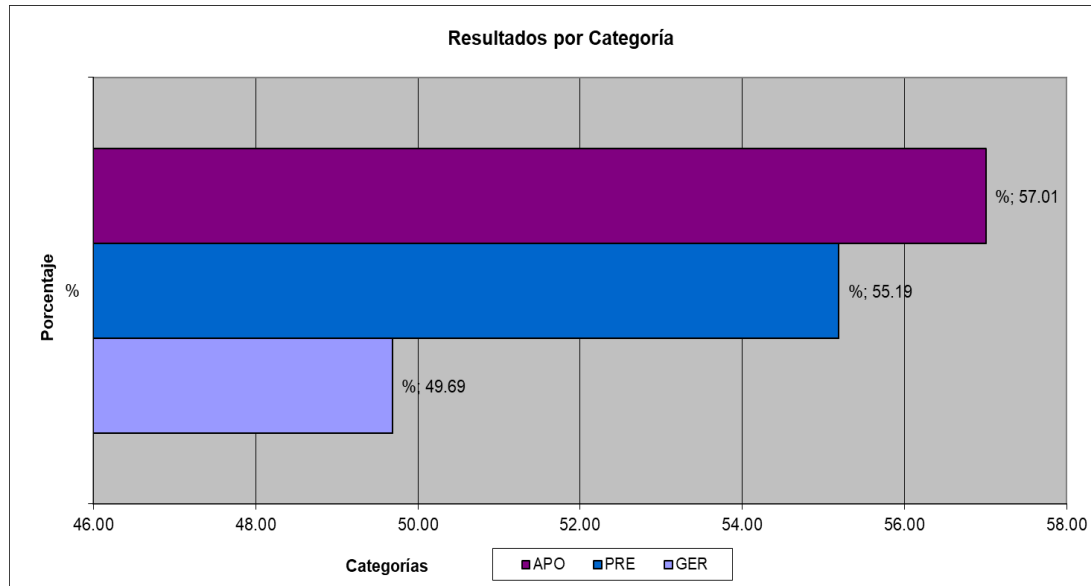
Establecimiento :	INSTITUTO REGIONAL (AREC)										
Tipo de Establecimiento :	INCN										
Fase:	AutoEvaluación										
Año:	2023										
Periodo :	1										
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	12	6	5	1	12	55.36	23.31	42.11	242.20	120.34	49.69
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.52	18.32	44.12			
Gestión de la calidad	20	9	6	5	20	48.44	34.31	70.83			
Manejo del riesgo de atención	42	11	30	1	42	48.44	23.24	47.97			
Gestión de seguridad ante desastres	18	12	6	0	18	13.84	6.92	50.00			
Control de la gestión y prestación	11	5	6	0	11	34.60	14.25	41.18			
Atención ambulatoria	11	7	4	0	11	48.44	12.92	26.67	276.80	152.77	55.19
Atención quirúrgica	25	7	11	7	25	48.44	28.10	58.00			
Atención de hospitalización	21	4	11	6	21	48.44	28.62	59.09			
Atención de emergencias	15	11	1	3	15	34.60	23.59	68.18			
Investigación	17	10	7	0	17	48.44	31.28	64.58			
Docencia	10	8	2	0	10	48.44	28.26	58.33			
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	17.30	16.18	93.55	173.00	98.62	57.01
Admisión y alta	15	3	6	6	15	17.30	3.93	22.73			
Tecnología para la Continuidad de la Atención	16	8	8	0	16	17.30	14.06	81.25			
Gestión de medicamentos	16	4	12	0	16	17.30	17.30	100.00			
Gestión de la información	15	6	8	1	15	17.30	5.88	34.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	20	7	11	2	20	17.30	3.95	22.86			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.30	12.58	72.73			
Manejo del riesgo social	10	3	7	0	10	17.30	10.18	58.82			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.30	6.65	38.46			
Gestión de equipos e infraestructura	13	5	6	2	13	17.30	7.90	45.65			
Total	346	138	168	40	346						
									Puntaje Final (%)	53.72	

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :	
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)	
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)	
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)	
Aprobado (85% o más)	

Como se observa en la Tabla 1 el resultado de la Autoevaluación según el aplicativo es de 53.72% que equivale a *NO aprobado – Subsanan en 9 meses*.

Gráfico 1: Resultados por Categoría



En la tabla 2 se observa que el grupo de macroprocesos de Apoyo son los que tienen el mayor puntaje, en comparación al grupo de macroprocesos de orden gerencial que obtuvo un puntaje de 49.69%, muy por debajo del mínimo esperado.

Tabla 2: Puntaje de Macroprocesos Gerenciales

Categoría	Macroprocesos	Criterios Evaluados	% de cumplimiento por macroproceso	% de cumplimiento por categoría
Gerencial	Direccionamiento	12	42.11	49.69
	Gestión de recursos humanos	11	44.12	
	Gestión de la calidad	20	70.83	
	Manejo del riesgo de atención	42	47.97	
	Gestión de seguridad ante desastres	18	50.00	
	Control de la gestión y prestación	11	41.18	

En la tabla 2 se evidencia que de los 6 macroprocesos de orden gerencial, el macroproceso de Gestión de la Calidad, obtuvo un puntaje de 70.83%, siendo del grupo con mayor puntaje.

Tabla 3: Resultados de Macroprocesos Prestacionales

Categoría	Macroprocesos	Criterios Evaluados	% de cumplimiento por macroproceso	% de cumplimiento por categoría
Prestacional	Atención ambulatoria	11	26.67	55.19
	Atención quirúrgica	25	58.00	
	Atención de hospitalización	21	59.09	
	Atención de emergencias	15	68.18	
	Investigación	17	64.58	
	Docencia	10	58.33	

Se observa en la Tabla 3 que el macroproceso de Atención Ambulatoria obtuvo el menor puntaje en comparación a los demás macroprocesos de orden Prestacional, con 26.67%

Tabla 4: Resultados de Macroprocesos De Apoyo

Categoría	Macroprocesos	Criterios Evaluados	% de cumplimiento por macroproceso	% de cumplimiento por categoría
Apoyo	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	93.55	57.01
	Admisión y alta	15	22.73	
	Tecnología para la Continuidad de la Atención	16	81.25	
	Gestión de medicamentos	16	100.00	
	Gestión de la información	15	34.00	
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	20	22.86	
	Manejo del riesgo social	6	72.73	
	Manejo del riesgo social	10	58.82	
	Gestión de insumos y materiales	8	38.46	
	Gestión de equipos e infraestructura	13	45.65	

En la tabla 4 el macroproceso que obtuvo el puntaje ideal esperado fue Gestión de medicamentos con 100%, del grupo de macroprocesos de orden de Apoyo que en global obtuvieron 57.01%.

XVIII. CONCLUSIONES

- 1) Pese a los inconvenientes señalados en las limitaciones, se ha efectuado el proceso de Autoevaluación en el IREN SUR, abarcando todos los puntos señalados en la Guía Técnica del Evaluador.
- 2) De manera global el Puntaje alcanzado es de 53.72%, en comparación al del año 2022 que fue de 57.08%.
- 3) La variación en el puntaje se debe a varios factores como el estar en mantenimiento las diferentes áreas y servicios, el cambio de responsables de algunas áreas evaluadas, que señalan desconocer el proceso en sí de la Autoevaluación, además de la falta de tiempo, y el desconocer las recomendaciones dadas por el equipo de evaluadores internos, que fueron socializadas hasta en dos oportunidades en el año por el área de Gestión de la Calidad.

Otro factor, es que el equipo de evaluadores internos ya por segundo año, fue más preciso al momento de verificar las fuentes auditables.

- 4) Los macroprocesos con mayor puntaje son: Gestión de Medicamentos con 100%, Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento con 93.55%, Tecnología para la Continuidad de la Atención con 81.25%, Manejo del Riesgo Social con 72.73% y por último Gestión de la Calidad con 70.83%.
- 5) Los macroprocesos con menor puntaje son: Admisión y Alta con 22.73%, Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización con un puntaje de 22.86%, Atención Ambulatoria con 26.67% Gestión de la Información con 34%, Gestión de Insumos y Materiales con 38.46%, Control de la Gestión y Prestación con 41.18%, Direccionamiento con 42.11%, Gestión de Recursos Humanos con 44.12%, Gestión de Equipos e Infraestructura con 45.65%, Manejo del Riesgo de Atención con 47.97% y Gestión de Seguridad y Desastres con 50%.

A partir del **puntaje obtenido de 53.72%** en el cuadro de resultados por categoría y macroproceso, es que debe **reiniciarse la Autoevaluación** luego de implementadas las recomendaciones en las áreas evaluadas, en un periodo de **9 meses** como máximo.

XIX. RECOMENDACIONES

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del instituto de acuerdo a las prioridades nacionales por etapas de vida.		ESTADISTICA Proporcionar información de demanda insatisfecha, productividad por servicio para poder identificar las prioridades de salud en los usuarios de la institución
DIR1-5	El instituto ha formulado el análisis de la situación de salud participativamente para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus actividades de salud.		EPIDEMIOLOGIA Gestionar la aprobación con Resolución del ASISHO para la socialización con el Equipo de Gestión.
DIR1-6	Los resultados de los indicadores de gestión (de estructura y proceso) establecidos y obtenidos en los últimos dos semestres, están dentro de los niveles esperados para el instituto.		OPPDI Proponer y elaborar los indicadores de proceso y gestión para que sean aplicados y evaluados. Presentar un Informe con los resultados de la evaluación de los indicadores de Gestión (estructura y proceso) y determinar si están dentro de los niveles esperados. Suscribir actas de reunión para el monitoreo de indicadores convenio de Gestión.
DIR1-7	La Dirección del instituto asegura la adhesión del personal de salud a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional, establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud.		COMITÉ DE GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA: Evaluar la adhesión del personal de salud a la guías de práctica clínica para la atención, según normativa y cronograma planteado por dicho comité.
DIR2-2	Los responsables informan los resultados del avance y metas alcanzadas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.	Oficio N° 097-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OPPDI Evaluación semestral del POI 2022 - II semestre. Informe N° 106-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OPPDI Evaluación semestral del POI 2023 - I semestre.	OPPDI Deberá promover reuniones periódicas con responsables de centros de costo y Comité de Gestión para evaluación de metas alcanzadas y suscribir acta correspondiente.
DIR2-3	El instituto cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.		OPPDI Deberá realizar informes trimestrales de la evaluación del Plan Operativo anual, para determinar el avance de acuerdo a lo programado. Socializar los resultados con el Comité de Gestión para la toma de decisiones acorde a nuestra realidad.
DIR3-1	El Instituto según su especialidad, propone a la Autoridad Sanitaria Nacional, políticas de salud y prioridades sanitarias para la atención de salud.		GERENTE /DCC(Epidemiología) Y DIRECTOR DE OPPDI: Plantear políticas y prioridades sanitarias para la atención en IREN SUR, previa evaluación de indicadores

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)			
Criterio	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendación
GRH1-2	El instituto tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos independientemente de su régimen laboral.	Presentan: • Plan de Inducción al Personal del IREN SUR 2022-2023, aprobado con RG N°149-2022. • No se realizaron inducciones el presente año.	RESPONSABLE DE RRHH RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN • Elaborar el nuevo Plan de Inducción, para su aprobación oficial en el primer trimestre del siguiente año. • Realizar informe semestral del proceso de inducción del nuevo personal cumpliendo con lo señalado en el Plan de Inducción.



GRH1-3	El instituto ha definido y comunica formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.		RESPONSABLE DE RRHH RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN * Coordinar con los jefes del área que contrata nuevo personal que en el momento de la inducción se le entregue las funciones de acuerdo al cargo que ocupa.
GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades informan los resultados de productividad individual de acuerdo a lo establecido por la autoridad del instituto (según normativa HIS para MINSA).	* No cuenta con documento oficial con los estándares de productividad individual establecido por la institución. * No cuenta con informe de análisis de productividad individual. * Existencia del formato de evaluación de desempeño de los trabajadores.	RESPONSABLE DE RRHH Sabido que la Productividad es un indicador clave de la eficiencia y la competitividad deberá: * Establecer los estándares de productividad individual de acuerdo a lo establecido por el MINSA (según normativa HIS). * Solicitar a los Directores, Responsables y/o Coordinadores que emitan informe con evaluación de la productividad del personal a su cargo. * Solicitar a ESTADISTICA la productividad del personal asistencial que llene formato de HIS.
GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar un análisis de su práctica relacionada con la situación institucional.		GERENCIA •Conformar el Comité Integrado de Gestión (equipo multidisciplinario de todos los servicios), para análisis de la situación institucional RESPONSABLE DE RRHH • Conformar el equipo del área para identificación y análisis de su práctica relacionada con la situación institucional. • Presentar actas de reuniones, con los acuerdos tomados. • Solicitar a Gerencia las actas de reunión del Comité Integrado de Gestión, para sustento del presente criterio.
GRH2-2	Los equipos de trabajo del instituto identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	Presentan: • RG. N° 150-2022 donde se conforma al Comité Técnico de Clima Organizacional, cuyo objetivo es conocer de forma sistemática al personal su entorno laboral y elaborar planes para superar problemas que afectan el compromiso y productividad del recurso humano. •Informe Técnico Final de Clima Organizacional con recomendaciones e implementación de mejoras.	RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS • Solicitar al Comité de Clima Organizacional, al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y a Salud Ocupacional, los informes y/o actas con los acuerdos o las propuestas de solución a los problemas identificados en el desempeño del personal, teniendo en cuenta que los accidentes o enfermedades de tipo laboral, pueden afectar el clima laboral, el desempeño de los colaboradores, disminución de la productividad y sobrecostos para la institución.
GRH3-1	El instituto facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	Presentan: • RG. N°199-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G, que aprueba el Manual de Bioseguridad del Iren Sur.	RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS • Solicitar a MEDICO RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL un Informe detallando las medidas de bioseguridad que se implementan en las áreas de riesgo para la protección del paciente y trabajador y si se cumplen en todas estas áreas (check list, auditorías o visitas inopinadas, etc)
GRH4-1	El instituto cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios de acuerdo al nivel de su competencia y su estructura corresponde a lo establecido por la autoridad sanitaria nacional.	Presentan: • Con RG 066-2023 se aprueba el Plan de Desarrollo de las Personas PDP para el año 2023	RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN • Elaborar el nuevo PDP con aprobación oficial al inicio de año. • Elaborar Informes de evaluación trimestral del PDP.
GRH4-2	El instituto implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	Presentan: • Con RG 066-2023 se aprueba el Plan de Desarrollo de las Personas PDP para el año 2023	RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN • Presentar los Informes de evaluación trimestral del PDP, donde se evidencia el cumplimiento del fortalecimiento de las competencias del recurso humano orientado a lograr los objetivos institucionales.



