



PERÚ

Ministerio de Salud

RED DE SALUD AZANGARO

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MINISTERIO DE SALUD PERSONAL QUE ATIENDE LOS SERVICIOS RED SALUD AZANGARO COMERCIALIZACIÓN DE I.V. - AZ. TRAMITE DOCUMENTARIO	
13 DIC 2024	
N° Folios: 42	N° Registro:
Hora:	Firma:

INFORME N° 29- 2024/G.C.S.HOSP/REDESS-AZ./DIRESA-PUNO

**A : DIRECTOR DE LA RED AZANGARO
MC. OSCAR COAQUIRA ARIAS**

**DE : RESPONSIBLE DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD HOSPITAL
Lic. Delia QUISPE PARRA**

**ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION 2024, DE LA
IPRESS-2941 HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO
VIZCARDO"AZANGARO**

ATENCION : DIRECCION HOSPITAL

FECHA : Azángaro, 12 de Diciembre del 2024

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de remitir informe técnico de autoevaluación para la acreditación del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro para su conocimiento que a continuación detallo.

PRIMERO: Durante el presente año como encargada de la gestión de la calidad del Hospital se ha trabajado en cumplimiento del plan de autoevaluación 2024, de la IPRESS-2941 Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azangaro, emanado bajo Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" presento el informe técnico de autoevaluación 2024.

✓ Adjunto informe de autoevaluación

Es todo cuanto informo a usted señor Director, para Conocimiento y fines requeridos

Atentamente,

cc. Arch.
DQP/dqp
121224

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE GESTIÓN DE CALIDAD
Delia Quispe Parra
Lic. en Enfermería
CEP. 35943
REDESS - AZANGARO



PERU

GOBIERNO REGIONAL
PUNODIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNORED DE SALUD
AZANGARO
CALIDAD EN SALUD

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" DE AZÁNGARO

UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION



RESPONSABLES

DIRECTOR DEL HOSPITAL	: MC. SEBASTIAN RAMOS LUPACA
RESPONSABLE SERVICIOS SALUD	: LIC. PATRICIA ALIAGA QUISPE
MEDICO AUDITOR	: MC. FERNANDO LEON HANCO
RESPONSABLE DE GCS	: LIC. DELIA QUISPE PARRA
JEFATURA DE ENFERMERIA	: LIC. MARITZA MALATESTA MONTES
JEFATURA DE OBSTETRICIA	: OBST. YANETH LAURA MAMANI
RESPONSABLE DE CSST	: MC. ALINDA LUPACA BAILON
RESPONSABLE SALUD OCUPACIONAL	: M.V.Z. ABRAHAM CRUZ MOLINA
JEFATURA FARMACIA	: QF. THALIA CHAQUILLA COTACALLAPA
CIRUJANO DENTISTA CONSULTORIO	: CD. EDWING FERNANDEZ JIMENEZ

2024





CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN	2
II.	OBJETIVOS	3
	2.1. OBJETIVO GENERAL	3
	2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
III.	ALCANCE	3
IV.	METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACION	3
	4.1. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACIÓN INTERNA:	4
V.	EQUIPO EVALUADOR	4
VI.	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION	6
VII.	OBSERVACIONES	6
VIII.	PUNTAJE ALCANZADO:	15
	8.1. FIGURA 1: PUNTAJE DE LOS MACROPROCESOS EVALUADOS 2023	18
	8.2. FIGURA 2 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN POR GRUPO DE MACROPROCESOS 2023:	18
	8.3. FIGURA 3 RESULTADOS MACROPROCESOS GERENCIALES HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2023	19
	8.4. FIGURA 4 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN MACROPROCESOS PRESTACIONALES HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2023:	21
	8.5. FIGURA 5 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN MACROPROCESOS DE APOYO HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2023:	22
IX.	RECOMENDACIONES	25
X.	ANEXO	34





I. PRESENTACIÓN

El Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1, es una entidad adscrita al Gobierno Regional Puno, siendo categorizado como Hospital II-1, el cual se encuentra ubicado en el Jr. Francisco Bolognesi N° 556 de la capital de la provincia de Azángaro.

Somos un establecimiento referencial de los establecimientos de salud de la red Azángaro, que promueve la salud, previene los riesgos, protege del daño con énfasis en la recuperación de la salud y la rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, desde su concepción hasta su muerte natural, con accesibilidad plena.

El proceso de Autoevaluación Interna realizada en el Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1, ha seguido las pautas indicadas en la Norma Técnica N° 050 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 270- 2009/ MINSA, teniendo como finalidad calificar la totalidad de los 20 Macro procesos evaluados en el establecimiento, y el resultado es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares.

El Equipo de Evaluadores Internos del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1, ejecutó el proceso de Autoevaluación del 23 de setiembre al 14 de octubre del 2024, obteniendo un puntaje general de 68 %, lo que ubica al establecimiento de salud en el rango de "no aprobado" la Norma Técnica indica, en este caso, continuar con el proceso de autoevaluación y levantamiento de observaciones en el lapso de 9 meses, lo mismo que permitirá la verificación del avance y subsanación de las observaciones y riesgos del proceso en base a los estándares correspondientes.

El proceso de autoevaluación interna se llevó a cabo conforme a los objetivos establecidos en el Plan de Autoevaluación 2024 del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1 aprobado con Resolución Directoral N° 167- 2024-D-REDESS-AZ/U-RRHH y siguió la metodología formulada en la Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, mayormente se hizo uso de técnicas como la entrevista, análisis documental, muestreo y encuestas. Los resultados fueron procesados mediante el aplicativo de Acreditación dando cumplimiento a la instrumentación planteada en la Norma Técnica.

El equipo de Evaluadores Internos del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II -1. Es responsable del desarrollo de las actividades y aplicaciones de los instrumentos, dentro de un proceso dinámico que se desarrolla en todo el Hospital, el resultado o producto final pone de manifiesto el nivel de cumplimiento de los estándares, con el objetivo de mejorar nuestra eficiencia en la presentación de servicios.





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZÁNGARO

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de autoevaluación periódica para determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de los estándares de acreditación según el listado de estándares para establecimientos de Salud con categoría II-1, establecida por el Ministerio de Salud para la identificación de fortalezas y procesos de mejoramiento del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro 2024.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.2.1. Determinar el puntaje de cumplimiento y el grado de los estándares correspondiente a los 20 Macro procesos.
- 2.2.2. Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para Ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- 2.2.3. Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1
- 2.2.4. Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.
- 2.2.5. Promover el desarrollo de proyectos de mejora continua de calidad en las diferentes áreas administrativas o asistenciales del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1.
- 2.2.6. Comprometer a los diferentes Órganos y unidades a la planificación y el desarrollo del Proceso de autoevaluación del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1, Según los resultados obtenidos.

III. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación comprende todos los procesos misionales, estratégicos y de apoyo del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro II-1, los procedimientos se aplican en los servicios, oficinas, áreas, unidades y comités de Hospital

IV. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACIÓN

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 de Evaluadores Internos previamente formados, hacen uso de lista de estándares de acreditación para establecimiento de salud con categoría II-1 y realizan la autoevaluación para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus áreas susceptibles de mejoramiento, así como las fortalezas con las que cuenta.





El documento técnico utilizado fue el listado de estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 20 macro procesos que corresponden a los Establecimientos de Categoría II-1.