GRH4-3	El instituto garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.	Presentan: • Evidencia de Flyer y link de zoom de la realización de capacitación al personal sobre Deberes y Derechos de los Usuarios.	RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN • Incluir en el PDP las capacitaciones sobre Deberes y Derechos de los Usuarios Externos. • Elaborar una herramienta para evaluar el grado de comprensión y cumplimiento del personal en sus cuatro dimensiones (de reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados). • Realizar informes con la evaluación de los resultados.
--------	--	--	--

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
GCA2-2	El Instituto cuenta con procedimientos oficiales de vigilancia y control de Infecciones Intrahospitalarias y lo cumple.	• Informe N°051-2023 asunto: Sala Situacional de la IAAS I-Trimestre.	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA • Elaborar informes trimestrales de recolección de datos en la vigilancia de dispositivos invasivos y las infecciones de sitio quirúrgico, así como el análisis e interpretación de indicadores de Densidad de Incidencia y Densidad Acumulada. *Elaborar Informe con la evaluación de Factores de Riesgo para Infección, con la finalidad de implementar medidas preventivas.
GCA2-3	El Instituto cumple con la ejecución de auditorías según norma vigente (NT 029-2005 RM474)	• RG N°083-2022, que aprueba el Plan Multianual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Iren Sur. • Informe N°174-2023, remito informe de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del I Semestre 2023. • Informe N°168-2023, remito informe semestral de auditoría de Caso	COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA y COMITÉ DE AUDITORA EN SALUD • Cumplir con la ejecución de las auditorías programadas según el Plan.
GCA2-5	Se evalúa el porcentaje de quejas y reclamos resueltos o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	• Informe n°240-2023 con asunto: Remito Acta de Acuerdos n°08 del Comité de Gestión de la Calidad-Reclamos, para cumplimiento de acuerdos. • Informe de Seguimiento de Cumplimiento de los Acuerdos descritos en las actas de Gestión de Reclamos de Enero a Setiembre del 2023. • Informe n°063-2023-PAUS-LR Cumplimiento de acuerdos del Libro de Reclamaciones, donde se evidencia que solo el 27% se solucionó.	RESPONSABLE DE CALIDAD RESPONSABLE DE PAUS • Realizar el seguimiento oportuno a los acuerdos tomados en actas, para el cumplimiento de más del 60% en la solución de quejas y/o reclamos atendidos.
GCA2-6	El instituto difunde la información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.	• Informe n°211-2023 se solicita requisitos y horarios de atención al paciente. • Informe n°383-2023 de Anatomía Patológica con información sobre procesos de atención para el usuario. • Informe n°418-2023 información de atenciones en Resonancia Magnética. • Informe n°280-2023 tiempos estándar de informes médicos y procedimientos radiológicos • Informe 023-2023 de Trámite Documentario requisitos varios para trámites. • Cuadro Resumen de Horarios Atención	GERENCIA-ADMINISTRACION-RRPP • Implementar la <u>Cartera de Servicios en Físico</u> para información al usuario, e implementación de circuito cerrado para la difusión de videos informativos en los televisores de la institución. RESPONSABLE DE RELACIONES PUBLICAS • Difundir en página web y redes sociales los procesos de atención.
GCA2-9	El instituto implementa mejoras en base a los resultados obtenidos del estudio de clima organizacional.	• Informe 001-2023 se remite el Informe Final del Estudio de Clima Organizacional 2023, se Ejecuta un Plan de Acción de Mejoras con un avance del 60%.	• COMITÉ DE CLIMA ORGANIZACIONAL Elaborar un informe con la evaluación de las mejoras implementadas en el Plan de Acción.
GCA2-10	El instituto ha formulado y aprobado oficialmente sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad.	• Acta n°05-2023 del comité de Gestión de la Calidad cuya agenda: Evaluación Semestral de Indicadores de Calidad. • Informe n°180-2023 remite Propuesta de nuevos Indicadores de Calidad que se puedan incorporar en algunas áreas y/o servicios.	DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CANCER - ESTADISTICA • Deberán presentar una propuesta de Indicadores Trazadores en reunión del Comité de Gestión para su aprobación.



GCA2-11	El instituto monitorea sus indicadores trazadores de gestión y resultados de calidad según programación aprobada.	• Acta n°05-2023 del comité de Gestión de la Calidad cuya agenda: Evaluación Semestral de Indicadores de Calidad, donde se señala que del total de 46 indicadores de Calidad, solo al I semestre han reportado un 11%, en proceso de medición 11% y el 78% de indicadores no han sido reportados al área de gestión de la Calidad. • Informe n°180-2023 remite Propuesta de nuevos Indicadores de Calidad que se puedan incorporar en algunas áreas y/o servicios.	RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD • Elaborar informe con el análisis de los indicadores de Calidad. • Presentar el Cuadro de Monitoreo de Indicadores de Calidad • Solicitar al DCC-Estadística la propuesta, implementación y análisis de los Indicadores Trazadores.
GCA3-2	El Instituto ejecuta los PMCC con soporte administrativo y presupuestal	• Informe n°184-2023 remite el informe de evaluación del I semestre de Gestión de la Calidad, en donde se informa que 03 proyectos de Mejora se encuentran en ejecución. • El Proyecto de "Identificación del Paciente" se está implementando con soporte administrativo y presupuestal.	RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD • Elaborar informe de los Proyectos de Mejora que se están ejecutando, para evaluar su implementación con soporte administrativo y presupuestal.
GCA3-3	El Instituto institucionaliza los resultados de los PMCC exitosos.	• El proyecto de "Identificación del Paciente" aún no está institucionalizado.	RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD • Debe lograr la institucionalización de los PMCC exitosos
GCA3-5	El Instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería formulados. (0: Evalúa y valida <30%; 1: Evalúa y valida entre el 30 y 60%; 2: Evalúa y valida >60%)	• RG n°019-2020 que aprueba el Manual de Procedimientos del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico. • Informe n°103-2022 se envía para aprobación las Fichas Técnicas de Procedimientos de Centro Quirúrgico. • Informe 143-2023 aprobación del Manual de Limpieza, Desinfección y Esterilización de la Central de Esterilización.	RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD • Solicitar las guías aprobadas de procedimientos médicos, quirúrgicos al Departamento de Medicina y Cirugía respectivamente. • Solicitar al Departamento de Enfermería realizar el seguimiento en OPPDI, de las guías de procedimientos presentadas para su validación.

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
MRA1-1	El instituto ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta.	Informe N° 097-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH monitores de riesgo de la atención - IREN SUR	EPIDEMIOLOGIA Equipo deberá reunirse y elaborar un Plan de Trabajo
MRA1-2	El instituto cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de acuerdo con normas vigentes.		EPIDEMIOLOGIA Deberá formular un plan vigilancia epidemiológica de IAAS el que deberá estar aprobado con Resolución Gerencial. cumplir Realizar reportes semestrales y socializados con el Comité de Gestión.
MRA1-3	El instituto realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.		CALIDAD Deberá reunirse con el equipo de Rondas de Seguridad para el análisis de riesgos y seguimiento de las propuestas planteadas, lo que debe quedar en actas y hacer el seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones.



MRA1-4	El instituto cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.	DIRECTIVA SANITARIA N°001-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela de IREN SUR", aprobada con RG N°003-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G. INFORME 1er TRIMESTRE – 2023 DE Implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos: OFICIO N° 257-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G INFORME N° 111-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-CALIDAD INFORME 2do TRIMESTRE – 2023 DE Implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos: OFICIO N° 428-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G INFORME N° 176-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-CALIDAD INFORME 3er TRIMESTRE – 2023 DE Implementación del sistema de registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos: OFICIO N° 696-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G INFORME N° 258-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-CALIDAD	CALIDAD Conminar a los coordinadores de los servicios y Departamentos a que los informe de eventos adversos tengan el análisis y medidas correctivas correspondientes. Hacer seguimiento de la implementación de las recomendaciones realizadas.
MRA1-5	El instituto cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.		CALIDAD Elaborar un Mecanismo con la información referida a gestión de riesgos y emitir un informe mensual o según considere; para su publicación en la página web u otro.
MRA1-6	El instituto ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes por atención según especialidad en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte en un periodo de atención mayor a 48 horas).	INFORME N° 098-2023 GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH análisis de la mortalidad IREN SUR 2019-2022. Boletín Estadístico IREN SUR	ESTADISTICA Deberá actualizar la información del Boletín Estadístico de manera semestral y socializar en el Comité de Gestión para la toma de decisiones. REGISTRO DE CÁNCER Elaborar un informe anual de los casos de muertes correspondiente a los últimos cinco años. Para evaluar, deberá solicitar información a Estadística para hacer el análisis.
MRA1-7	El instituto cuenta formalmente con formato de consentimiento informado y lo aplica.	Consentimiento Informado para la realización de exámenes diagnósticos de laboratorio para detectar infección por virus de inmunodeficiencia humana VIH, Infecciones de transmisión sexual y hepatitis B Consentimiento Informado para procedimiento médico- quirúrgico de diagnóstico y/o tratamiento.	EPIDEMIOLOGIA Deberá solicitar a los servicios el mapa global de proceso o flujograma para la aplicación de Consentimiento Informado.
MRA1-8	El instituto tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente ó a la persona llamada legalmente a hacerlo, acerca de riesgos y beneficios de procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento.	Consentimiento Informado para la realización de exámenes diagnósticos de laboratorio para detectar infección por virus de inmunodeficiencia humana VIH, Infecciones de transmisión sexual y hepatitis B	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS Deberá evaluar si los consentimientos informados son elaborados de acuerdo a la norma vigente para validarlos. Debe de implementar un procedimiento para obtener el Consentimiento informado de procedimientos dx y terapéuticos. Deberá coordinar con Direcciones Medicas - Enfermería, para elaborar consentimientos informados de todos sus procedimientos.
MRA1-9	Se cuenta con un mecanismo para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.		EPIDEMIOLOGIA- CALIDAD Debe implementar un mecanismo (Encuesta), para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización, aplicar y evaluar sus resultados para efectuar las mejoras correspondientes.



MRA2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales.	Se cuenta con el Libro Transfusional, con Flujo de solicitud transfusional, también con ficha de reporte de reacciones adversas a las transfusiones.	EPIDEMIOLOGIA Deberá solicitar a Banco de Sangre lo indicadores de seguridad transfusional, según norma.
MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía.		ENFERMERIA Elaborar MAPROS en Seguridad para el Manejo de Medicamentos e Insumos donde se evidencie las medidas de seguridad en la atención de emergencia, hospitalización y centro quirúrgico.
MRA2-5	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas.	se aplica Instrumento de valoración de riesgo de úlceras por presión(Escala de Braden) y Instrumento de valoración de riesgo de úlceras por presión adultos (Escala Norton)	ENFERMERIA Deberá solicitar la aprobación con Resolución Gerencial.
MRA2-6	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiados para evitarlos.		ENFERMERIA Junto con el DPTO. DE MEDICINA (Cardiología) y DPTO. DE CIRUGIA, deberán elaborar un Manual, o protocolo para la prevención de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo que sea utilizado por la parte médica y de enfermería.
MRA2-7	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas.		ENFERMERIA Junto con el DPTO. DE MEDICINA y DPTO. DE CIRUGIA, deberán elaborar un manual o protocolo para la prevención y evaluación de aspiración que sea utilizado por la parte médica y de enfermería.
MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.		ENFERMERIA- EPIDEMIOLOGÍA Junto con el DPTO. DE MEDICINA y DPTO. DE CIRUGIA, deberán elaborar un manual o protocolo para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres que sea utilizado por la parte médica y de enfermería.
MRA3-3	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.	Informe N° 029-2023GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH Informe de adherencia a la higiene de manos. Manual de manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.	EPIDEMIOLOGIA - ENFERMERÍA SALUD OCUPACIONAL Y MANTENIMIENTO Implementar un plan de control y seguimiento medidas de bioseguridad el cual debe abarcar lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.
MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.	Informe N° 066-2023GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH limitaciones de acceso a resultados de análisis de microbiológicos para la óptima vigilancia Informe N° 026-2023GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH Informe de IAAS mes de agosto 2023 Informe N° 034-2023GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-EH Informe de IAAS mes de octubre 2023	EPIDEMIOLOGIA- PROA Epidemiología debe solicitar al área de Patología Clínica un reporte mensual de los urocultivos y hemocultivos de los pacientes hospitalizados para alimentar la información de IAAS. Así mismo deberá informar las cepas prevalentes y sugiere la antibioticoterapia.
MRA4-5	El Instituto realiza seguimiento de accidentes y enfermedades ocupacionales en el personal de salud (asistencial y administrativo) e implementa acciones de mejora.		SALUD OCUPACIONAL Debe reconfiguración del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo. Debe tener un proceso de seguimiento a las enfermedades ocupacionales de los trabajadores y elaborar Planes de Mejora. SALUD OCUPACIONAL Y BIENESTAR DE PERSONAL Deberá solicitar presupuesto para el SCTR
MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de procedimientos de enfermería por servicios y están actualizadas.		ENFERMERIA Deberá elaborar las Guías de atención de enfermería aprobadas con RG, para verificar su implementación en historias clínicas.



MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal.		ENFERMERIA- CALIDAD Debe de implementar actas de reuniones de análisis de la ocurrencia de eventos adversos con acciones de mejora.
MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas.	Formato de Cargo de Requerimiento de EPPS pero refieren que no se están entregando los EPPS completos	SALUD OCUPACIONAL Y COMITÉ DE EPPS Deberán valorar la indumentaria de protección que usa cada trabajador según la labor realizada y riesgo al que es expuesto, contenida en el actual Manual de Bioseguridad elaborado en tiempo de pandemia.
MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención .		SALUD OCUPACIONAL Deberá implementar más cartillas de bioseguridad en todas las UPSS.
MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.		ENFERMERIA - SALUD OCUPACIONAL Y EPIDEMIOLOGÍA Deben hacer la verificación del proceso de descontaminación y lavado de ropa e informar si se realiza de acuerdo a la norma haciendo una lista de verificación.
MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.	Formato de Cargo de Requerimiento de EPPS pero refieren que no se están entregando los EPPS completos	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y DADT En coordinación con Farmacia, garantizar la adquisición y entrega de materiales e insumos de bioseguridad al personal según normatividad.
MRA6-6	En el instituto existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.		SALUD OCUPACIONAL Deberá tener un documento oficial que contengan las instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades para su difusión entre el personal, el cual deberá contener la evidencia de la difusión.
MRA6-7	El instituto, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios		SALUD OCUPACIONAL Debe gestionar la elaboración del mapa de riesgos donde incluya implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios y remitir informes de evaluación.
MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.		EPIDEMIOLOGIA Debe elaborar un MAPRO de descontaminación de áreas de riesgo. Deberán elaborar lista de chequeo y supervisar el cumplimiento de la descontaminación según norma.
MRA6-9	El personal del instituto aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.		SALUD OCUPACIONAL Deberá elaborar y aprobar el MAPRO de prevención y atención de riesgos para su socialización conminando a la aplicación del mismo.
MRA7-1	La recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma vigente.	Cuenta con Plan de Manejo de Residuos sólidos 2023-2025, aprobado con RG N°177-2023.	EPIDEMIOLOGIA Deberá actualizar la conformación del Comité de Gestión integral y manejo de residuos sólidos Debe aplicar un check list para la evaluación de la recolección de residuos sólidos, después de realizar el estudio basal de residuos sólidos.
MRA7-2	El instituto garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.		EPIDEMIOLOGIA - ADMINISTRACIÓN Y OPPDI Deberán coordinar financiamiento para el estudio de la calidad del agua de las diferentes fuentes con las que cuenta el instituto.
MRA8-1	El instituto coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externos, garantizando el acceso a este servicio.		EPIDEMIOLOGIA Informará a GRA sobre resultado del estudio de la calidad de agua de las diferentes fuentes y de ser el caso, emitir sugerencia para mejorar la calidad de agua que utiliza los usuarios internos y externos.



Macroproceso 5: Gestión de Seguridad y Desastres (GSD)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
GSD1-1	El instituto cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil y Defensa Nacional, solicitado al gobierno local.	La última inspección con certificación de inspección es del 2013. No se cuenta certificado. Cumplió con enviar con informe a logística para realizar la cotización para realizar el ISH, sin embargo no existen profesionales en el mercado. Además indica que la institución no está en las condiciones de pasar la inspección. Se requiere de presupuesto. (s/. 900.00 soles aprox.) Ha recibido capacitación pero no está acreditada. Presenta informe n° 102-2023-EMED de Evaluación de ISH con la matriz del listado de intervenciones de seguridad (02-10-2023)	RESPONSABLE DE EMED debe de presentar un informe sobre el estado actual de la institución tanto estructuralmente como no estructural. Debe realizar gestión para recibir asistencia técnica y buscar estrategias de solución quizá iniciar la inspección técnica por áreas. Finalmente solicitar inspección para obtener un diagnostico aproximado y una asistencia técnica al INEN a través de dcc-calidad.
GSD1-2	El instituto somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.	Indica que desconoce y no existe coordinación y menos tiene los informes oficiales de que las obras de ampliación, remodelación cumplen con los estándares mínimos de seguridad. Indica que solo existe un comité de recepción de obras.	ADMINISTRACION- RESPONSABLE DE EMED debe incidir en la conformación de un comité de obras de mantenimiento a quien correspondería la verificación del cumplimiento de estándares mínimos de seguridad. Debe solicitar ser participe y tener conocimiento de toda intervención en la institución que se encuentre en ejecución en el periodo vigente. Debe solicitar con documento se le informe las supervisiones de seguridad por parte del supervisor y/o inspector de obras en ejecución para mantener comunicación y coordinaciones. También se podría contratar un supervisor externo especializado y solicitar las inspecciones para cumplimiento de estándares mínimos de seguridad.
GSD1-3	El instituto cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.	Indica que señaléticas han sido retiradas por las obras de mantenimiento que empezó la institución	RESPONSABLE DE EMED Debe colocar la señalización e implementar los check list en seguridad en diferentes áreas y servicios y evidenciar el cumplimiento con fotos y demás.
GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del instituto y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.		RESPONSABLE DE EMED Debe verificar que estén en buen estado y mantenimiento y mejoramiento de dichos letreros.
GSD1-5	El instituto ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas e implementa acciones de mejora.	Presenta informe n° 102-2023-agre de evaluación de ISH de fecha 02/10/2023.	RESPONSABLE DE EMED Debe realizar seguimiento al cumplimiento de recomendaciones presentados en los informes de supervisión para minimizar los riesgos encontrados. Además debe tener otros informes de supervisión de seguridad por áreas (farmacia-CQ-radioterapia etc). Utilizar los check list proporcionados por equipo evaluador.
GSD1-6	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.		RESPONSABLE DE EMED Debe realizar un informe de recomendación al área de emergencia-vigilancia para mantener la vía de acceso libre bajo obligatoriedad.
GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades	Existe comité de grupo de trabajo de gestión de riesgos aprobado con RG n°021-2022-2023. Presenta plan de trabajo no aprobado	RESPONSABLE DE EMED Debe hacer aprobar el plan de actividades anualmente con RG en el 1er trimestre.
GSD2-3	El instituto cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta nacional, regional o local ante situaciones de emergencias y desastres.	Presenta reporte de situación n°02-2023 de plan de contingencias. Presenta informe especial n°003-2023	RESPONSABLE DE EMED Debe de presentar informes de evaluación trimestral de la implementación de los planes de contingencia a la autoridad y hacer seguimiento.



GSD2-4	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma anual con las autoridades de Defensa Civil.	NO SE HIZO NADA	RESPONSABLE DE EMED Actualizar el Plan de Respuesta Institucional y programar reuniones con la participación de Defensa civil
GSD2-6	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.		RESPONSABLE DE EMD Debe elaborar, hacer aprobar y difundir guías de manejo de emergencias y desastres.
GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.	Presenta el informe n°122-2023 de acciones a corto plazo del Fenómeno del Niño	RESPONSABLE DE EMED Debe tener documentos oficiales que denote la difusión de las disposiciones al personal así como las declaratorias de alerta.
GSD3-2	El instituto cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.	Se cuenta con una ambulancia sin categoría. Existe la ficha IOAR n° 2497491 para adquisición de ambulancia urbana	COORDINADOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA-RESPONSABLE DE EMERGENCIA-RESPONSABLE DE EMED Deberán hacer seguimientos a la ficha IOARR e impulsar las gestiones para su obtención para el transporte asistido de pacientes de acuerdo a la NT n°051-minsa/ogdn-v.01
GSD3-3	El instituto cuenta con un sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico.	Se cuenta con equipo de radiocomunicación (3 portátiles y 1 estación fija operativa que se carga con batería	RESPONSABLE DE EMED Debe gestionar la adquisición de equipo de radiocomunicación portátil.
GSD3-4	El instituto cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.	Se cuenta con grupo electrógeno (marca perkins) que se activa a los 47 segundos, con autonomía de 2 horas, y de 48 horas de duración tiene su mantenimiento anual.	RESPONSABLE DE EMED-ADMINISTRACION-RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO Deben de gestionar la compra de ups-acumulador de energía en áreas críticas para evitar se malogren equipos y otros.

Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar el control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de gestión y prestación en la organización.	Presenta el plan de acción anual 2023 (lo que indica la implementación del Sist. De control interno en IREN SUR, se trata de un aplicativo con evaluación análisis de avances) el cual ha sido socializado con memo múltiple n°030-2023 IREN SUR/G	Responsable de control interno debe socializar trimestralmente con el comité de control interno y responsables de áreas y/o servicios las medidas de remediación y otros.
CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución.	Presentan la RG n° 205-2021 que aprueba el mapa de procesos que contiene indicadores de desempeño (19 indicadores con fichas técnicas). Presenta también acta de conformación del equipo de trabajo para la implementación de la gestión por procesos (10-06-2021) y cuenta con actas de trabajo con cada área y/servicio.	DIRECTOR DE OPPDI Y ESPECIALISTA DE Planeamiento hospitalario deben dar seguimiento y monitoreo de los indicadores prestacionales, de ser el caso implementar otros de mayor impacto para la gestión que denote la eficacia y eficiencia del proceso por servicios y/o áreas.
CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de los procesos de su ámbito de acción.		ESPONSABLE DE CONTROL INTERNO DEBE ESTAR CAPACITADO EN CONTROL INTERNO. Debe de coordinar con el sectorista de la contraloría para capacitar a coordinadores, responsables de áreas y servicios en procesos de control interno con certificación. Coordinar con capacitación para la certificación y que este consignado en el PDP.



CGP2-2	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.		GERENCIA - DIRECTOR DE OPDI - ESPECIALISTA EN PLANEAMIENTO HOSPITALARIO - ESTADISTICA. Deben monitorear los indicadores de gestión y prestación e implementarlos en el POI y evaluar si se ingresara nuevos indicadores. Responsable de planeamiento debe solicitar reportes mensuales-trimestrales de los resultados alcanzados en los indicadores a los dueños de los procesos e indicadores y hacer una evaluación y seguimiento del cumplimiento de los mismos.
CGP2-3	El instituto realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.	Presentan el informe n°106-2023 de evaluación del 1er semestre del POI y con oficio n°097-2023-g es remitido a GERSA-Arequipa.	DIRECTOR DE OPDI Y ESPECIALISTA DE PLANEAMIENTO HOSPITALARIO Deben evaluar los indicadores de gestión y prestación, ya que en la evaluación semestral del POI es el seguimiento de las actividades de cada centro de costo y no los indicadores.
CGP2-4	El instituto evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.		COORDINADOR DEL DPTO. DE MEDICINA Debe enviar un documento bajo responsabilidad que el coordinador de UPSS de emergencia y el staff medico adapten las guías de práctica clínica de INEN de manera urgente. El CAM debe evaluar la adherencia de las guías de práctica clínica en hcl de emergencia. Además debe incluir en el plan anual de auditoria de la calidad las auditorias programadas para la evaluación de la aplicación de GPC en atenciones de emergencia .
CGP2-5	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.	Existen informes de evaluación de la calidad de atención en IREN SUR como: informes semestrales del plan de gestión de la calidad. - de pmc - de lvsc informe anual: - de satisfacción al usuario - de autoevaluación - de auditoria CAS y CAM informes trimestrales: - de rondas de seguridad - de notificación y registro de eventos adversos. - de gestión de reclamos	RESPONSABLE DE CALIDAD Y RESPONSABLES DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD deben de monitorear y enviar documentos para que los resultados de la calidad estén en los niveles esperados.
CGP2-6	El instituto tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.	Existen informes de plan de acción y de resultados para implementar mejoras: - de rondas de seguridad - de satisfacción al usuario - de auditorías - de autoevaluación - de eventos adversos.	RESPONSABLE DE CALIDAD debe solicitar a los responsables de criterios de calidad la implementación de mejoras según las deficiencias encontradas en sus informes diagnósticos y de resultados.
CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.	Existen informes mensuales de supervisión de upss a través de las rondas de seguridad. Existen planes de acción para implementar deficiencias. Existen informes de implementación de acciones de deficiencias encontradas en las rondas que se hicieron alcance algunas upss, pero no están en los niveles esperados. Existen informes finales de SuSalud que evalúan el nivel prestacional pero se tiene observaciones aun no implementadas	GERENCIA - RESPONSABLE DE CALIDAD deben monitorear y evaluar la implementación de las recomendaciones que evalúan los niveles prestacionales hasta su implementación. Tiene que programarse reuniones trimestrales de evaluación. Elaborar planes de mitigación de riesgos, seguimiento a las observaciones de supervisiones prestacionales de salud y otros con plazos y entregables.



CGP2-8	Los resultados de los procesos de control interno (auditoría, supervisión y evaluación) de la gestión, se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.	Se cuenta dentro del plan de acción la sección de medidas de remediación con plazos de implementación del control interno y son comunicados de manera oficial al gerente. Así presenta el informe n°014-2023-g-oa-uei con los resultados de la implementación del Sist. de Control Interno-1er Semestre 2023 (15-11-2023). Presenta memo n°030-2023-g	GERENCIA Y RESPONSABLE DE CONTROL INTERNO reactivar el SIG sanitario el cual es conformado por todos los coordinadores de servicios y áreas, para que sea funcionarle con reuniones mensuales para socializar las acciones tomadas a la mejora de la gestión y prestación. Hacer un cuadro Excel resumen e ir implementando y monitoreando desde el 1er trimestre.
CGP2-9	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad y éstos se encuentran en los niveles esperados.	No se cuenta con indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad (no solo por demanda sino por oferta)	GERENCIA-ESTADISTICA Gerencia debe mandar un documento a estadística para que en coordinación con direcciones médicas (cirugía-mo) por consenso determinen y propongan los indicadores trazadores de cobertura según especialidad. Se debe evaluar trimestralmente estos indicadores para ver si se encuentran dentro de los niveles esperados.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
ATA1-1	El instituto cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	Presentan: *Señaléticas con información de: > identificación de área de consultorios externos > identificación de numeración por consultorios externos. > Bolsillos acrílicos donde se consigna la Especialidad, Nombre de médico y la relación de pacientes. > Y otros letreros informativos.	COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS *Coordinar con RELACIONES PUBLICAS, la elaboración de un Plano de Ubicación e Información de las áreas y/o servicios de la institución * Cambiar los letreros que se encuentren en malas condiciones o deteriorados.
ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.	No se cuenta con cartera de servicios en forma física, solo con la cartera de servicios en FANPAGE	COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Coordinar con RELACIONES PUBLICAS la elaboración de una cartera de servicios FISICA que sea de fácil acceso y comprensión para los usuarios.
ATA1-3	El Instituto dispone de un área de Triaje a cargo de profesional especializado o Primo consulta efectuada por médico especialista (criterio relacionado con Sistema de Referencia y Contrarreferencias).	Se cuenta con un área de Triaje ubicada en la parte externa de la institución Cuenta con personal capacitado.	COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Elaborar Informes periódicos de las inducciones (si es personal nuevo) y/o capacitaciones realizadas al personal de Triaje, consultorios externos, y la evaluación del fortalecimiento de competencias del personal del área.
ATA1-4	El Instituto cuenta con mecanismos de programación de citas que permiten una accesibilidad oportuna a ser atendidos en función a la demanda.		COORDINADOR DEL DCC RESPONSABLE DE ESTADISTICA RESPONSABLE DE ADMISION * Solicitar a RESPONSABLE DE INFORMÁTICA un informe con el Numero de Citas No Atendidas o demanda insatisfecha. * Elaborar un informe con los resultados obtenidos de Informática, con análisis, y propuesta de mejora en la atención de citas no satisfecha. * En Coordinación con GERENCIA, ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIONES MEDICAS, se elaborará documento oficial en la que se establezcan los mecanismos y metas para disminuir el número de usuarios no atendidos.
ATA1-5	El instituto ha desarrollado en todas las áreas de la atención ambulatoria. estrategias para atención preferencial en función a nivel de especialización, grado de dependencia y situación clínica.	Se observa letreros de la Ley 28683, Ley de atención Preferencial.	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS *Elaborar la Directiva Sobre Atención Preferencial en Todos los Lugares de Atención al Público en el IREN SUR y con atención al paciente oncológico, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Atención Preferencial.