Para el desarrollo del plan de autoevaluación se utilizaron además de las reuniones presenciales, comunicación audiovisual, documentos, entre otras herramientas informáticas.

El evaluador trabajará en estrecha coordinación con la Dirección del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azuay, Jefaturas de los servicios, coordinadores responsables de programas y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

4.1. DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACIÓN INTERNA:

- Reconformar el equipo de acreditación por la Dirección del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azuay y emitir el acto resolutorio de aprobación, R.D.Nro.139-2024-D-REDESS-AZ/U-RRHH.
- Conformar el equipo de evaluadores Internos por la Oficina de Gestión de la calidad, el mismo que debe ser aprobado con Resolución Directoral Nro.140-202-D-REDESS-AZ/U-RRHH.
- Elaboración del Plan de Autoevaluación, donde se consignen las actividades a desarrollar en la evaluación interna. Es elaborado por la Oficina de Gestión de la calidad conjuntamente con el equipo de evaluadores internos y fue aprobado por la Dirección con R.D. Nro.167-2024-D-REDESS-AZ/U-RRHH.
- Reunión de apertura con el propósito de generar un espacio de coordinación de la alta dirección, los jefes y/o responsables de servicios, oficinas y departamentos.
- Ejecutar el plan de autoevaluación que comprende la realización de la evaluación interna de acuerdo a las acciones planificadas en los términos previstos en el plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados, quienes deben interactuar.
- Realizar la reunión de cierre para presentar los resultados obtenidos en la permitirá que las jefaturas cuenten con un registro de recomendaciones al momento de implementar las acciones que haga cumplir con cada criterio del listado de estándares.
- Realizar seguimiento e implementación de las recomendaciones Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada Macro proceso.

V. EQUIPO EVALUADOR

A continuación, se presenta el equipo de evaluadores internos que han participado en la presente evaluación 2024.





Tabla N° 1
AUTOEVALUACION 2024-HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO"
AZANGARO.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

EVALUADOR	ÁREA DE TRABAJO
1.- Lic. Enf. Delia Concepción, CHOQUEHUANCA CALCINA	Coordinadora Gestión Calidad Red
2.- CPC. Richard, AÑAMURO QUISPE	Administrador de la Red
3.- MG. José Francisco, ALARCON JUSTO	Jefe de la unidad secretaria Técnica
4.- M.C. Gloria, MALDONADO DELGADILLO	Jefa de la Unidad de salud de las personas
5.- Lic. Enf. Patricia Gasdali, ALIAGA QUISPE	Coordinadora de Servicios de Salud
6.- MC. Alinda, LUPACA BAYLON	Médico del servicio Salud Ocupacional
7.- Lic. Enf. Roxana CHOQUECHAMBI CUELA.	Coordinadora AISPED
8.- Obst. Yaneth, LAURA MAMANI	Jefatura de Obstetricia
9.- Lic. Enf. Delia, QUISPE PARRA	Responsable Gestión Calidad Hospital
10.- M.C. Eyner Galeli, ENRIQUEZ BARRIALES	Jefe de servicio Centro Quirúrgico
11.- Lic. Enf. Daysi Jennifer, HUANCA MAMANI	Coordinadora de Daños no Trasmisibles
12.- Lic. Enf. Noma M. MAMANI MAMANI	Responsable PAUS
13.- Lic. Enf. Meritza, MALATESTA MONTES	Jefatura de Enfermería
14.- MC. Víctor, JAUREGUI HUAYAPA	Medico Neumólogo
15.- Obst. Dina, CORDOVA GOMEZ	Responsable de Referencia y Contra referencia
16.- QF. Thalia Shemely, CHAQUILLA COTACALLAPA	Jefatura servicio Farmacia Hospital
17.- M.C. Sebastián, RAMOS LUPACA	Director de Hospital Azangaro
18.- M.C. Fernando, LEON HANCO	Medico Auditor Hospital
19.-C.D. Edwing Cesar, FERNANDEZ JIMENEZ	Odontólogo de Consultorios
20.- M.V.Z. Abraham, CRUZ MOLINA	Responsable de Salud Ocupacional
21.- Lic. Enf. Maritza Elizabeth, QUISPE PERALTA	Enfermera Diálisis Peritoneal
22.- LIC. ENF. Ana Marleny, GUTIERREZ ACROTA	Representante de la unidad Epidemiología
23.- Psc. Claudia Smith, PERALTA HUARACALLO	Responsable del servicio Psicología
24.- MC. David, MENDIZABAL GONZALES	Representante del Cuerpo Medico





VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION

Se cumplió con las actividades programadas según Plan de Autoevaluación 2024. a su vez, se realizó la conformación del Equipo de acreditación, y la selección de evaluadores internos, en cuanto a la asistencia técnica se realizó de forma personalizada, para la aplicación de instrumentos a utilizar; además el plan de autoevaluación 2024 fue aprobado con una resolución directoral N°167-2024-D-RED-SALUD-AZANGARO/U.RR.HH, la evaluación interna se realizó de acuerdo a la categoría II-1 en el Hospital "Carlos Comejo Rosello Vizcardo" Azángaro; y se cumplió con las fechas de inicio y culminación de la autoevaluación.

VII. OBSERVACIONES

1. Limitaciones referidas a la organización, ejecución y desarrollo de la autoevaluación.
2. Los integrantes del equipo de evaluadores internos tuvieron cierta dificultad para el uso de su tiempo debido a sus turnos rotativos.
3. Proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, en que el equipo de evaluadores internos tuvo participación fuerte en el mes de la ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por los líderes de grupo, sin embargo, las actividades complementarias informes tuvieron mayor dedicación por los líderes de los equipos responsables de la revisión y consolidado de datos los cuales fueron reportados al área de gestión de la calidad.
4. Es necesario realizar asistencia técnica y capacitaciones en aspectos gerenciales a los evaluadores internos, quienes serán los responsables de la calidad de cada servicio, oficina, quienes deben recibir todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.
5. Las observaciones desprendidas según macro proceso, en los ítems con puntaje cero (0) y uno (1) se detalla en lo siguiente.





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO**MACROPROCESO 1: DIRECCIONAMIENTO**

Código criterio	Observaciones
DIR1-1	se evidencia que no se ha formulado aun el plan estratégico(misión, visión, políticas institucionales, metas) participativamente y difundido el plan estratégico institucional
DIR1-2	No se evidencia el POI del Hospital " CCRV"AZ
DIR1-3	No se evidencia los documentos de gestión en la dirección
DIR1-6	No se cuenta con un informe detallado por parte del servicio de Gineco-Obstetricia de los resultados del FON (Funciones Obstétricas y Neonatales) según los resultados por porcentaje de los niveles esperados interrogatorio no tiene ese documento
DIR1-7	No se refleja una adhesión del personal a las guías de práctica clínica para todas las prioridades sanitarias en los diferentes servicios
DIR1-8	El POA debe estar actualizado
DIR2-2	No se da cuenta del resultado de las actividades contenidas en los planes estratégicos, operativos y de contingencia en espacios de participación según lo establecido
DIR2-3	No se realiza la reunión de evaluación

MACROPROCESO 2: GESTION DE RECURSOS HUMANOS

Código criterio	Observaciones
GRH1-2	No se tiene definido el procedimiento de inducción del personal y no se cumple con todos los trabajadores nuevos que ingresan a la institución hospital
GRH1-3	no hay evidencia de que se comunique sus funciones a cada trabajador de acuerdo a su cargo de RRHH.
GRH1-4	No presenta evidencias de análisis de los resultados de productividad por servicio
GRH2-2	los equipos de trabajo de los servicios no siempre identifican problemas proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.
GRH4-1	solo se cuenta con plan de capacitación de algunos servicios que cumplen al 60%.
GRH4-3	en la capacitación sobre derechos y deberes de los usuarios la participación en dicho evento es en un 20%

MACROPROCESO 3: GESTION DE LA CALIDAD (GCA)

Cod_Criterio	Observaciones
GCA1-4	El establecimiento no se tiene para todos los procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos
GCA2-6	Se desarrollan acciones parcialmente para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado.
GCA2-8	El establecimiento tiene flujogramas no actualizado de atención general, por servicios y señalización.
GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.





PERU

Ministerio
de SaludRed de Salud
AZANGARO

GCA3-7	No Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.
--------	--

MACROPOCESO 4: MANEJO DE RIESGO DE ATENCION (MRA)

Código criterio	Observaciones
MRA1-1	Se tiene RD. De conformación de comité de manejo de riesgo de Atención
MRA1-3	No se realiza análisis de gestión de riesgos de los procesos de atención de riesgo
MRA1-5	No se cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención
MRA1-6	no se evidencia informes periódicos del análisis de cuan efectiva es la atención materna
MRA1-7	No se evidencia la reducción de casos de muerte materna
MRA1-9	No se ha implementado consentimiento diferenciado solo para pediatría
MRA1-11	no se ha implementado metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención
MRA2-4	no tiene documento escrito para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores
MRA2-5	no se tiene procedimiento escrito de medidas dirigido a prevenir errores en procedimientos
MRA3-1	no se evidencia un procedimiento escrito institucionalmente para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres
MRA3-2	no se cuenta con guías clínicas un sistema donde establezca la profilaxis antibiótica, pero se evidencia en Hcl. La profilaxis antibiótica
MRA3-3	No se cuenta con papel toalla hace 6 meses, no se cuenta con desinfectante alcohólica
MRA3-4	se cuenta con mecanismo de control, pero no se evalúa el cumplimiento de medidas de bio seguridad: lavado de manos, manejo antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales
MRA5-1	No se cuenta con guías de enfermería para la atención en servicio y no están actualizado
MRA5-4	Identifica todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes, pero no lo registra
MRA5-5	algunos servicios de enfermería no realizan acciones de mejora, hospitalización, emergencia, consultorio externo
MRA6-1	No siempre usan indumentaria de protección al 100%
MRA6-3	no se tiene procedimiento escrito de provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado
MRA6-4	no hay provisión de materiales e insumos de bioseguridad no siempre se realiza de acuerdo a la normatividad.
MRA6-6	existe, pero no están disponibles instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas
MRA6-7	no se evidencia programas preventivos contra hepatitis b, tuberculosis, otras patologías contagiosas
MRA6-8	no se tiene procedimiento escrito de trabajadores cumplen proceso y procedimiento para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral
MRA6-9	no se evidencia manuales de procedimiento para prevención y atención de riesgos relativos al tipo de trabajo que realizan
MRA7-2	No hay responsable con documento oficial dl área de recolección de residuos sólidos, no hay personal del área, brecha de RRHH
MRA7-3	No hay responsable con documento oficial para la eliminación y disposición final de residuos sólidos, no hay personal del area, brecha de RRHH
MRA8-1	coordina, pero no realiza los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

MRA8-2	no se realizó en mantenimiento de los pozos elevados de agua en el establecimiento de salud
MRA8-3	no se evidencia informes de trabajo de que se actividades de capacitación a la población sobre medidas de saneamiento básico y agua segura

MACROPROCESO 5: GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)

Código criterio	Observaciones
GSD1-1	El EEES. No cuenta con el Certificado de inspección técnica de seguridad en defensa civil solicitado al gobierno local
GSD1-2	No se tiene estándares mínimos de evaluación de obras de ampliación, remodelación.
GSD1-4	Falta señalización que facilite la ubicación del establecimiento de salud y la unidad de emergencia desde las vías de comunicación en la puerta principal
GSD1-5	Se señalizó parcialmente, residuos, fluidos corporales, sólidos, señalización en RX,
GSD2-1	No tienen Documento oficial de conformación del Comité Hospitalario de defensa civil y no desarrollo plan anual de actividades
GSD2-2	La brigadas equipadas de lucha contra incendios están parcialmente equipado
GSD2-3	El plan de emergencias y desastres falta actualizar y difundir entre el personal del establecimiento.
GSD2-5	No se evidencia informes de la participación en la implementación de los planes de respuesta regional o local ante situaciones de emergencia y desastre
GSD2-6	No se evidencia con informe del plan de respuesta ante la emergencias en forma periódica con las autoridades de defensa civil en grupo de trabajo
GSD2-8	No cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal del establecimiento
GSD3-1	Se adoptan acciones pertinentes en casos de emergencias y desastres y se comunica a la dirección mas no a todo el personal
GSD3-3	No se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso de falla del establecimiento
GSD3-4	Generador de luz si se garantiza el equipo, pero no la logística de combustible como lo indica la normativa en caso de emergencia, en el hospital.
GSD3-6	Se dispone en forma parcial de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencia y desastre a la población asignada o demanda

MACROPROCESO 6: CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)

Código criterio	Observaciones
CGP1-1	No se cuenta con los planes de supervisión y evaluación de los procesos de y prestación del hospital
CGP1-2	No se cuenta con instrumentos para evaluar los indicadores de control de la gestión y prestación y deben ser fijado los niveles esperados para el hospital
CGP2-1	No se tiene plan de capacitación a los jefes de servicios y áreas en proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción
CGP2-3	No se ha implementar con documento oficial indicadores de gestión y prestación en el hospital.
CGP2-4	No se ha establecer plan de evaluación de los procesos de gestión y prestación
CGP2-5	No se ha implementado plan de evaluación de aplicación de las guías práctica clínica en las atenciones de emergencia



 PERU Ministerio de Salud RED DE SALUD AVANZADO	
CGP2-6	No se implementado plan de evaluación de aplicación de las guías práctica clínica en las atenciones obstétricas neonatales de emergencia
CGP2-7	No se ha implementado plan de los procesos de monitoreo y evaluación de la calidad. (Tasas de mortalidad, morbilidad, recuperación, reingresos y complicaciones) implementar planes de acción de mejora a partir del resultado de satisfacción del usuario externo.
CGP2-8	No se ha implementado El comité para identificar aspectos críticos de la prestación y Gestión y realizar el informe de procesos de mejora.
CGP2-9	No se ha establecido En los servicios de atención deberían Auditar los procesos de atención con los estándares establecidos
CGP2-10	No se ha implemento plan de supervisión de los procesos de en el hospital
CGP2-11	No se evidencia informe de las UPSS de la toma de decisiones de los resultados y recomendaciones de los equipos de auditoria, rondas hospitalarias.
CGP2-12	No se evidencia informes de la evaluación semestral y anual de indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales como hospital
CGP2-13	No se evidencia informes de la evaluación semestral y anual de indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales como hospital

MACROPROCESO 7: ATENCION AMBULATORIA (ATA)