ATA2-1	El instituto desarrolla, implementa y socializa sus Guías de Práctica Clínica (GPC), en función al nivel de especialización y perfiles epidemiológicos.	Presentan: * Informe N°03-2022 del Comité de Guías de Práctica Clínica que indica que en la carpeta PUBLICA GENERAL/ COMITE DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA, se encuentran publicadas 09 GPC aprobadas con Resolución Gerencial. * El área de consultorios externos solicito mediante Informe 154-2023-GR/GRS/GR IREN SUR/G-DE-CEX que se socialice con esta área las guías de práctica clínica aprobadas, sin respuesta hasta la fecha de la evaluación.	COMITÉ DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA *Socializar las GPC aprobadas con las especialidades para su posterior evaluación de cumplimiento. COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS *Tener y entregar las GPC aprobadas a los especialistas de consulta externa.
ATA2-2	El instituto cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.	No se cuenta con mecanismos de cumplimiento de las guías de práctica clínica	COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Solicitar al Comité de Auditoria Médica el informe de evaluación del cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica.
ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) no sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	COORDINADORA DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Reiterar requerimiento (con copia a Gerencia) al Comité de Guías de Práctica Clínica "Socializar Guías de Práctica Clínica aprobadas hasta la fecha".
ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención ambulatoria altamente especializada y los resultados están dentro de los rangos esperados.	Presentan: No presento Informes de evaluación de indicadores de atención	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Elaborar un informe de los resultados de los indicadores con análisis y acciones de mejora de corresponder.
ATA3-1	El instituto cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal.	Presentan: * INFORME N°156-2023-GR/GRS/GR-IRENSUR-G-DE-CEX solicitando al responsable de Gestión de Reclamos informe de resultados de grado de conocimiento del personal sobre el mecanismo de gestión de reclamos, SIN RESPUESTA A LA FECHA. * RG. N°294-2022-GR/GRS/GR-IRENSUR-G que aprueba el Reglamento Para la Gestión de Reclamos del Iren Sur. * Informe N°043-2022 Implementación del Registro para la Gestión de Reclamos y Denuncias del IREN SUR	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS * Reiterar el requerimiento al RESPONSABLE DE GESTION DE RECLAMOS, un informe con resultados de grado de conocimiento del Personal sobre el mecanismo de gestión de reclamos.

Macroproceso 8: Atención de Hospitalización (ATH)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
ATH1-1	El instituto identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento altamente especializado y por cada uno de los servicios.	Presentan: * Boletín oficial emitido por Estadística, con la Relación de las 10 primeras causas de internamiento de los meses de setiembre y octubre del 2023. • Informe n°200-2023 solicitando a Estadística el registro de las 10 neoplasias más frecuentes por especialidad que son causa de internamiento.	DIRECCION DE ENFERMERIA-RESPONSABLE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION * Solicitar a responsable de Epidemiología del ASISHO la identificación de las causas más frecuentes de internamiento.
ATH1-2	La gestión de los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.	Presentan: * Informe 201-2023 con asunto: Revisión y aprobación de material informativo para pacientes Hospitalizados de Cirugía y Medicina en Servicio de Hospitalización Adultos,	DIRECCION DE ENFERMERIA-RESPONSABLE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION • Hacer seguimiento al informe para aprobación, implementación y difusión de folletos elaborados en: > Cuidado de colostomas > Cuidados de catéter Port > Guías de Prevención en: Ca. de Mama Ca de Próstata Ca. Gástrico Ca de Colon Ca. de Pulmón Ca. de Cuello Uterino • Presentar actas de reuniones periódicas para la identificación de problemas en los procesos de la atención y la implementación de mejoras.



ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento altamente especializado según priorización aprobada.	Presentan: •Requerimiento de necesidades SIGA. •Pecosas de atención de hospitalización. •Informe n°216-2023 solicitando 15 mandilones de tela por día, evidenciando que la atención de las necesidades de hospitalización son atendidas entre un 50% a 80%, no cubriendo el total de necesidades requeridas	DIRECCION DE ENFERMERIA-RESPONSABLE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION •Elaborar un cuadro comparativo en Excel de lo solicitado con lo recibido, para tener el porcentaje exacto de las necesidades atendidas.
ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento altamente especializado promueven el desarrollo, implementación y socialización de las Guías de Práctica Clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización.	Presentan: • La RG n°279-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR, se aprueba la Adopción de las GPC para la Detección temprana, diagnóstico, estadificación, tratamiento, rehabilitación, y seguimiento de pacientes con cáncer de próstata y de mama luminal a y b, estado clínico I y II. <u>link:</u> https://drive.google.com/file/d/18wlePFwsh6yNAE1HgmOMIir078AH8EoO/view • Informe N°075-2022 para revisión de Guías Técnicas de Enfermería para revisión por el Comité de Investigación del Departamento de Enfermería. • Informe N°03-2022 del Comité de Guías de Práctica Clínica que indica que en la carpeta PUBLICA GENERAL/ COMITE DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA, se encuentran publicadas 09 GPC aprobadas con Resolución Gerencial. • Informe n° 203-2023 dirigido al Presidente del Comité da Auditoria Médica cuyo asunto es la aplicación de las GPC en las historias clínicas.	DIRECCION DE ENFERMERIA-RESPONSABLE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION • Solicitar al Presidente del Comité de Guías de Práctica Clínica, promover entre pares, la implementación de nuevas guías por especialidades y según perfil epidemiológico. COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA • Evaluar la implementación de las GPC aprobadas en las historias clínicas.
ATH2-3	El instituto ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento altamente especializado del paciente y realiza acciones para su disminución.	• Indican que en el área de hospitalización no se puede realizar esta medición por no contar con los datos del momento de la solicitud de internamiento, pero en consulta externa si cuentan con esos datos. • Personal de consultorios externos Presentan: > Cuadernos de programación para la hospitalización de pacientes por especialidad y que cada médico maneja.	RESPONSABLE DE INFORMATICA • ESTABLECER CON LOS COORDINADORES DE DIRECCIONES MEDICAS un mecanismo que permita medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento de un paciente.
ATH4-1	Los servicios de internamiento altamente especializado cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. (0: No cuenta; 1: Cuenta para algunas; 2: Cuenta para las diez)	• Presidente de Comité de Guías de Práctica Clínica indica que en la carpeta PUBLICA GENERAL/ COMITE DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA, se encuentran publicadas 09 GPC aprobadas con RG siendo : + GPC de cáncer de cuello uterino + GPC de cáncer de próstata + GPC de pulmón a células no pequeñas + GPC de pulmón de células pequeñas + GPC de cáncer de colon + GPC de cáncer de mama + GPC de cáncer gástrico + GPC de cáncer hepatocelular + GPC de carcinoma de cabeza y cuello. • La RG n°279-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR, se aprueba la Adopción de las GPC para la Detección temprana, diagnóstico, estadificación, tratamiento, rehabilitación, y seguimiento de pacientes con cáncer de próstata y de mama luminal a y b, estado clínico I y II. <u>link:</u> https://drive.google.com/file/d/18wlePFwsh6yNAE1HgmOMIir078AH8EoO/view	COORDINADORA ENFERMERA DE HOSPITALIZACIÓN • Solicitar al Comité de Guías de Práctica Clínica la relación de las GPC aprobadas para las 10 patologías más frecuentes del servicio de hospitalización. DIRECCIONES MEDICAS • Los Coordinadores de las Direcciones Médicas deberán promover el desarrollo, implementación y socialización de nuevas Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a la especialidad y a las patologías más frecuentes.



ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención altamente especializada según normas vigentes.	Presentan: • Boletín de Estadística con los indicadores	COORDINADORA ENFERMERA DE HOSPITALIZACION • Implementar con el RESPONSABLE DE ESTADISTICA, los indicadores hospitalarios según norma, para evaluar si están dentro de los niveles esperados; por ejemplo Indicador de Promedio de Permanencia por especialidad (N° días estancia/total egresos), Indicador Porcentaje de Cama Ocupada ($día-cama ocupada/día cama disponible \times 100$), Rendimiento Cama ($Total egresos + traslados/n^{\circ}$ de camas utilizadas). • Elaborar un informe con la evaluación, análisis, y propuestas de mejora.
ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.	• No existe mecanismo para evaluar implementación de GPC vigentes. • Presentan Informe 203-2023 cuyo asunto es: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica en las Historias Clínicas	COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA • Establecer un mecanismo que permita evaluar el nivel de cumplimiento de la GPC aprobadas, contribuyendo a estandarizar los procesos de atención basados en la evidencia disponible; (Ejemplo: Ficha de Evaluación o Lista de Chequeo que contenga: el nivel de cumplimiento de acuerdo a criterios de signos y síntomas consignados relacionados con la patología según la GPC, o si el plan de trabajo y la terapéutica está acorde con el diagnóstico según la GPC, etc). • Elaborar un informe con el porcentaje de la adherencia a las GPC. DIRECCION DE ENFERMERIA-COMITE DE INVESTIGACION DE ENFERMERIA • Establecer un mecanismo para la evaluación del nivel de cumplimiento de las Guías de Intervención de Enfermería, con la finalidad de estandarizar los procesos de atención.
ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.		ENFERMERA COORDINADORA DE HOSPITALIZACION • Aplicar una encuesta para conocer el <u>grado de comprensión</u> acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamientos recibidos. • Elaborar un informe con análisis de los resultados, formulación de propuestas e implementación de las mismas.
ATH6-1	Se cuenta con convenios y mapas de proceso/ fluxogramas que garanticen la aplicación de procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. (interconsultas intra y extra hospitalarias).	Presentan: • Flujogramas para Hospitalización de pacientes Iren.	ENFERMERA COORDINADORA DE HOSPITALIZACION • Presentar actas de reuniones para establecer correctamente el proceso de interconsulta intra y extra hospitalaria. • Elaborar Flujograma de Interconsultas intra y extra hospitalarias. • Realizar el seguimiento del MAPRO para su aprobación oficial.
ATH7-3	El instituto cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.	Presentan: • Con Informe N°097-2022 el coordinador del Departamento de Cirugía indica que los horarios de información al familiar son de 08:40 a 09:00, en consultorios externos.	ENFERMERA COORDINADORA DE HOSPITALIZACION • Solicitar a Directores de Departamentos un documento oficial donde se establezca el horario de información al usuario y familiares acerca de la evolución del paciente internado. • Emitir un informe con el reporte de incidencias con respecto al no cumplimiento de los horarios de información a los usuarios y familiares.
ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica.	• No se realiza esta verificación en las historias clínicas, por parte del comité de auditoría médica.	COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA • Establecer en el cronograma del Plan Multianual de auditoria, la programación de actividades para evaluar el cumplimiento del Plan de Trabajo en las historias clínicas, en concordancia con las GPC implementadas. • Elaborar un informe con el porcentaje de concordancia entre los planes de trabajo y las GPC implementadas.



ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones hospitalarias y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica.	• No se realiza esta verificación en las historias clínicas, por parte del comité de auditoría médica.	COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA • Revisar el manejo de las complicaciones hospitalarias en las historias clínicas, en concordancia con las GPC implementadas. • Elaborar un informe con el análisis y evaluación del manejo de complicaciones hospitalarias y si están en concordancia con las GPC implementadas.
ATH7-6	Se realiza el análisis de los eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.	Presentan: • Informe n°258 - 2023- con asunto: Informe 3er trimestre – 2023 de Implementación del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la Ocurrencia de Eventos Adversos, con las conclusiones y la implementación de recomendaciones.	ENFERMERA COORDINADORA DE HOSPITALIZACION • Realizar reuniones de evaluación y análisis de eventos adversos producidos en hospitalización, para evaluar la implementación de acciones de mejora. • Realizar seguimiento de la implementación de las acciones de mejora. RESPONSABLE DE CALIDAD • Presentar informe con seguimiento de las recomendaciones de los eventos adversos presentados en la institución.

Macroproceso 9: Atención de Emergencia (EMG)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
EMG1-1	El instituto cuenta con un mecanismo operativo de información general al usuario en el servicio	• Disposición de dar la información a los usuarios y/o familiares al momento del ingreso y 2 horas después, salvo que haya algún procedimiento o estudio o cambio en la terapéutica, que amerite adelantar la información. • Se realiza encuesta a 2 familiares de usuarios del servicio, que señalan desconocer los horarios de información. • Letrero con horarios de información al usuario y/o familiares.	COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA • Emitir un documento oficial con las disposiciones del mecanismo de información general para el usuarios y/o familiares, relacionada a tarifas, rol de personal, visita de familiares y otras condiciones del servicio y en cuanto a la información médica de la situación de salud del paciente; se deberá fijar como mínimo tres horarios por día cuando el paciente esté en observación, y para los pacientes críticos, la información al familiar directo o representante legal se realizará todas las veces que el caso lo amerite(según NT042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia en el punto 6. Disposiciones Específicas- 6.1 De la atención del paciente) • Las disposiciones deben ser publicadas en forma clara y colocadas en lugares visibles al ingreso del servicio o área, para facilitar la información necesaria al paciente y familiares responsables o acompañantes (según NT042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia). • Se sugiere elaborar una Directiva en donde se establezca el proceso de Atención al paciente de emergencia, en donde se consignen datos de información general al paciente o acompañante, así como el flujograma de atención.
EMG1-4	El instituto cuenta con guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia por etapas de vida.		COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA • Solicitar a ESTADISTICA la lista de los 10 diagnósticos de emergencia más frecuentes por especialidad o departamento (Dirección de oncología médica, oncología pediátrica, Dirección de Cirugía). COORDINADOR DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA • Deberá promover reuniones entre sus pares, para la adopción y/o adaptación y socialización de Guías de Práctica Clínica para emergencias oncológicas, de acuerdo a las patologías más frecuentes.



EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias	Refieren haber realizado un curso de capacitación a los 33 trabajadores del área de emergencia, queda pendiente la presentación del informe de dicha capacitación.	MEDICO RESPONSABLE DE EMERGENCIA ENFERMERA RESPONSABLE DE EMERGENCIA - Presentar el Plan de Capacitaciones del personal de emergencia según competencias. - Elaborar Informe de las capacitaciones realizadas donde se consigne los objetivos alcanzados, total de participantes y la modalidad de capacitación si es de: > Especialización > Perfeccionamiento o > Actualización
EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.	- Refieren que equipo de teléfono para comunicación interna o comunicación externa no está operativo - Computadora con acceso a internet.	COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA Comunicar a Administración y Gerencia la necesidad de tener el teléfono para comunicación interna y externa, al igual que la radio implementada y operativa en el servicio de emergencia, los 365 días las 24 horas.
EMG2-4	El instituto dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.	Se dispone de ambulancia las 24 horas del día los 365 del año pero solo para traslado de pacientes. *en existencia el Formato de autorización de Traslado de Pacientes	COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA - Deberá solicitar al RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO, el Rol de Pilotos de ambulancia mensual. - Deberá solicitar el Registro o Reporte o Bitácora de las actividades, ruta de la ambulancia.
EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia.	- Cuaderno de Reporte de Guardia de Enfermería. - Existen acuerdos entre el personal que garantiza la atención del servicio de emergencia en los cambios de guardia	COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA - Presentar un Documento con los mecanismos establecidos oficialmente para garantizar la continuidad de la atención en Emergencia ante cambios de guardia (salud, etc). - Implementar un cuaderno de ocurrencias
EMG3-4	El instituto evalúa en forma periódica el tiempo de espera para atención a los usuarios y los rangos están dentro de los esperados por la institución para prioridad I, II y III.		COORDINADOR DE DIRECCION DE MEDICINA RESPONSABLE MEDICO DE EMERGENCIA - En coordinación con INFORMATICA, establecer un mecanismo para evaluar el tiempo de espera para la atención por emergencia y los indicadores de calidad, según la NT: 042-MINSA (anexo n°1) Indicador: Promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia para ser atendido según casos de prioridad. Permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el Servicio de Emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente) Estándar: - Casos de Prioridad I: atención inmediata - Casos de Prioridad II: periodos de 10 minutos - Casos de Prioridad III: periodos de 20 minutos

Macroproceso 10: Atención Quirúrgica (ATQ)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica.	Cuenta con manual de procedimiento (MAPRO) de Anestesiología, No cuenta con MAPRO de Centro Quirúrgico	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Elaboración de MAPRO de Centro Quirúrgico (intervenciones quirúrgicas más frecuentes)
ATQ1-3	Se aplican guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano,	Cuenta con Guía de Manejo de Anestesiología, No Guía de Manejo de Centro Quirúrgico (en elaboración)	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Elaboración de Guía de manejo de Centro Quirúrgico (intervenciones quirúrgicas más frecuentes)



	recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología).		
ATQ1-4	El instituto tiene un rol diario de asignación de salas y cuenta con mecanismos que garanticen la disponibilidad de ellas para casos de urgencia.	Cuenta con rol diario de asignación de salas. No se cuenta con sala de urgencias, en consecuencia no tiene mecanismo/documento oficial institucional que garantice disponibilidad para casos de urgencia.	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Se debe gestionar la creación de sala de urgencia o en su defecto emitir disposición oficial que garantice disponibilidad de sala para atención en casos de urgencia.
ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación).	Cuenta con rol de programación oficializado del último trimestre. Cuenta con programación de personal en Sala de Recuperación. No cuenta con Sala de urgencias, por lo que no tiene personal programado para sala de urgencias.	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Destinar sala para procedimientos de urgencia (área crítica) o Elaborar mecanismo para garantizar disponibilidad de una sala en caso de urgencia (área crítica) y programar personal para atención en sala de urgencias
ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación.	El registro de la hora de coordinación de traslado del paciente sólo se registra en el 90% de las HCI seleccionadas (hoja de registro de enfermería). La historia sin evidencia de hora de coordinación de traslado fue de un procedimiento de "conización".	RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE CENTRO QUIRURGICO: Socializar el registro de la hora de coordinación de traslado del paciente a las áreas de hospitalización en la historia clínica al personal de enfermería de todo procedimiento quirúrgico.
ATQ2-4	Se ha preestablecido el tiempo para el traslado de pacientes del centro quirúrgico, se cuantifican y se cumplen.	No se han preestablecido tiempos de traslado de pacientes	RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE CENTRO QUIRURGICO: Establecer tiempos estándar para traslado de pacientes del centro quirúrgico al área de recuperación, así como del área de recuperación a ambientes hospitalarios. Elaborar un informe trimestral con los resultados de la medición de tiempo de traslado y acciones de mejora.
ATQ3-2	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.	El 100% de las historias verificadas cuenta con hoja Pre-anestesia	Socializar el uso de formato de evaluación preanestésica en la historia clínica
ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.	Se cuantifican mensualmente el número de cirugías suspendidas, no se analiza. Fuente: INFORME Nro.-003 – 2023 GRA/ GRSA/GR – IRENSUR/G-CO	Analizar número de cirugías suspendidas y elaborar acta de implementación de medida correctiva.
ATQ3-10	El instituto evalúa periódicamente el embalse quirúrgico y establece mecanismos de mejora.	Centro quirúrgico no cuenta con información de embalse quirúrgico.	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Elaborar un plan de contingencia ante la ocurrencia de embalse quirúrgico.
ATQ3-11	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.	Cuenta con informe mensual de reintervenciones. No cuenta con disposiciones orientadas a disminuir el número de reintervenciones quirúrgicas.	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Elaborar disposiciones orientadas a disminuir el número de reintervenciones quirúrgicas
ATQ3-12	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de Hospitalización) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.	No cuenta con encuesta de satisfacción del usuario	RESPONSABLE DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION: Solicitar al área de Calidad "Elaborar encuestas de satisfacción del paciente en la atención recibida" y coordinar con el área de hospitalización la aplicación de las mismas. Realizarlas periódicamente y elaborar informe a su superior.
ATQ4-1	El instituto realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.	No cuenta con informe de auditoría de la calidad de atención	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO: Elaborar guías de atención quirúrgica de las cirugías más frecuentes, socializarlas, verificar cumplimiento.
ATQ4-2	El instituto implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en el marco de las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud.	El instituto acaba de terminar proyecto de mejora de iluminación y pisos. No cuenta con auditorías preventivas	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO Y DE ENFERMERIA: Elaborar otros proyectos de mejora continua en los aspectos críticos detectados en el marco de las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud.



ATQ4-3	El instituto aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.)	El instituto no cuenta con política de confidencialidad de información del paciente	RESPONSABLE DE CENTRO QUIRURGICO Y DE ENFERMERIA SOLICITAR AL AREA CALIDAD EN SALUD en coordinación con GERENCIA y ASESORIA LEGAL: Elaborar políticas de confidencialidad de información del paciente y la implementación de un documento oficial para el cumplimiento de la Ley 30024 que en su artículo 5 e inciso d) indica Todas aquellas personas que acceden a la información clínica disponible a través del RENHICE, deben mantener la obligación de confidencialidad de dicha información según el mandato de Ley y del presente Reglamento, además de la obligación del secreto profesional correspondiente.
--------	---	---	--

Macroproceso 11: Investigación (INV)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
INV1-1	El instituto cuenta con Plan de investigación que incluye las políticas y líneas de investigación en su especialidad, en concordancia con las necesidades de salud pública y competencias de acuerdo a su nivel de complejidad.		RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION debe elaborar plan de investigación aprobado con RG en el 1er trimestre del año 2024.
INV1-2	El Instituto ejecuta el Plan de Investigación de acuerdo a lo programado.		RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe ejecutar el plan de investigación de acuerdo a lo programado para el 2024 y debe cumplir en más del 80%.
INV1-3	El instituto cuenta con un Comité de Investigación y está operativo.	Con RG n°030-2023-g se conformó el comité revisor 2023-2024. Con acta n°02,03,04 se evidencia reuniones del comité pero no están firmadas, lo que denota que son reuniones mensuales.	Se debe actualizar y tener actas firmadas lo que indica la presencia y conformidad de los acuerdos tomados
INV1-4	El instituto cuenta con un Registro de investigadores en la Oficina de Investigación y CONCYTEC y está actualizado.	Se cuenta con 12 investigadores con registro (6 están actualizados) mediante fichas de registro de CONCYTEC.	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Se debe enviar documento a los investigadores para que tengan actualizados sus registros
INV1-6	El instituto cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEI), registrado en el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Office for Human Research Protections(OHRP) -Oficina de Protección de los Sujetos de Investigación		RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe persistir en la conformación de Comité de Ética e Investigación el cual debe contar con CEI y registrarlo en el INS Y OHRP. Debe presentar actas de reuniones de dicho comité en el 2023.
INV1-7	El instituto ha establecido convenios de investigación con Universidades y otras instituciones a nivel nacional e internacional.	*Indican que se tiene el convenio específico de cooperación docente asistencial nacional con la UCSP que en su cláusula 12 indica: realizar acciones de Docencia e Investigación. *Está proyectado el Convenio Italiano - Peruano	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe gestionar convenios internacionales de investigación y afianzar los convenios nacionales con investigaciones que puedan demostrar su ejecución.
INV1-9	Se desarrollan investigaciones de acuerdo al Plan aprobado y los resultados se encuentran en el Centro de Recursos de la institución.	*No cuenta con plan pero cuenta con una base de datos(2021-2022-2023) de proyectos presentados, aprobados y publicados por el comité revisor. *Con informe n° 12-2023 se informa sobre la situación actual de los ensayos clínicos (04 ensayos clínicos) de fecha 05-10-2023	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe consignar informes del cumplimiento de las tutorías de pre y post grado.
INV2-2	El instituto cumple con las actividades de Monitoreo, supervisión y evaluación de las Investigaciones aprobadas.	Carece de formatos donde se evidencie el monitoreo y supervisión por parte del tutor de la ejecución de la investigación. Presenta el memo n° 029-2023 donde se solicita la información sobre la	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Podría evaluar la implementación de formatos de monitoreo y supervisión durante la ejecución de proyectos junto con Comité de Ética



		situación de los ensayos clínicos para seguimiento.	
INV2- 4	Asigna recursos financieros para el desarrollo de las investigaciones de acuerdo al Plan.		RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe de gestionar y dar a conocer que se asigne un porcentaje de presupuesto para desarrollo de investigación de acuerdo al plan y la importancia de su ejecución.
INV2-5	Asigna Investigadores/as u horas exclusivas para el desarrollo de las investigaciones.	Con memo n°136-G (18-07-23) se asigna horas para miembros del Comité Revisor de 2 horas en turno de trabajo 1 vez al mes, mas no es al tiempo completo.	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe de presentar una propuesta en base a la norma e impulsar e incentivar que se asigne horas para cuando un profesional desarrolle una investigación.
INV3-1	El instituto emite el informe de los resultados de la investigación, a la autoridad sanitaria.	Presenta el informe n°72-2032-DCC-DI donde se remite copia de resultados y recomendaciones de trabajos de investigación para difusión de conclusiones y recomendaciones.	RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION Debe socializar los resultados en reuniones como el SIG Sanitario para que toda la institución esté informada.

Macroproceso 12: Docencia (DOC)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
DOC1- 1	El instituto cuenta con convenios que contemplan actividades de docencia dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel.		RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe propiciar convenios con EESS 1er y 2do nivel de atención para actividades de docencia
DOC1- 4	El instituto cuenta con Reglamentos de Docencia y se implementan.	Presenta RG n° 125-2022-g que aprueba Reglamento de Residentado Médico. Así mismo el informe mensual del Tutor de Patología Clínica sobre actividades de Residentado que se remiten a las universidades	RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe elaborar reglamento de Pregrado con RG.
DOC1- 5	El instituto cuenta con programación de actividades de tutorías y asesorías, dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel. incluidos en el Plan Anual de Docencia y se cumplen.	Presenta programación anual de Actividades Científicas 2023, además de un panel fotográfico que evidencia actividades, pero no con EESS de 1er y 2do nivel de atención.	RESPONSABLE DE DOCENCIA Pedir asistencia técnica a MINSA o INEN para la elaboración del plan donde incluya actividades de asesoría aprobado con RG.
DOC1- 7	El instituto cuenta con el Plan Anual de Docencia, dirigida a los establecimientos del segundo y primer nivel y lo ejecuta.		RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe elaborar y evaluar el cumplimiento del plan anual de docencia al 1er y 2do nivel con informe que evidencia su avance.
DOC1- 8	El instituto cuenta con un centro de documentación adecuado (Biblioteca y otros) y es accesible a los usuarios del sector.	Cuenta con repositorio de tesis, así mismo el Comité Revisor tiene un listado de los Proyectos de Investigación desde el 2019.	RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe actualizar el listado y/o relación de Tesis de Investigación. Socializarlo en publica, WhatsApp Institucional y/o Facebook para acceso de todo el personal de los resultados y conclusiones de dichas tesis.
DOC1- 9	Cuenta con Programa de Cooperación y/o Asistencia Técnica Nacional y /o Internacional y se ejecuta (Pasantías, Intercambios).	Presenta Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre INEN e IREN SUR por 3 años. Así mismo con oficios n° 136 DICON/INEN aceptan rotación de médicos residentes.	RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe solicitar a DCC u otro el cronograma de asistencias técnicas solicitadas a INEN para evaluar si se cumple con lo establecido para el 2024, también debe de coordinar con Capacitación – RRHH en relación al PDP para evaluar lo programado vs lo ejecutado
DOC1- 10	Cuenta con programas de Sub-especialización y lo ejecuta.	Indica que UNSA presento un informe para apertura de nuevas subespecialidades y está pendiente autorización de CONAREM como la de subespecialidad en gineco-oncología	RESPONSABLE DE DOCENCIA Debe hacer seguimiento al informe de aprobación del programa de subespecialidad



Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento en la Atención Especializada (ADT)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen incorporados proyectos de investigación a la cartera de proyectos aprobada por el instituto.	Presentación de dos proyectos: "Factores asociados a la selección de postulantes no aptos en el centro de hemoterapia de IREN SUR 2023". "Calidad de atención y actitud de donantes en centro de hemoterapia de IREN SUR 2023"	Coordinador de docencia e investigación: Remitir documento de autorización del proyecto e informe de los resultados de los proyectos ejecutados Coordinador del Dpto. de apoyo al diagnóstico: Deberá promover la investigación e innovación de tecnologías y procedimientos de apoyo al diagnóstico mediante presentación de proyectos Coordinadores de los dptos. de Radioterapia, Medicina y Cirugía: Deberán promover la presentación de proyectos de los servicios de tratamientos
ADT2-1	El Instituto publica y difunde las investigaciones efectuadas de su especialidad referidos al apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Los proyectos de investigación se socializan mediante grupo de WhatsApp	Coordinador de docencia e investigación: gestionar la publicación de proyectos de investigación aprobados y sus resultados en página web de GRSA o medios virtuales oficiales Coordinadores de los dptos. de Radioterapia, Medicina y Cirugía: Deberán socializar de manera oficial y con evidencias los resultados de los proyectos de investigación de apoyo al diagnóstico y de tratamiento
ADT2-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento incorporan la socialización de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de sus investigaciones al plan de mejoramiento de competencias con alcance sectorial.	Informe N°003-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR.DADT-BB.SS-INMUNOHEMOTOLOGIA: Informe técnico de desempeño de equipos NEO IRIS- IH500 (cambios de técnica de inmunohematología)	Coordinador de Docencia e Investigación: Optimizar el proceso de la socialización de los nuevos conocimientos producto de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos para el mejoramiento de competencias del área donde se desarrollaron los estudios. Coordinadores de los Dptos. de Apoyo al Diagnóstico, Radioterapia, Medicina y Cirugía: Elaborar un plan de mejoramiento de competencias, en donde estén consignados, objetivos, socialización e implementación de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de las investigaciones que se realizan en sus áreas y/o servicios.
ADT3-4	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.	Los resultados de exámenes de banco de sangre se encuentran registrados en el sistema digital: E-DELPHYN-BLOOD BANK en el cual están registrados los tiempos exactos de solicitud, recepción y entrega del resultados y el estimado no excede las 24 horas como máximo de tiempo.	Coordinador de Banco de Sangre: Gestionar la implementación en el sistema digital: E-DELPHYN-BLOOD BANK de una opción que figure de manera automática los resultados de la medición de los tiempos
ADT3-7	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas y protocolos de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos).	RG N°109-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G aprueba documentos de gestión de calidad de la UPSS de Banco de Sangre de IREN SUR Banco de Sangre y patología clínica si aplican con indicadores de calidad	Coordinador del Dpto. de Apoyo al Diagnóstico: Deberá gestionar la implementación de indicadores de calidad de los servicios de apoyo al diagnóstico que realizan procedimientos con medios de contraste y endoscopias de manera oficial y según normativas vigentes
ADT3-9	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Banco de sangre realiza campaña de donación intra y extramurales según cronograma establecido.	Coordinador del Dpto. de Apoyo al Diagnóstico Responsables de Patología clínica, Anatomía Patológica e Imagenología: * Deberán medir y analizar la demanda no atendida de sus áreas, para la implementación de acciones correctivas. * Presentar un informe de evaluación y monitoreo de las acciones correctivas implementadas.