Código criterio	Observaciones
ATA1-1	Se cuenta parcialmente con señalización visible y mecanismo de información para la atención al usuario en áreas de primer contacto en consultorio externo hospital
ATA1-2	No se cuenta con Cartera de servicio de consulta externa no está publicada en hospital
ATA1-4	No se cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados en consulta externa solo en las áreas preventivas de atención integral del niño y atención prenatal.
ATA1-5	Se desarrolla mecanismos para la atención preferente solo las mujeres embarazadas y niños mas no para las personas adulto mayores y con discapacidad en todas las áreas de atención ambulatoria.
ATA2-1	No se adopta o adapta las guías de práctica clínica para la atención de pacientes ambulatorios
ATA2-2	No se tiene mecanismo para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica para la atención de pacientes ambulatorios
ATA2-3	Se evidencia un plan de trabajo contenido en la historia clínica no es evaluado por el equipo para definir si sigue los lineamientos de las GPC.
ATA2-4	Se cuantifica en el monitoreo mensual en forma cuantitativa y EL porcentaje de cumplimiento es menor a 90% para la atención prenatal en el Hospital.
ATA3-1	No se cuenta con un mecanismo establecido por la institución de información a los usuarios en consulta externa de daños crónico, degenerativos, trasmisibles y prevalentes
ATA3-6	No se desarrolla e implementa programa de prevención de patologías más frecuentes en el hospital

MACROPROCESO 9 ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)

Código criterio	Observaciones
ATH1-3	No se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o familia en casos de atención de parto, porque sala de parto esta en área restringida en centro quirúrgico.





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

ATH2-1	Se observa en los ambientes de internamiento con insumos de cama (sábanas, frazadas no adecuadas) en algunos ambientes no hay infraestructura para la higiene de mano
ATH2-2	No se evidencia GPC. Actualizado según perfil epidemiológico
ATH2-3	No se ha establecido mecanismo para medir tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.
ATH3-1	El personal que realiza procedimiento en hospitalización no siempre cumple con medida de bioseguridad
ATH3-2	Se registra los eventos adversos ,infecciones intrahospitalarias y no se evidencia que se realice análisis de la base de información de IAAS
ATH3-3	No se evidencia documentos o planes de acción en cuanto a las recomendaciones por el comité de auditoría.
ATH3-4	No se evidencia documentos o planes de acción en cuanto a las recomendaciones por el comité de auditoría y comité de mortalidad materna
ATH4-1	Se tiene Guías de practica clínica de atención no para las diez patologías más frecuentes por servicio
ATH4-2	No se alcanza permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para atención de parto según normativa vigente
ATH4-3	Se implementa parcialmente la guía de practica clínica para internamiento
ATH4-4	No se está monitorizando la adherencia a las guías de practica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas.
ATH7-4	Se tiene el formato de plan de trabajo en HCL.se está registrando parcialmente
ATH7-5	No se evidencia los informes de análisis, evaluación de complicaciones obstétricas informes.
ATH7-6	No se evidencia informes de auditoría interna de eventos adversos según norma
ATH7-7	No se evidencia informes de satisfacción del usuario en la atención de parto.

MACROPROCESO 10: ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)

Código criterio	Observaciones
EMG1-1	No se cuenta con flujo de atención de la UPSS Emergencia
EMG1-2	Se hace público, pero no se visibiliza bien
EMG1-4	No se evidencia guías de practica clínica para atención de las diez causas más frecuentes en emergencia
EMG1-5	No se evidencia informes documentados de capacitación en emergencia en el último año
EMG1-6	No se evidencia documento de que se ha definido medidas para la atención de emergencias sin condicionamiento que vulneren los derechos de los usuarios
EMG2-3	No se cuenta con equipos de telecomunicación que estén las 24 horas y 365 días del año

MAROPROCESO 11: ATENCION QUIRURGICA (ATQ)

Código criterio	Observaciones
ATQ1-1	No se cuenta con Plan anual de actividad de centro quirúrgico
ATQ1-3	No cuentan con guías de manejo quirúrgico para las diez intervenciones más frecuentes que se realiza y no se cuenta con guía de terapia de dolor





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AVANZADA

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(sala de cirugía de urgencia, sala de recuperación ,Según rol no se cuenta con anestesiólogo para sala de recuperación y personal profesional para recuperación falta enfermera circulante
ATQ2-4	No se cuantifica tiempos preestablecidos para traslado de pacientes de centro quirúrgico
ATQ3-6	No se cuantifica de tasas de cirugía suspendidas, no se analiza las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución
ATQ3-7	No se cuantifica las tasas de los casos de mortalidad intra operatorio y posoperatoria y no hay evidencia análisis en servicio de las muertes intra operatorio l post operatorio
ATQ3-8	No se evidencia informe de análisis de las complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorio
ATQ3-11	No hay evidencia de la evaluación de la satisfacción del paciente(sala de recuperación) por la atención recibida en centro quirúrgica.
ATQ4-1	No se evidencia informes de evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guía de atención quirúrgica.
ATQ4-2	Se realiza pero no periódicamente la implementación en forma permanente de proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos

MACROPROCESO 13: ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)

Código criterio	Observaciones
ADT1-1	No cuentan con manual de procedimiento en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializado mediante RD
ADT1-2	No cuentan con plan de trabajo de programa de control de calidad en servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento
ADT2-2	Los resultados se registran en registro manual donde no se incluye los tiempos trascurrido entre la solicitud, recepción, entrega resultado
ADT3-1	No se tiene en el servicio indicadores relacionado con la entrega oportuna.
ADT3-5	No se cuenta con documento oficial que dispone la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA (ADA)

Código criterio	Observaciones
ADA1-2	Falta manual de procedimiento que garantice la conservación y custodia de HCL
ADA1-3	Falta identificar aspectos críticos del proceso diario de recojo/archivamiento HCL
ADA1-4	No se realiza citas para consulta externa ,solo cupos presenciales para consulta externa
ADA1-5	No están capacitados formalmente el personal de admisión y alta
ADA2-2	no se realiza citas para atención de consulta médica de especialista, no se tiene programación, solo para cupos
ADA2-3	No se ha definido el tiempo de espera del usuario para la atención en el establecimiento
ADA2-4	No se cuenta con registro de usuarios no atendidos en la consulta medica
ADA2-5	No se registra ni monitorea el porcentaje de atención después de entregar los cupos
ADA2-6	No se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas
ADA2-7	No se realiza control de calidad de HCL





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

ADA3-2

No se realiza análisis de pacientes con estancia prolongada en hospitalización

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)

Código criterio	Observaciones
RCR1-2	No se coordinó formalmente con otros servicios ambulatorios, para la atención extrahospitalaria para garantizar la atención después del alta
RCR1-3	no se tiene un mecanismo escrito de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas por falta de personal
RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contra referencia no puede controlar todos los aspectos críticos del proceso y no establece las acciones para mejorarlos
RCR3-2	No cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos.
RCR3-4	No cuantifica el porcentaje la relación porcentual entre referencia y contra referencias Realizadas
RCR4-1	No se tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud
RCR4-2	No se tiene agentes comunitarios activos que reporten referencia comunal.
RCR4-3	No se tiene formato de referencia comunal

MACROPROCESO 16: GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)

Código criterio	Observaciones
GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismo de información al paciente no por brecha de recursos humanos y ambiente no adecuado
GMD2-5	Falta definir los rangos esperados en los errores de prescripción de medicamentos.
GMD3-1	Por falta de presupuesto se tiene medicamentos no atendidos, No se encuentra en el peticionario nacional de medicamentos no atendidos

MACROPROCESO 17: GESTION DE LA INFORMACION (GIN)

Código criterio	Observaciones
GIN1-1	No se identifica las necesidades de información de todo los procesos asistenciales con la participación de las áreas asistenciales
GIN1-2	No se identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento informático
GIN1-5	No están capacitados más del 90% del personal en la gestión de la información
GIN1-6	No tiene un procedimiento documentado que describa las fases de captura, el análisis la transmisión, la difusión el almacenamiento, conservación y la depuración de la información
GIN1-7	No se tiene un procedimiento escrito del sistema de gestión de información donde se considere todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado
GIN2-1	No se tiene definido mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información
GIN3-2	No se tiene informes de análisis del sistema de información del establecimiento
GIN3-3	No se tiene proyecto de mejora en sistema de información en el establecimiento de salud
GIN3-4	No se realiza la percepción del usuario interno en sistema de información





PEHU

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
AZANGARO

MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)

Código criterio	Observaciones
DLDE1-1	Se cuenta con procedimiento escrito de desinfección y esterilización acorde a su categoría y no es conocido por todo el personal de todas las áreas responsables de este proceso
DLDE1-2	El establecimiento cuenta con procedimiento escrito de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, ropa de paciente y de personal del área de riesgo y no es conocido por todo el personal
DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado no se encuentran protegido según medidas establecidas
DLDE2-5	No se cuenta con un sistema de control de daños perdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización
DLDE2-6	No se cuenta con un sistema de control de pérdidas y deterioro innecesarios de enseres de cama y ropa se aplica en cada procedimiento
DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres no están debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional
DLDE3-2	No se tiene procedimiento escrito para tratamiento de ropa contaminada
DLDE3-3	No se socializa que existe un registro de reclamos en el servicio de lavandería
DLDE3-4	No existe el almacenamiento adecuado de enseres de cama y ropa de acuerdo con las normativas vigentes
DLDE4-1	Se observa al personal de turno del área limpieza no debidamente vestido y protegido según medidas de bioseguridad
DLDE4-3	No existe informe de actividad de supervisión aplicación de las normas de limpieza.
DLDE4-4	No se cuantifica la percepción de los usuarios (interno ext.) solo a los usuarios externos con respecto a la limpieza del establecimiento de salud

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)

Código Criterio	Observaciones
MRS1-1	Se cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que no se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día.
MRS1-2	No hay informe mensual de controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICO (NYD)

Código Criterio	Observaciones
NYD1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.



 PERU Ministerio de Salud RED DE SALUD AVANZADA	
NYD2-3	No hay evidencia del profesional de nutrición de efectuar la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.
NYD2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.

MACROPROCESO 21: GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)

Código Criterio	Observaciones
GIM 1-1	No se realiza una adecuada provisión de Bienes y Servicios para el año en ejecución por el área usuaria, el área de programación debe dar cumplimiento a la programación de la parte usuaria
GIM2-1	Demora en realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisición y se cumple los procedimientos para todos los servicios
GIM2-3	No se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación de algunos servicios
GIM2-4	No se registra siempre la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales

MACROPROCESO 22: GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)

Cod_Criterio	Observaciones
EIF1-3	No se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y no se elaboran proyectos. La RED no cuenta con unidad formuladora.
EIF 1-8	No se tiene manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras (centro obstétrico, centro quirúrgico, emergencia)
EIF1-9	No se cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste no es aplicado por presupuesto
EIF2-2	No Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación por presupuesto y personal especialista
EIF 2-3	No se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o recuperativo de infraestructura y equipos por falta de presupuesto y personal especialista

VIII. PUNTAJE ALCANZADO:



Según la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGS -V.02, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se considera establecimiento de salud aprobado con un puntaje mayor o igual al 85% de cumplimiento total de los criterios



establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para poder solicitar la evaluación externa.

A continuación, presentamos los resultados del proceso de evaluación interna del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro llevado a cabo del 23 setiembre al 14 octubre del 2024, obteniéndose los siguientes resultados:

Autoevaluación Hospital "CCRV" Azángaro	68%	No aprobado-subsanar en 9 meses (50%-69%)
---	-----	---

Si comparamos con el año anterior 2023 con un puntaje de (65 %), se observa un incremento en el porcentaje de criterios cumplidos, Esto se explica que debido a que las diferentes áreas y servicios han contribuido en mejorar esta calificación, el rango de calificación se muestra a continuación, conjuntamente con la tabla de calificaciones.





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

TABLA N° 02

RESULTADO SEMAFORIZADO POR MACROPROCESO DE AUTOEVALUACION HOSPITAL
"CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO II-1
REPORTE DE RESULTADOS DEL APLICATIVO DE LA ACREDITACIÓN 2024

Establecimiento : 00002941-CARLOS CORNEJO
ROSELLO
Tipo de Establecimiento : II-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Periodo : 4

Macroprocesos	MACROPROCESO					CATEGORIAS					
	Criterios aval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	38.59	73.53	202.05	135.30	67.00
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	27.78	70.59			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	31.36	68.29			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	31.03	67.58			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	8.67	66.07			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	16.40	50.00			
Atención ambulatoria	14	8	8	0	14	45.92	27.55	60.00	230.91	158.53	67.79
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	28.47	62.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	36.25	78.95			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	32.24	70.21			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	10.81	65.91	144.32	99.70	69.08
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	11.01	67.14			
Referencia y contrareferencia	13	6	1	3	13	16.40	8.61	52.50			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	14.51	88.46			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	9.63	58.70			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	9.61	58.62			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	14.16	86.36			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	12.06	73.53			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	13.25	80.77			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	9.65	58.82			
Total	328	126	159	41	328	577.28	391.84		677.28	391.61	
									Puntaje Final (%)	68	

Como se observa en la Tabla 2 el puntaje final de la autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 68 % (NO APROBADO).

Cabe resaltar que hay 02 Macroproceso que no corresponde evaluar en los Hospitales de tipo II-1 (Atención Extramural, Docencia e investigación).





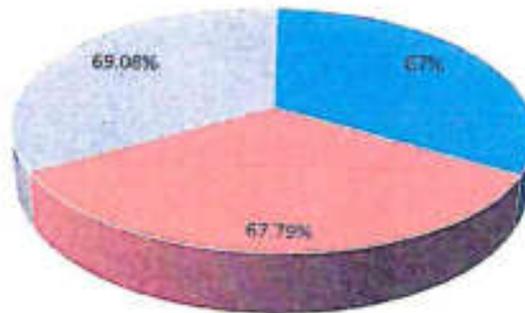
8.1. FIGURA 1: PUNTAJE DE LOS MACROPROCESOS EVALUADOS 2024



Como se puede observar en la Figura 1 los Macroprocesos que tienen el menor puntaje son: Control de la gestión y (50%) Referencia y contra referencia (53 %) gestión de la información (59%), Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (59%), Gestión de equipos e infraestructura (59%).