Macroproceso 14: Admisión y Alta			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.	Pantallazo del Sistema HIS MINSA, sistema que se maneja a nivel nacional	RESPONSABLE DE ESTADISTICA: Gestionar la aprobación con Resolución Gerencial del Sistema IREN SUR COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS Debe evaluar y validar los formatos de la historia clínica
ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas y está contemplado en el manual de procedimientos del instituto y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.		RESPONSABLE DE ESTADISTICA: Elaborar MAPRO para la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas para aprobación de OPPDI
ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.		RESPONSABLE DE ESTADISTICA: * Elaborar MAPRO que contenga procedimientos de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas, según norma vigente TS N°139-MINSA/2018/DGAIN. * Presentar informe trimestral donde se identifique aspectos críticos del proceso diario de recojo / archivo de historias clínicas, así como la implementación de mejoras.
ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.		RESPONSABLE DE ADMISIÓN Elaborar un MAPRO para la obtención y entrega de citas. DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CANCER Deberá gestionar plazas indeterminadas.
ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del instituto.		RESPONSABLE DE ADMISIÓN: Solicitar a la coordinación de Estadística el requerimiento de capacitaciones sobre temas relacionados a procesos del área de admisión para incluir en Plan Anual de Capacitación de Oficina de Recursos Humanos.
ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el instituto e identifica necesidades con enfoque intercultural.	Observación directa	Implementar un registro (libro) de ocurrencias identificando necesidades del usuario. DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CÁNCER Deberá aplicar una encuesta trimestral a los pacientes sobre proceso de otorgamiento de información del personal de Admisión.
ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios.	Rol mensual de turnos de personal médico y cita de un paciente; ambas informaciones coinciden. Copia de ticket de cita entregado al paciente.	DIRECCIONES MÉDICAS: Deberá cumplir con la entrega anticipada del rol de turnos, según normativa.
ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.		RESPONSABLE DE CALIDAD: * Gestionar las acciones para medir los tiempos de espera en admisión. * Elaborar informe del registro del tiempo de espera en admisión con resultados
ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el instituto luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.		RESPONSABLE DE ESTADISTICA: * Informar al DCC mensualmente el reporte de usuarios no atendidos luego de haber obtenido cita. * Analizar la información semestralmente para conocimiento del Comité de Gestión y aplicación de acciones de mejora. * Publicar en el boletín mensual los resultados de los usuarios no atendidos. * Realizar consulta al MINSA sobre promedio de atenciones no realizadas a pesar de tener cita.



ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	Boletín Estadístico ubicado en Publica General/ Estadística/Compartido	RESPONSABLE DE ESTADISTICA: * Implementar el reporte mensual a DCC del porcentaje de citas atendidas de acuerdo a la programación establecida. Analizar la información de manera trimestral para presentarla al Comité de Gestión para establecer las acciones de mejora. * Establecer porcentaje esperado para citas atendidas en el instituto.
ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.		RESPONSABLE DE ESTADISTICA: * Implementar a través del Sistema Integrado (O del Sis-GalenPlus) el reporte de reprogramación de citas. * Analizar la información, determinar las causas de reprogramación y establecer acciones de mejora (habilitar el servicio de mensajería con recordatorio de citas)
ADA2-7	Se realiza auditoria de calidad de registro de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.	Informe N° 07-2023-GR/GR-IREN-SUR/DCC/GC/-CAS-LRG Informe de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud - I Semestre 2023.	RESPONSABLE DE CALIDAD: Deberá hacer el seguimiento de las recomendaciones hechas en cuanto a la calidad de atención de salud para mejorar los resultados y llegar a los niveles esperados.
ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.		DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CÁNCER Deberá realizar una encuesta de manera mensual para medir el grado de satisfacción del usuario externo y emitir un informe con los resultados, así como la implementación de proyectos o acciones de mejora.
ADA3-1	Se cuenta con el manual de procedimientos del proceso de alta en el instituto y se cumple.		RESPONSABLE DE ESTADISTICA: *Elaborar MAPRO que contenga procedimientos de alta en la institución para aprobación de OPPDI. *Presentar el informe del monitoreo del proceso del alta.
ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se implementan medidas correctivas.	Boletín mensual elaborado por Estadística y publicado en Pagina web	RESPONSABLE DE ESTADISTICA Elevara un informe trimestral a DCC sobre las estancias prolongadas, con la respectiva evaluación si el indicador del promedio de estancia hospitalaria está dentro del estándar. Estos resultados se presentarán a Direcciones Médicas para conocimiento y fines.

Macroproceso 15:Tecnología para la Continuidad de la atención (TCA)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
TCA1-3	El instituto ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extra institucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la Contrarreferencias efectiva.	Oficina de seguros y referencias han sido participes en diversas reuniones con la GERESA, pero las actas aun no las hicieron llegar a la oficina de referencias a pesar de solicitarlas en reiteradas oportunidades El registro de pacientes se realiza mediante el sistema REFCON	COORDINADOR DE LA OFICINA DE SEGUROS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS: Deberá solicitar una copia de las actas de reunión y de coordinaciones con GRSA u otras instituciones de atención ambulatoria que garanticen la efectividad de las Contrarreferencias
TCA4-2	El instituto propone al MINSA normas técnicas sanitarias a aplicarse en el sistema nacional de salud en el ámbito de su especialidad.	IREN SUR participó en el primer Congreso Nacional de Políticas Públicas de Cáncer para trabajar en forma coordinada con el sector público, privado, académico y la sociedad civil generando planes de trabajo multisectorial en la lucha contra el cáncer, octubre en la universidad Señor de Sipán en Chiclayo Renovación del convenio de la Alianza Global con ST JUDE PARA CARE REGISTRY Y ST JUDE CARES (USA) en Pacientes Pediátricos	GERENCIA Y COMITÉ DE GESTION: DEBERAN PROPONER AL MINSA Normas Técnicas Sanitarias en el ámbito de la especialidad



TCA4-3	El instituto ha brindado asistencia técnica directa en las regiones para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención.	Oficio N° 757-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G Informe N° 278 - 2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-DCC-CALIDAD, se remitió a GRSA el informe final del curso de capacitación denominado "Fortalecimiento de los Profesionales de Salud del I y II Nivel de Atención en Prevención, Detección y Diagnóstico de Cánceres Priorizados".	COORDINADOR DE LA OFICINA DE SEGUROS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS: Deberá coordinar la ejecución de asistencias técnicas a las regiones en el sistema de referencias y Contrarreferencias para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención.
TCA5-1	El instituto convoca a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud.	Reunión de trabajo colaborativo entre INEN, IREN NORTE, IREN CENTRO E IREN SUR - Red Oncológica Nacional establecida por Ley N° 31336 Ley Nacional del Cáncer y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2022-SA, febrero 2023 Reunión con MINSa: Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública con acta de acuerdos: Habilitación de un Ciclotrón e instalación del PET-CT, reunión en agosto 2023	GERENCIA Y ADMINISTRACION: Deberán de convocar a actores relevantes en el campo de la especialidad oncológica para formular Propuestas de Políticas de Salud.
TCA5-2	El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes.	IREN SUR gestionó la Articulación para dar inicio al cumplimiento de la Ley Nacional del Cáncer para la Implementación de la Red Oncológica en la Región Arequipa Con INEN, Gobernación y Gerencia De Salud Está pendiente la implementación del documento técnico "Lineamientos para el Otorgamiento de Citas en Hospitales II y III , e Institutos -del Gobierno Regional de Arequipa", las cuales dependen de GRSA.	GERENCIA Y ADMINISTRACION: Evaluarán la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de actores relevantes

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación	Manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado con RM N°132-2015 es la vigente. Check List de Buenas Practicas de Almacenamiento, según Normativa DIGEMID (Guía de Auto inspección)	Verificar los datos de las fechas en los check list que se evalúan
GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto	Informe N°00585-2023-GRA/GRS/GR-IREN SUR/G-DAT/F: recetas de pacientes ambulatorios que no cumplen buena prescripción Informe N°022-2023-GRA/GRS/GR-IREN SUR/G-DAT/F: Falta de Orden y Organización en el envío de Formulas De NPT en IREN SUR y HRHD Informe N°00505-2023-GRA/GRS/GR-IREN SUR/G-DAT/F: Problemática de Recetas de Preparaciones Magistrales	COORDINADOR DE DPTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y RESPONSABLE DE FARMACIA: Realizar reuniones con los departamentos de Medicina y Cirugía para determinar estrategias para disminuir errores de prescripción.
GMD2-6	Se reporta las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y se aplica el algoritmo correspondiente para comprobar el origen.	Reporte en el formato de notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos u otros productos Farmacéuticos. Informe N°002 -2023 DUMG: Informe de RAM y Tecno vigilancia	Capacitar y sensibilizar al personal asistencial en la utilización del código QR para notificar y registrar los RAM y evitar sub registros.



Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
GIN1-1	El instituto identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.	Acta de reunión de noviembre 2023: creación de un sistema informático para convenio con la Marina de Guerra del Perú	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN: Deberá de identificar la necesidad de información de procesos administrativos de manera documentada (actas de reunión, informes) COORDINADORES DE LOS DPTOS. DE CONTROL DE CÁNCER, MEDICINA, CIRUGÍA, RADIOTERAPIA, APOYO AL DIAGNÓSTICO Y DIRECTORA DE ENFERMERÍA: Deberán de identificar la necesidad de información de procesos asistenciales de la atención oncológica
GIN1-2	El Instituto realiza difusión de la información de procesos asistenciales y administrativos, en forma adecuada	Informe N°099-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-INF: Culminación de la implementación de sistema informática para registro de pacientes de la Marina de Guerra del Perú	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN: Deberá difundir la información de los procesos administrativos: gerencial, administrativos, control de gestión, de presupuesto, admisión y alta, a todo el personal de la institución de manera oficial. COORDINADORES DE LOS DPTOS. DE CONTROL DE CÁNCER, MEDICINA, CIRUGÍA, RADIOTERAPIA, APOYO AL DIAGNÓSTICO Y DIRECTORA DE ENFERMERÍA: Deberán gestionar la difusión de información de los procesos asistenciales: ambulatorios, especializados y de apoyo al diagnóstico y tratamiento, a todo el personal de la institución de manera oficial.
GIN1-3	El instituto identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y está incluido en el plan anual de adquisiciones.	Logística indica que no se contempló la necesidad de adquisición de equipos informáticos en el Plan Anual de Adquisiciones	RESPONSABLE DE INFORMÁTICA: Elaborar un informe técnico de identificación de necesidades de equipamiento del sistema informático de la institución, bajo responsabilidad y gestionar la inclusión de equipamiento informático en el Plan Anual de Adquisiciones
GIN1-4	El instituto cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal.	Existe Sistema de Acopio: Sistema Integrado IREN SUR, pero no se aplicó una encuesta para determinar los porcentajes de conocimiento por parte de los trabajadores de los sistemas de acopio	RESPONSABLE DE INFORMÁTICA: Elaborar y aplicar una encuesta a 30 trabajadores de la institución seleccionados aleatoriamente por áreas y elaborar un informe con los resultados obtenidos.
GIN1-6	El instituto tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.		RESPONSABLE DE INFORMÁTICA: Gestionar la inclusión de capacitaciones y/o asistencias técnicas al personal de informática en el Plan Anual de Capacitaciones de Desarrollo de las Personas (PDP) y elaborar un informe con las capacitaciones ejecutadas y porcentaje de participantes COORDINADOR DE DPTO. DE CONTROL DE CÁNCER: Gestionar la inclusión de capacitaciones y/o asistencias técnicas al personal de estadística y de registro de cáncer y demás involucrados en gestión de la información, en el Plan Anual de Capacitaciones de Desarrollo de las Personas (PDP), elaborar un informe con las capacitaciones ejecutadas y porcentaje de participantes.
GIN1-7	El instituto cuenta con manual de procedimientos que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información, de los que existe evidencia de su implementación.		RESPONSABLE DE INFORMÁTICA Y RESPONSABLE DE ESTADÍSTICA: Elaborar un manual de procedimientos que detalle las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de información y realizar la gestión para su aprobación con resolución



GIN1-8	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.		COORDINADOR DEL DPTO. DE CONTROL DE CANCER Y RESPONSABLE DE INFORMATICA: Elaborar una directiva administrativa de sistema de gestión de la información de IREN SUR con resolución que detalle todos los aspectos de una adecuada gestión de información: recolección de datos, fuentes de datos, responsables, procesamiento de datos, tiempos de información, distribución, análisis y toma decisiones, así como evaluar su implementación de la directiva.
GIN1-9	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.	FORTINET: Programa informático que permite proteger información y monitorear la información de las áreas asistenciales y administrativas	GERENCIA: Designar de manera oficial el área o responsable de la gestión de la información RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Deberá monitorizar la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización y elaborar un informe señalando el porcentaje de monitoreo de la información de toda las áreas
GIN2-1	El instituto tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.	Informe N°051-2023 GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-INF: compra de servidor para sistema SIGA	RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Deberá de implementar mecanismos de identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información mediante conformación de un equipo de trabajo, elaboración de un mapa de procesos, análisis de nudos críticos, obtención de datos e indicadores. Elaborar y remitir informes de la identificación de aspectos críticos de la gestión de la información para permitir que las áreas involucradas elaboren proyectos de mejora según los resultados de la evaluación y/o análisis de nudos críticos de la gestión de información.
GIN2-2	El instituto cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).		RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Implementar un método formal y permanente de gestión de la información mediante la recolección, procesamiento, análisis y evaluación de resultados. Implementar indicadores de gestión de la información
GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	Actas de reuniones de Comité de Gestión	COORDINADORES DE LOS DPTOS. DE CONTROL DE CÁNCER, MEDICINA, CIRUGÍA, RADIOTERAPIA, APOYO AL DIAGNÓSTICO Y DIRECTORA DEL DPTO. DE ENFERMERIA: Implementar espacios participativos para análisis con elaboración de actas.
GIN3-3	El instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.	Informe N°099-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-INF: Culminación de la implementación de sistema informática para registro de pacientes de la Marina de Guerra del Perú	RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Gestionar la implementación de un espacio donde se difunda los proyectos de mejora continua de la información.



GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.		RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Elaborar y aplicar una encuesta de manera semestral que permita identificar las percepciones del usuario interno sobre manejo de información en los siguientes niveles: Operativo: asignación de funciones en base a lineamientos Táctico: funcionamiento de áreas uso de recursos Estratégico: planeación, organización y logro los objetivos. Elaborar un informe de los resultados obtenidos de la encuesta de percepciones del usuario interno sobre manejo de información según los niveles descritos
--------	---	--	---

Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
DLDE1-1	Se cuenta con un manual de procedimientos de desinfección y esterilización de materiales e instrumentos médicos acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.	Presenta manual de limpieza, desinfección y esterilización, además de fichas técnicas de 21 procedimientos.	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN * Debe hacer aprobar el manual de limpieza, desinfección y esterilización hospitalaria y el MAPRO del mismo. * Debe evidenciar la socialización del MAPRO con el personal de central de esterilización.
DLDE1-2	El instituto cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA * Debe actualizar la directiva de limpieza y desinfección (de ambientes) para el 2023 hasta su aprobación. * Socializar con el personal. * Presentar una encuesta de conocimientos hecha al personal responsable de hospitalización, emergencia (mínimo a 10).
DLDE1-3	El instituto tiene centralizado en unidades los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos de acuerdo a su complejidad y cuentan con documentos de gestión.	Presenta manual de limpieza, desinfección y esterilización, además de fichas técnicas de 21 procedimientos.	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Debe hacer seguimiento de aprobación del MAPRO.
DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas en el Manual de bioseguridad.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA * Debe elaborar el manual de bioseguridad y hacerlo aprobar con RG. * Responsable de salud ocupacional presentar informes de supervisión hecha al personal en una muestra indistinta y que denote que el 90% cumple con la protección.
DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.	Presentan una lista de chequeo de recepción de material e instrumental quirúrgico por servicios.	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Debe demostrar la aplicación permanente de la lista de chequeo al momento de la recepción de los diferentes servicios que denote el cumplimiento del manual de desinfección y esterilización en 10 trabajadores como mínimo y si se cumple de acuerdo al manual.
DLDE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos oficialmente.	* Presenta el check list de empaque y esterilización de material - presenta ficha de procedimiento de empaque de material y equipos contenida dentro del manual. * Se entrevista al personal técnico sobre los pasos del procedimiento, no lo hace o dice del 1er al último paso correctamente.	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN * Debe de hacer seguimiento a la aprobación del MAPRO donde está contenido el procedimiento de empaque y esterilización de material, además debe contener o agregar la lista de chequeo propia o la del MINSA AL MAPRO. * El personal de central de esterilización debe de conocer exactamente el procedimiento y los pasos sin saltarse.



DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos según guía de control de procesos.	Muestra un archivo diario de control de los indicadores, físicos, químicos y biológicos.	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION * Debe hacer seguimiento a la aprobación del manual de desinfección y esterilización donde debe estar consignado el procedimiento de los 3 controles. * Colocarlo en un lugar visible la lista de chequeo para uso de manera obligatoria y evidenciar que se aplica permanentemente.
DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.	Muestra cartillas de control pegadas en los contenedores para control de daños y perdidas	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION Debe elaborar informe mensualizado sobre el registros de control de daños y pérdidas para conocimiento de la dirección de enfermería y tomar acciones de ser el caso.
DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.	No se hizo nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA - DE SALUD OCUPACIONAL Y DPTO DE ENFERMERIA. * Deben realizar en forma conjunta el manual con el proceso de recolección, lavado de ropa y enseres. * Deben aplicar la lista de chequeo que denote el cumplimiento de las disposiciones del manual en una muestra donde se verifique que se cumple en un 90% en el personal. * Deben verificar el cumplimiento del manual en la empresa que cumple el servicio tercerizado y presentar informe correspondiente.
DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA- DE SALUD OCUPACIONAL * Debe elaborar el MAPRO de tratamiento de ropa contaminada y aprobarla con RG. * El proveedor debe conocerla y dar cumplimiento. * Debe realizar supervisiones y verificaciones al proveedor. * Debe de realizar encuestas de conocimiento en 10 trabajadores y consignarlo en informes.
DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.		RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION * Debe de elaborar informes mensualizados de las ocurrencias o reclamos a la Dirección de Enfermería con medidas correctivas a implementar * Cada servicio debe tener reporte de reclamos de ser el caso y dar alcance a C.E.
DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	No presenta nada	RESPONSABLE DE HOSPITALIZACION - EPIDEMIOLOGIA Debe elaborar el procedimiento de almacenamiento de los enseres de ropa de cama. EPIDEMIOLOGIA Debe verificar y supervisar a través de la lista de chequeo con el informe correspondiente.
DLDE3-5	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.		RESPONSABLE DE HOSPITALIZACION - EPIDEMIOLOGIA Debe elaborar el procedimiento de almacenamiento de los enseres de ropa de cama. EPIDEMIOLOGIA Debe verificar y supervisar a través de la lista de chequeo con el informe correspondiente.
DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	No presenta nada	RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL * Debe realizar supervisiones al personal de limpieza para verificar el uso de EPPs, según norma vigente. * Debe realizar informes de supervisión con lista de chequeo.
DLDE4-2	El instituto cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA * Debe elaborar el manual de residuos sólidos aprobado con RG. * Debe de realizar informes de supervisión con lista de chequeo del cumplimiento de los procedimientos según lo establecido (segregación, acopio de residuos sólidos, rutas de transporte de residuos sólidos etc.)



DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental, el comité de infecciones intrahospitalarias y el personal de enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA * Debe de activar el comité de IIAS con RG, consignar actas de reuniones. * Debe de realizar informes de supervisión de los procesos de limpieza con recomendaciones e implementación de medidas de ser el caso.
DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del instituto y se implementan las acciones para su mejora.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA * Debe realizar encuesta de percepción respecto a la limpieza de la institución en usuario interno y externo. * Debe presentar informe de los resultados con implementación de mejoras de ser el caso.
DLDE4-5	El Instituto maneja los residuos sólidos en forma apropiada.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA * Debe elaborar el plan de residuos sólidos aprobado con RG. * Debe realizar supervisiones periódicas con lista de chequeo para evaluar el manejo adecuado de residuos sólido * Presentar informes del cumplimiento el cual debe ser con más del 80% según norma.
DLDE4-6	El Instituto realiza procedimientos de desinfección de acuerdo a norma.	No presenta nada	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA * Debe actualizar la directiva para el 2023 y aprobarla con RG. * Debe realizar supervisiones con lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos de desinfección y presentar informes con recomendaciones de ser el caso.
DLDE4-7	El Instituto realiza procedimientos de esterilización de acuerdo a norma.	No presenta nada	RESPONSABLE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION * Debe de actualizar el manual de desinfección y esterilización aprobarlo con RG. * Debe realizar supervisiones con lista de chequeo con informes de cumplimiento de procedimiento a la Dirección de Enfermería.

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
MRS1-1	El instituto cuenta con un sistema único de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o las 24 horas del día según corresponda.	* Se cuenta con la FICHA SOCIAL aprobada con Resolución Gerencial N° 094-2010. La evaluación socioeconómica no está disponible las 24 horas, debido a que no se cuenta con personal las 24 horas. El área de servicio social envió requerimiento de personal mediante: Informe 004-2023-GRA/PE-GRSA/IRENSUR/G/DADT/SS con fecha 14-01-2023, Informe 020-2023-GRA/PE-GRSA/IRENSUR/G/DADT/SS con fecha 04-04-2023, Informe 029-2023-GRA/PE-GRSA/IRENSUR/G/DADT/SS con fecha 09-05-2023. Sin respuesta a la fecha.	RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL * Se deberá reiterar el requerimiento para un nuevo personal para este servicio. * Solicitar mediante los medios adecuados la ampliación y/o traslado a otro ambiente más adecuado.
MRS1-2	El instituto programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.	* No cuenta con Informe de Reporte de fichas aplicadas del año 2023	RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL * Se deberá reiterar el requerimiento para un nuevo personal para este servicio. * Ejecutar un control de calidad más adecuado y detallado de las fichas socioeconómicas de manera semestral. * Actualizar el instructivo de la ficha socioeconómica de manera semestral. * El control de calidad de las ficha debería ser realizar por una persona neutral.
MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	* Cuenta con equipo de cómputo y servicio de Internet, realiza cruce con ESSALUD, mas no con RENIEC.	RESPONSABLE DE INFORMÁTICA * El sistema debería de realizar el cruce de información con ESSALUD y RENIEC, para la validación de datos.



MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.	* Se cuenta con Resolución Gerencial N° 251-2019 - GRA/GRS/GR-IREN SUR-G	RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL COMITE DE TARIFAS * Reevaluar el actual tarifario institucional con la normativa vigente puesto que este se aplica a pacientes "IREN SUR" (todos los pacientes con algún tipo de seguro). Puesto que los pacientes sin ningún seguro de forma automática califican como beneficiarios de "SIS". Se deberá incluir a las responsable de la UPSS de Servicio Social en el comité correspondiente.
--------	---	--	--

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)			
Código	Criterio	Fuente Auditable Presentada	Recomendaciones
MNP1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.	- En existencia el Manual de Manipulación de Alimentos aprobado con RG n° 306-2016. - Al momento tiene MAPRO enviado a OPPDI para aprobación con fichas de procedimientos de nutrición, cálculos de requerimientos y evaluaciones, y procedimientos técnicos. No existen procedimientos administrativos.	RESPONSABLE DE NUTRICION Solicitar a la oficina de Planeamiento la aprobación del MAPRO para su oficialización con Resolución Gerencial.
MNP1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.	En existencia un cronograma de capacitaciones y lista de asistencia menor al 50% del personal del área de nutrición.	RESPONSABLE DE NUTRICION - Elaborar el Plan de Capacitación del área. - Elaborar un Informe con la evaluación de cumplimiento del Plan y evaluación del fortalecimiento de las competencias del personal del servicio de nutrición y dietética.
MNP1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.	En existencia: - La RG N°254-2016-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-G (04-10-2016), que establece los horario de distribución de Dietas para los pacientes hospitalizados del Iren Sur. - El Parte diario de Dietas (con número de camas y nombre de pacientes)	RESPONSABLE DE NUTRICION Añadir al Parte Diario de Dietas el nombre y firma del responsable del día.
MNP1-4	El instituto cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.	En existencia: - La RG N°306-2016-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-G (22-11-2016) que aprueba el Manual de Manipulación de Alimentos del Servicio de Nutrición del Iren Sur. - Se aplica lista de chequeo al personal que se encuentra en área de distribución de alimentos en hospitalización, para verificar el cumplimiento del Manual de Procedimientos sobre Manipulación de Alimentos.	RESPONSABLE DE NUTRICION - Actualizar el Manual de Manipulación de Alimentos de acuerdo a la normativa vigente NT 098-MINSA/DIGESA-V.01 - Aplicar una Lista de Chequeo para verificar el cumplimiento del Manual de Manipulación de Alimentos. - Realizar informes trimestrales de la supervisión en la manipulación de alimentos, con análisis y propuestas de mejora.
MNP1-5	El instituto aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	En existencia: - La RG N°306-2016-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-G que aprueba el Manual de Manipulación de Alimentos y contiene las buenas prácticas de almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles. - Se aplica Lista de Chequeo - Conocimiento del Manual de Buenas Prácticas de almacenamiento de los alimentos perecibles y no perecibles por aproximadamente el 60% del personal.	- No corresponde por estar tercerizado este servicio RESPONSABLE DE NUTRICION - Socializar el Manual de Manipulación de Alimentos y las buenas prácticas de almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles a todo el personal de nutrición. - Aplicar una Lista de Chequeo para verificar el cumplimiento del Manual.
MNP1-6	El instituto cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.	En existencia: - Trifoliados con información nutricional que son entregados a pacientes y familiares. - Aplicación de encuesta 1.6 a pacientes en condición de alta, se concluye que el 50% no recibió información sobre los requerimientos nutricionales durante su estadía.	RESPONSABLE DE NUTRICIÓN - Elaborar un Cronograma de Actividades para la información a pacientes sobre requerimientos nutricionales. - Aplicar una encuesta a usuarios y familiares sobre conocimientos y práctica de los requerimientos nutricionales en relación a sus necesidades. - Elaborar informes semestrales con resultados y propuestas de mejora.



MNP2-2	El personal de nutrición verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.	En existencia: • La hoja terapéutica médica y el kardex de enfermería en las historias clínicas verificadas • Parte diario de dietas con número de cama y nombre de pacientes con las indicaciones del tipo de dieta a recibir.	RESPONSABLE DE NUTRICION • Establecer los mecanismos para la verificación y registro de la concordancia entre los menús del día y las indicaciones dietéticas. • Elaborar informe de evaluación mensual del registro de los menús del día, para determinar el cumplimiento de la indicación dietética y las acciones de mejora. ENFERMERA RESPONSABLE DE HOSPITALIZACION • Registrar la verificación de la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas.
MNP2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.	En existencia: • Parte de dietas para pacientes oncológicos, con nombres y número de camas y firma del profesional de nutrición que realiza la visita. • Control de ingesta a hospitalizados Consolidado para entrega a concesionario. • Consulta a pacientes en condición de alta señalando la visita diaria del profesional de nutrición.	RESPONSABLE DE NUTRICION • Implementar el formato Diario de Visitas efectuadas
MNP2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	En existencia: • Encuestas realizadas a pacientes al momento de su alta médica, donde se registra sugerencias o quejas	RESPONSABLE DE NUTRICION • Deberá presentar un informe mensual, con la evaluación e implementación de recomendaciones.