FIGURA 2 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN POR GRUPO DE MACROPROCESOS 2024:

RESULTADO MACROPROCESO POR HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO 2024



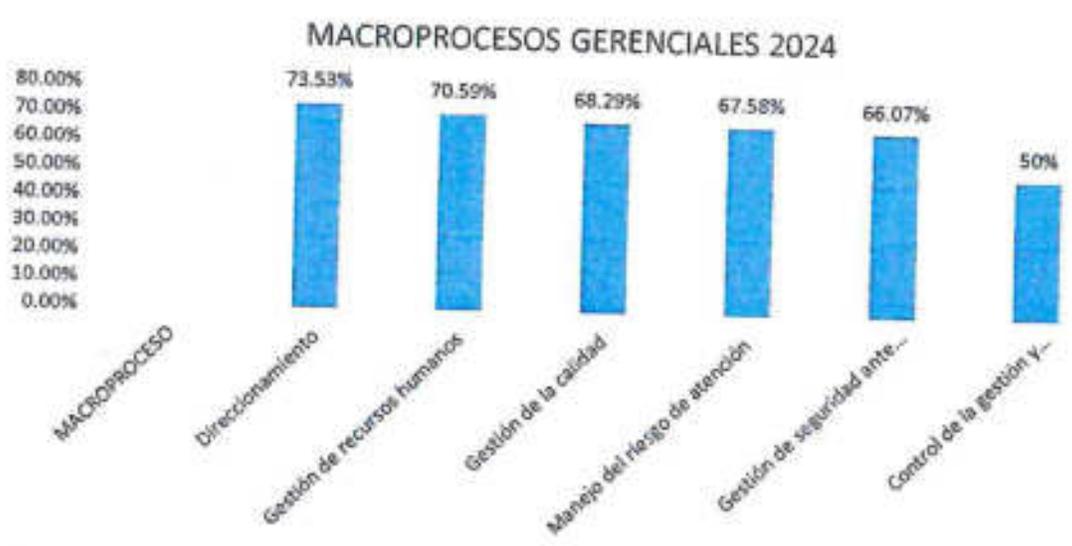
• MACROPROCESO GERENCIAL • MACROPROCESO PRESTACIONALES • MACROPROCESO DE APOYO

Como se observa en la Figura el grupo de Macro procesos de apoyo tienen el nivel de cumplimiento un poco mejor en porcentaje es 69.08 %, seguido por los Macroprocesos de prestacional y gerenciales el porcentaje casi son iguales de 67.79%, por lo que se debe mejorar el nivel de cumplimiento de cada uno de los estándares de evaluación.





8.3. FIGURA 3 RESULTADOS MACROPROCESOS GERENCIALES HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2024



En la Figura 3 observamos los Macroprocesos Gerenciales con un nivel de cumplimiento del 67.00%, los cuales describiremos a continuación:

- Macro proceso 1: Direccionamiento** con un nivel de cumplimiento del 73.53%, teniendo los siguientes criterios No implementados: se observa que no se cuenta con actas de reunión de la socialización el plan estratégico(misión, visión, políticas institucionales, metas), No se cuenta con un Informe detallado por parte del servicio de Gineco-Obstetricia de los resultados del FON (Funciones Obstétricas y Neonatales)según los resultados por porcentaje de los niveles esperados; No se refleja una adhesión del personal a las guías de práctica clínica para todas las prioridades sanitarias en los diferentes servicios de Hospitalización; No se da cuenta de los resultado de las actividades contenidas en los planes estratégicos, operativos y de contingencia en espacios de participación según lo establecido, No se cumple con los resultados esperados en el plan operativo anual a la fecha de evaluación es menos del 60%..
- Macro proceso 2: Gestión de Recursos Humanos** con un nivel de cumplimiento del 70.59%, teniendo los siguientes criterios No implementados: se observa que no se cuenta con un Informe detallado sobre la inducción al personal de la institución, No hay evidencia de que se esté comunicando formalmente para todos los puestos de trabajo y no comunican sus funciones, No tiene implementado mecanismos para medir los estándares de productividad establecidos, No cuenta con informe detallando los diversos equipos multidisciplinarios y sus respectivas actas de reunión, No cuenta con un informe implementado sobre el cumplimiento del Manual de medidas de bioseguridad según el cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario, No se evidencia y no se ha desarrollado uno o más herramientas para evaluar su capacitación y cumplimiento en deberes y derechos de los usuarios,

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad con un nivel de cumplimiento del 68.29%, teniendo los siguientes criterios No implementados no cuenta con personal capacitado para ejecutar los procesos, planes, proyectos y otros instructivos de mejora, solo cuenta





PERU

MINISTERIO
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

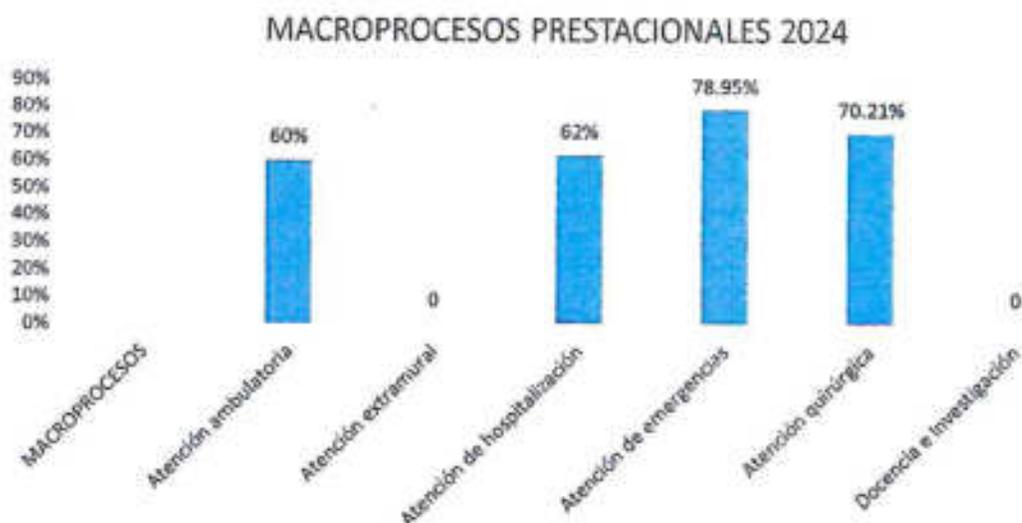
con los conocimientos personales. No se cuenta con Un programa/plan de gestión o mejora de la calidad orientada al usuario interno. No se ha realizado la difusión al usuario del paquete de información sobre los diferentes procesos de atención. No se ha cumplido con la disposición para garantizar la privacidad del usuario en un 50% de las áreas por falta de infraestructura y otros aspectos. No se tienen identificadas las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios, tampoco se cuenta con los informes oficiales de implementaciones de mejora. No se mide la satisfacción del usuario interno de forma semestral, tampoco se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos en su centro laboral. No se cuenta con proyectos de mejora implementados ni evidencia sobre procesos de atención priorizados para su mejora en el establecimiento.

- **Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención** con un nivel de cumplimiento del 67.58%, teniendo los siguientes criterios No implementados: es el macroproceso que tiene 50 criterios para evaluar, las áreas evaluadas son la Oficina de Epidemiología, banco de sangre, servicio rayos hospitalización, centro quirúrgico, salud ocupacional y Salud Ambiental que aún no implementan algunos documentos relacionados con la gestión de riesgos, la prevención de los riesgos existentes tanto para el personal que labora como también para los usuarios, Le corresponde trabajar en conjunto con la unidad de servicios generales e implementar las siguientes observaciones ya que No se realiza la eliminación y disposición final de residuos según lo establecido en el Documento Oficial. En los criterios de evaluación MRA 4-3 no aplica para nuestro establecimiento.
- **Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres** con un nivel de cumplimiento del 66.07%, teniendo los siguientes criterios No implementados: donde se evaluaron 21 criterios y Se observó que el hospital no cuenta con certificado de inspección técnica, Informes Oficiales con más del 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad, Falta señalización de conductos y tuberías, No cuenta con R.D que aprueba el Plan anual oficial de actividades e informe de evaluación trimestral del plan, no se cuenta comité hospitalario de defensa civil, No se observa un sistema de comunicación alterno en caso de falla telefónica; No se cuenta con brigadas de lucha contra incendios para evacuación y daños.
- **Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación** con un nivel de cumplimiento del 50%, teniendo los siguientes criterios No implementados: No se cuenta con indicadores hospitalarios, No se cuenta con informes de indicadores de los últimos tres meses, No se realiza informes de evaluación de indicadores de gestión y prestación; No cuenta con documentos para evaluar el avance de los indicadores sanitarios nacionales y regionales.





8.4. FIGURA 4 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN MACROPROCESOS PRESTACIONALES HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2024:



En la **Figura 4** observamos los Macroprocesos Prestacionales del cual el Macroproceso N° 06 (Atención extramural) y Macroproceso N° 12 Docencia Investigación nuestro hospital con categoría II-1

- Macroproceso 7: Atención Ambulatoria** con un nivel de cumplimiento del 60%, teniendo los siguientes criterios No implementados: Las señalizaciones están actualizadas, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto. La cartera de servicio comprensible para los usuarios solo está publicado para algunos servicios. se ha desarrollado mecanismos para la atención preferente solo para las mujeres embarazadas de consultorios prenatal aún falta implementar de los niños, personas adultas mayores, personas con discapacidad y falta para mujeres embarazadas referidas de los EE.SS. No se cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) según el perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida. No se cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC.
- Macroproceso 9: Atención de Hospitalización** con un nivel de cumplimiento del 62% teniendo en cuenta los siguientes criterios No implementados: se verifica que el establecimiento no cuenta con registros oficiales de identificación de las causas más frecuentes de internamiento en los servicios. No se realizan mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente. No cuentan con lista de chequeo de bioseguridad de los procedimientos a los pacientes. Los servicios de internamiento no cuentan con Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes. No se aplica informe de encuestas sobre grado de comprensión de información. No se cuenta con horario definido para brindar información al usuario y familiar. No se realiza análisis de eventos adversos según normatividad. Los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento no son atendidas en su totalidad. No se ha establecido mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de acuerdo a plazos establecidos por la institución. no se registra ni se evalúa la satisfacción del usuario con la atención de parto.



Macroproceso 10: Atención de Emergencia con un nivel de cumplimiento del 78.95%,

teniendo en cuenta los siguientes criterios No Implementados: se tiene publicado el derecho de toda persona a recibir la atención inmediata en situación de emergencia, pero no es tan visible. No se tiene guías de práctica clínica para las atenciones de las diez primeras causas más frecuentes de emergencia por etapas de ciclo de vida. la institución no está capacitando en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencia. No está bien definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamiento que vulneren los derechos de los usuarios, la base de datos de admisión no está actualizado como región y nacional). No hay disponibilidad de algunos medicamentos e insumos .No se cuenta con lo suficiente equipamiento de camillas (solo se tiene uno) para la recepción de pacientes. No se dispone de equipos de telecomunicaciones operativos (no hay teléfono fijo).

- Macroproceso 11: Atención Quirúrgica** con un nivel de cumplimiento del 70.21%, teniendo en cuenta los siguientes criterios No Implementados: Se cuenta con programación de actividades en centro quirúrgico, pero no realiza informe correspondiente. No se está aplicando guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes (terapia de dolor).No se está analizando las tasas de re intervenciones registradas para la toma de medidas correctivas. no se analizan las razones y se toman acciones correctivas de las cirugías suspendidas. No realiza informe de entrevista personal. No existe informe de implementación de medidas correctivas. No cuenta con informe de auditorías de la calidad de atención y tampoco cuenta con informe de implementación de medidas correctivas de las cinco patologías de los últimos años. se implementan parcialmente proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso.
- Macroproceso 12: Docencia e Investigación** no corresponde a la categoría del establecimiento de salud.

8.5. FIGURA 5 PUNTAJE DE AUTOEVALUACIÓN MACROPROCESOS DE APOYO HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2024:



Figura 5 observamos los 10 Macro procesos de apoyo que describiremos a continuación:



PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

- **Macroproceso 13: Apoyo al Diagnóstico y Terapéutico** con un nivel de cumplimiento del 65.91%, no ha definido el establecimiento estándares de tiempo de entrega oportuna de los resultados de los exámenes. No ha desarrollado indicadores de calidad para todos los indicadores de calidad relacionado con la entrega oportuna y en función de las necesidades de los pacientes. No cuenta con informe de porcentaje de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. no se cuantifica la demanda no atendida o insatisfecha en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- **Macroproceso 14: Admisión y Alta** con un nivel de cumplimiento del 67.14%, teniendo en cuenta los siguientes criterios, No se cuenta con manual de procedimiento que garantice la conservación y custodia de HCL; También falta identificar aspectos críticos del proceso diario de recojo/archivamiento Hcl.;no se realiza citas para consulta externa, solo cupos presenciales para consulta externa; no se evidencia capacitación de personal de admisión; no se ha definido el tiempo de espera del usuario para la atención en el establecimiento; no se cuenta con registro de usuarios no atendidos en la consulta médica; no se está realizando control de calidad de HCL, No se evidencia que se realice análisis de pacientes con estancia prolongada en hospitalización
- **Macroproceso 15: Referencia y Contra referencia** con un nivel de cumplimiento del 52.50%, teniendo en cuenta los siguientes criterios Implementados en proceso: ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria y se garantiza posterior al alta se tiene pero no las 24 horas del día. ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas si cuentan pero no están disponibles en los lugares necesarios. criterios no implementados: no se tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud para las referencias y contra referencias.
- **Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos** con un nivel de cumplimiento del 84.62%, teniendo en cuenta los siguientes criterios implementados en proceso: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas se está realizando parcialmente. se ha organizado la provisión para mantener el normostok de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (emergencia, centro obstétrico), ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos.
- **Macroproceso 17: Gestión de la Información** con un nivel de cumplimiento del 58.70%, teniendo en cuenta los siguientes criterios no implementados: No se identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. No se cuenta con Plan Anual de adquisiciones que incorpora las necesidades de equipamiento del sistema de información. No se 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 .no se cuenta con un espacio donde se muestre la información relevante y actualización de los proyectos de mejora continua de la información. No se identifica semestralmente las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información. No cuentan con Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información. No se cuenta con mecanismos de información y retroalimentación. No se evidencia Actas de reuniones para el análisis de la información difundida. No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información.