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	No mostro por no contar con Resolución Gerencial.	RESPONSABLE DE LOGISTICA * Elaborar la Directiva estableciendo los lineamientos de acción oficiales aprobados con Resolución Gerencial para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente.
GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.	No mostró por no contar con Resolución Gerencial.	RESPONSABLE DE LOGISTICA * Elaborar Manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de Insumos y Materiales (en base a la Directiva 04-2021-EF/54.01.; en el que estén las medidas de almacenamiento, internamiento, designación de espacios, registro y distribución; además la custodia) y solicitar su aprobación con Resolución Gerencial. * Informar la implementación de las recomendaciones. * Elaborar una Lista de chequeo del cumplimiento del manual de buenas prácticas de almacenamiento, por parte del personal.
GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de calidad de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	No mostró por no contar con Resolución Gerencial.	RESPONSABLE DE LOGISTICA * Elaborar y enviar para aprobación con Resolución Gerencial el Manual de procedimiento para el control de insumos y materiales, en base a la Directiva 04-2021-EF/54.01. * Elaborar un Informe con la implementación de las medidas recomendadas en el manual en el almacén * Elaborar la Lista de chequeo del cumplimiento del manual.
GIM2-2	En el instituto se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.	No cuenta con Manual de procedimientos - (MAPRO) (en planificación)	RESPONSABLE DE LOGISTICA * Elaborar MAPRO del Área de Logística y solicitar su aprobación con Resolución Gerencial. * Elaborar una Lista de chequeo de cumplimiento de la norma vigente.



GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	Tiene registro electrónico de entrega de insumo, pero este no es de acuerdo a la programación de requerimiento anual. Explica que cada área usuaria debe realizar la programación virtual de su cuadro de necesidades, pero al no realizarse esta programación en todas las áreas, no les es posible realizar las entregas de insumos y materiales según programación por no conocer cuánto requieren de forma mensual, además de no tener los ambientes suficientes para almacenar al total de insumos de la institución. Así mismo pese a realizar un requerimiento anual, la adquisición del mismo está sujeta a la disponibilidad presupuestal asignada, por lo que no se adquiere todo lo solicitado.	RESPONSABLE DE LOGISTICA RESPONSABLE DE ALMACEN CENTRAL * Realizará las gestiones necesarias para que el registro electrónico de entrega de insumos y materiales este de acuerdo la programación de requerimientos. 1.- Solicitar administración el requerimiento por las áreas usuarias de acuerdo al registro SIGA. 2.- Adecuación de almacén o solicitar ambientes más amplios para almacenar los bienes necesarios para la institución. 3.- Elaborar un Informe de evaluación del libro de registro de entrega de insumos y materiales. 4.- Realizar un cronograma para la entrega de requerimientos para el periodo del año 2023 el cual tiene que ser realizado en su momento por las áreas usuaria a fin de evitar desabastecimiento en las áreas asistenciales como administrativas.
--------	--	--	--

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura			
Código	Criterio	Fuente Auditable	Recomendaciones
GEIF1-1	El instituto cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Presentación digital de inventario de equipos biomédicos del IREN SUR	MANTENIMIENTO El Plan de Mantenimiento anual deberá ser aprobado con Resolución el primer trimestre para poder hacer seguimiento de las actividades propuestas en dicho documento.
GEIF1-2	El instituto cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Presentación digital de inventario de equipos biomédicos del IREN SUR	MANTENIMIENTO El Plan de Mantenimiento anual deberá ser aprobado con Resolución el primer trimestre para poder hacer seguimiento de las actividades propuestas en dicho documento.
GEIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos		MANTENIMIENTO Y CAPACITACION (RRHH) Mantenimiento debe solicitar se considere en el PDP que su personal de planta sea capacitado en la Elaboración de Proyectos de Inversión y Capacitación debe hacer las acciones correspondientes para que se den dichas capacitaciones.
GEIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.	Informe N° 055-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-MSG requerimiento de capacitación año 2023 PDP 2023 cuenta con programaciones para capacitación de personal de Mantenimiento pero no fueron ejecutadas.	ADMINISTRACION-MANTENIMIENTO-CAPACITACION El área de mantenimiento deberá gestionar ante RRHH la capacitación en infraestructura y de equipos al personal de mantenimiento. Gestionar que empresas proveedoras de equipos entregue constancia como evidencia de capacitación al personal de Mantenimiento.
GEIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto.		OPPDI /LOGISTICA/ MANTENIMIENTO Deberá elaborar un Manual para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto.
GEIF1-6	El instituto cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos y se utiliza.	Informe N° 342-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-MSG reporte semanal de órdenes de trabajo de mantenimiento	PATRIMONIO Implementar un sistema de inventario manual o electrónico actualizado de operatividad de equipos e instrumentos MANTENIMIENTO Apertura un libro de registro manual o electrónico de operatividad de equipos e instrumentos Informe trimestral del Registro de operatividad de equipos.
GEIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.		MANTENIMIENTO Debe elaborar el MAPRO para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. Solicitar a OPPDI la aprobación de los mismos.



GEIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	Cuenta con Fichas de Orden de trabajo (OTMS) de manteniendo de áreas críticas, falta el Informe para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias	MANTENIMIENTO Debe elaborar el MAPRO para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras. Solicitar a OPPDI la aprobación de los mismos.
GEIF1-9	Cuenta con plan de mantenimiento que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.		MANTENIMIENTO Elaborar un Manual de buen uso y prevención de deterioro de equipos y servicios básicos. Elaborar periódicamente la situación de Equipos y servicios básicos a la instancia correspondiente.
GEIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	En la Directiva 001 de Patrimonio se encuentra el procedimiento, tal es así que en el informe final se denota los faltantes.	PATRIMONIO - MANTENIMIENTO Elaborar un MAPRO de la verificación de inventario de equipos. Debe elaborar un informe trimestral de verificación de inventario
GEIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de acuerdo a programación.	Plan anual de mantenimiento de equipo médicos, infraestructura y equipamiento electromecánico del IREN SUR Cuenta con Ordenes de trabajo del personal de Mantenimiento	MANTENIMIENTO Elaborar informes trimestrales de mantenimiento preventivo de equipos de acuerdo al cronograma del Plan anual establecido.
GEIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	Informe N° 342-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G-OA-MSG reporte semanal de órdenes de trabajo de mantenimiento	MANTENIMIENTO Implementar un registro de solicitudes recibidas para mantenimiento preventivo reparativo de infraestructura equipos y la atendidas oportunamente e informadas de manera trimestral

XX. ANEXOS

a. Resolución Gerencial de conformación de Equipo de Acreditación

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR

RESOLUCIÓN GERENCIAL
N° 136 -2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:
El Informe N° 338-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC, de fecha 20 de junio de 2022; el Informe N° 147-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC-CALIDAD-EPS, de fecha 20 de junio de 2022; y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, definiendo en su artículo 2°, el término acreditación como el procedimiento de evaluación a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud; asimismo, define a la categorización como aquel proceso que conduce a homogenizar y clasificar los diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende;

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

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

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Que, mediante Informe N° 147-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC-CALIDAD-EPS, la Responsable de Gestión de la Calidad presenta ante el Departamento de Control del Cáncer, la propuesta de conformación del Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023;

Que, mediante Informe N° 338-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC, la Coordinadora del Departamento de Control del Cáncer, solicita la conformación, mediante acto resolutorio, del Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023;

De conformidad con lo establecido por la Ley N° 26842, Ley General de Salud; el Decreto Supremo N° 013-2006-SA; la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA; la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA; en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 057-Arequipa; y contando con las respectivas visas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR el Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023, que estará conformado de la siguiente manera:

- PRESIDENTE : GERENTE DEL IREN SUR
- SECRETARÍA : RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- MIEMBRO : COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CÁNCER
- MIEMBRO : DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
- MIEMBRO : DIRECTOR DE PLANEAMIENTO PRESUPUESTO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución a los integrantes del citado Comité para su conocimiento y fines, en modo y forma de Ley.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la página web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los Siete (07) días del mes de Julio del año 2022.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Gerente del IREN SUR
 (Firma)

Gerencia Regional de Salud
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur
 07 JUL 2022

**b. Resolución Gerencial de conformación de Evaluadores Internos**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOLÁSICAS DEL SUR

RESOLUCIÓN GERENCIAL
N° 122 -2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 270-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC, de fecha 11 de mayo de 2022; el Informe N° 109-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPs, de fecha 10 de mayo de 2022; y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

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

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

Que, mediante Informe N° 109-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPs, la Responsable del Área de Gestión de la Calidad presenta ante el Departamento de Control del Cáncer la relación de evaluadores internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para el periodo 2022-2023, para su oficialización mediante Resolución Gerencial;

Que, mediante Informe N° 270-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC, la Coordinadora del Departamento de Control del Cáncer solicita la oficialización mediante acto resolutorio del Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para el periodo 2022-2023;

Contando con el visto del Departamento de Control del Cáncer, del Área de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Legal del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR el Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023, integrado por los siguientes profesionales:

- MC. SHIRLEY CLAUDIA BARRIOS OBANDO
- MC. RUTH SALAZAR ALEJO
- BLGO. ALEXANDER LUIS MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
- LIC. FANNY GONZALES VALENCIA
- LIC. AMPARO AUCIA PORTILLA TEJADA
- ING. BETSABE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
- OBST. MARIELA AYMÉ LUNA QUENAYA
- Q.F. LICETH CABRERA RIVEROS DE CONCHA
- Q.F. NERIDA SUZASCA ARAMURO
- PSC. SILVANA GERTRUDIS ROSADO CHÁVEZ
- T.E.C. ADMINIST. ROGER KEVIN QUSPE BERGDALES
- T.E.C. ADMINIST. KARINA YNÉS TICONA MAMANI
- T.E.C. ADMINIST. FILOMENA ANANI CHOQUEHUANCA SONCO
- OBST. BETSY CAROL CABRERA PERALTA
- T.E.C. ADMINIST. ANA ESTHER CHACRA HUANCOC
- T.E.C. ADMINIST. LIDYRENE DIANA ALVAREZ FLORES DE TERRAZAS
- NUT. GIANCARLO JOSÉ CASAS ACILLO
- SECRET. KAREN GISELE VERA SUAREZ
- OBST. ROSA ELENA PORTILLO REYNER

ARTÍCULO 2°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los veintidos (22) días del mes de junio del año 2022.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

22 JUN 2022

c. Resolución Gerencial de aprobación de Plan de Autoevaluación

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOLÁSICAS DEL SUR

RESOLUCIÓN GERENCIAL
N° 126 -2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 120-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPs de fecha 29 de mayo del 2023, Informe N° 53-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-OPPOD-PE de fecha 05 de junio del 2023, y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

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

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", teniendo como objetivo: "Integrar elementos metodológicos para uniformar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, entre otros;

Que, en tal sentido a efectos dar cumplimiento con la norma antes descrita, la Responsable del Área de Gestión de la Calidad mediante Informe N° 120-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPs de fecha 29 de mayo del 2023, remite para su revisión y aprobación el "Plan Anual de Autoevaluación 2023 del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur";

Que, mediante Informe N° 53-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-OPPOD-PE de fecha 05 de junio del 2023, el Encargado de la Unidad de Planeamiento emite opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutorio;

Que, el acotado Plan tiene como objetivo general lograr el cumplimiento de los criterios de calidad en los servicios que brinda el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a través de autoevaluación, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención de los usuarios; por lo que se hace necesario emitir el respectivo acto resolutorio;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el Plan de Autoevaluación para la acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur 2023, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR, la presente Resolución a las áreas respectivas, en modo y forma de ley.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución en la página web del Instituto.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los veinticuatro (24) días del mes de junio del año 2023.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

d. Capacitación de Equipo de Evaluadores Internos

ASISTENCIA TECNICA PARA EVALUADORES INTERNOS EN EL MARCO DE LA ACREDITACION DEL IREN SUR

Ponente: Responsable de la UFGC-GRSA: Lic. Sandrino Rojas Pauca

		ASISTENCIA	
Día: 25 de Setiembre			
10:30 - 12:30	Grupo 1	Dra. Shirley Barrios Obando	
		QF. Liceth Cabrera Riveiros	
		Srta. Karina Ticona Mamani	
		Srta. Ananí Choquehuanca Sonco	
		Lic. Mary Cárdenas Sánchez	
Día: 26 de Setiembre			
10:30 - 12:30	Grupo 2	Obsta. Mariela Luna Quenaya	
		Sra. Diana Álvarez Flores	
		~~Psic.~~ Silvana Rosado Chávez	
		Srta. Esther Charca Huancco	
Día: 27 de Setiembre			
10:30 - 12:30	Grupo 3	Obsta. Betsy Cabrera Peralta	
		~~Biolo.~~ Alexander Martínez Rodríguez	
		QF. ~~Nerida~~ Sucasaca Añamuro	
		Srta. Karen Vera Suarez	
Día: 28 de Setiembre			
10:30 - 12:30	Grupo 4	Dra. Ruth Salazar Alejo	
		Sr. Rogger Quispe Berdiales	
		Lic. Fanny Gonzales Valencia	
		Srta. Dany Colque Ticona	
Día: 29 de Setiembre			
10:30 - 12:30	Grupo 5	Obsta. Rosa Elena Portillo	
		Lic. Amparo Portilla Tejada	
		Lic. Giancarlo Casas Acillo	
		Ing. Betsabé Rodríguez Martínez	
		CPC. Juan Almonte Borja	



e. Resultados por Categoría y por Macroproceso

**PERU** Ministerio de Salud

Fecha y Hora de Impresión: 05/01/2024 01:13:08 p.m.

Establecimiento: **INSTITUTO REGIONAL
(AREQ) DE
ENFERMEDADES
NEOPLASICAS**

Tipo de Establecimiento: **INCN**

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluator Lider: **MARIELA**

Fecha Inicio: 03/01/2024 Fecha Termino: 04/01/2024

Resultado Global: **371.73 Puntos -> 53.72 %**

Resultado Por Categoría:

Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER.Gerenciales	120.34	49.69%
PRE.Prestacionales	152.77	55.19%
APO.Apoyo	98.62	57.01%

Resultado Por Macroproceso:

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	23.31	42.11%
GRH.Gestión de recursos humanos	18.32	44.12%
GCA.Gestión de la calidad	34.31	70.83%
MRA.Manejo del riesgo de la atención	23.24	47.97%
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	6.92	50.00%
CGP.Control de la gestión y prestación	14.25	41.18%
ATA.Atención ambulatoria	12.92	26.67%
ATQ.Atención quirúrgica	28.10	58.00%
ATH.Atención de hospitalización	28.62	59.09%
EMG.Atención de emergencias	23.59	68.18%
INV.Investigación	31.28	64.58%
DOC.Docencia	28.26	58.33%
ADT.Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento esp.	16.18	93.55%
ADA.Admisión y alta	3.93	22.73%
TCA.Tecnología para la Continuidad de la Atención	14.06	81.25%
GMD.Gestión de medicamentos	17.30	100.00%
GIN.Gestión de la información	5.88	34.00%
DLDE.Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	3.95	22.86%
MRS.Manejo del riesgo social	12.58	72.73%
MNP.Manejo de nutrición de pacientes	10.18	58.82%
GIM.Gestión de insumos y materiales	6.65	38.46%
GEIF.Gestión de equipos e infraestructura	7.90	45.65%