PERU

MINISTERIO
DE SALUDREG. DE SALUD
AZANGARO

17

- **Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización** con un nivel de cumplimiento del 58.62%, teniendo en cuenta los siguientes criterios No implementados: el personal que manipula equipos y materiales usados no se encuentra protegido según medidas establecida. No se está realizando la descontaminación y/o limpieza de acuerdo a lo establecido. No se hay un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa. No se cuantifica el porcentaje de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería, no existe informe mensual del libro/cuaderno de registros y tampoco cuentan con informe de las medidas correctivas implementadas. No se evidencia la participación en equipo en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.
- **Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social** con un nivel de cumplimiento del 86.36%, teniendo en cuenta los siguientes criterios No implementados: Cuenta con un Sistema, pero no está operativo las 24 horas del día solo 12 horas y no todos los puntos de entrada por falta de personal en servicio social. No hay evidencia de controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica .no se está realizando las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios en consulta externa, apoyo al diagnóstico.
- **Macroproceso 20: Nutrición y Dietética** con un nivel de cumplimiento del 73.56%, teniendo en cuenta los siguientes criterios No Implementados: No cuentan con manual actualizado de procedimiento técnico-administrativo de la atención nutricional y dietética. No se cumple con lo establecido para las capacitaciones. En proceso en normas de manipulación de alimentos y estas no siempre se aplican. en proceso la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. No se cuenta con un listado de regímenes estándar por patología prevalentes, no están detallado en su composición. No se evidencia la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. No se registra el porcentaje ni informe de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos.
- **Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales** con un nivel de cumplimiento del 80.77%, teniendo en cuenta los siguientes criterios Implementados en proceso: la línea de acción de planificar el requerimiento en los servicios y unidades no se han definido. No todos los servicios y unidades cuentan con un plan de necesidades de bienes estratégicos por servicio inmerso en plan de adquisición que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos. No se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisición y se cumple los procedimientos para todos los servicios. No se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación de algunos servicios. No se registra siempre la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales.
- **Macroproceso 22: Gestión de Insumos y Materiales** con un nivel de cumplimiento del 58.82%, teniendo en cuenta los siguientes criterios no implementados: No se cuenta con área de formulación de proyectos para su elaboración. No se cuenta con manual de medidas que permitan el buen uso y prevención de deterioro de los equipos; los equipos nuevos deben tener placa de información básica. Con informe de los procedimientos realizados de acuerdo con el manual. No se evidencia informe (s) oficial (es) de la realización de mantenimiento preventivo a los equipos sin patrón de periodicidad.





IX. RECOMENDACIONES.

- El Hospital "CCRV" Azángaro debe continuar fortaleciendo el proceso de Acreditación del Hospital, dado que es uno de los grandes objetivos estratégicos, debe acelerarse la mejora del puntaje para lograr el mínimo requerido.
- Los jefes de las áreas involucradas deben tomar las acciones necesarias y liderar el cumplimiento de los criterios de acreditación.
- La dirección debe ser responsable del monitoreo de los procesos que faltan fortalecer, para el logro del porcentaje (85%) necesario para el requerimiento de evaluación externa.
- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el Hospital "CCRV" Azángaro II-1 por la Dirección y por cada servicio, unidades del establecimiento con el único fin de estar acreditados y ello significa, garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.
- Subsanan las observaciones emitidas en un plazo de Nueve meses para lo cual se realizará un seguimiento constante.
- Socializar los resultados a todas las áreas, servicios y unidades con el fin de que se involucren en la mejora institucional.
- Realizar el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las observaciones.
- Incluir el Proceso de Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional 2025.
- Solicitar asistencia técnica a DIRESA para la implementación de las acciones de mejora.
- Sensibilizar al personal de Salud sobre la importancia del proceso de Autoevaluación con participación del Responsable de Gestión de la Calidad.
- El Director del Hospital debe brindar las facilidades del caso a todos los involucrados en la Mejora Continua.
- Observaciones surgidas de la autoevaluación por macro proceso es lo siguiente:

MACROPROCESO 1: DIRECCIONAMIENTO

Código criterio	Recomendaciones
DIR1-1	Socializar el plan estratégico institucional PEI, Participativamente con todas las jefaturas y difusión como encabezamiento en cada reunión, capacitación.
DIR1-2	Se recomienda realizar seguimiento de planes de todos los servicios unificados en el plan operativo institucional
DIR1-3	La dirección deberá elaborar, conservar y actualizar según procedimiento documentado de cada servicio los planes estratégicos, operativos y de contingencia e integrar en la dirección del hospital.
DIR1-6	La dirección deberá participar y tener conocimiento de los resultados de las mediciones de las FON realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el EESS.
DIR1-7	La dirección del EESS asegura la adhesión del personal a las guías de prácticas clínicas para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional, con la implementación de plan difusión de GPC
DIR1-8	La dirección del EESS debe definir sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA exclusivo para el hospital.
DIR2-2	Implementar evaluaciones semestrales, anuales en hospital "CCRV" Azángaro
DIR2-3	Implementar POA para realizar el seguimiento en hospital "CCRV" Azángaro





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZÁNGARO**MACROPROCESO 2: GESTION DE RECURSOS HUMANOS**

Cod_Criterio	Recomendaciones
GRH1-2	La jefatura de recursos humanos deberá formular e implementar inducción para todo el personal nuevo tomando en cuenta las características específicas de sus servicios
GRH1-3	La jefatura de recursos humanos deberá definir formular las funciones para todos los trabajadores y comunicar el cargo que ocupa
GRH1-4	La jefatura de la unidad de recursos humanos deberá elaborar un plan de verificación del desempeño del personal incluido la productividad y ser analizado en las jefaturas de departamentos y/o servicios emitiendo los reportes de los resultados
GRH2-2	La jefatura de la unidad de recursos humanos deberá estructurar equipos de trabajo que identifique problemas en el desempeño de los recursos humanos en base a la evaluación realizada en los servicios, además de propuestas de mejora.
GRH4-3	La jefatura de la unidad de Recursos Humanos deberá elaborar las herramientas para evaluar la comprensión y cumplimiento de los temas sobre deberes y derechos de los usuarios.

MACROPROCESO 3: GESTION DE LA CALIDAD (GCA)

Cod_Criterio	Recomendaciones
GCA1-4	Las jefaturas de servicios y La unidad de Recursos humanos deberán implementar estrategias para la elaboración de procedimientos de los procesos asistenciales y administrativo del hospital Azángaro con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer mejora continua de la calidad.
GCA2-6	La responsable de GCS en coordinación con la dirección deberán identificar las barreras de acceso de los usuarios a los servicios e implementar acciones
GCA2-8	La jefatura de las UPS de consultorios externos deberá coordinar para su implementación de flujogramas
GCA3-3	Socializa el buen trato al personal del hospital para que el porcentaje sea de nivel esperado
GCA3-7	La Jefatura de la unidad de recursos Humanos deberá realizar encuestas que midan la satisfacción del usuario interno

MACROPROCESO 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código criterio	Recomendaciones Responsable
MRA1-1	Fortalecer con reuniones del comité de manejo de riesgo de Atención
MRA1-3	implementar plan de trabajo donde incluya reuniones periódicas de análisis de gestión de riesgo de los procesos de atención
MRA1-5	El hospital debe implementar mecanismos para hacer pública la información de la gestión de riesgos de la atención.
MRA1-6	Implementar plan de trabajo donde incluya análisis de cuan efectiva es la atención materna
MRA1-7	Implementar plan de trabajo para la reducción sostenida de mortalidad materna
MRA1-9	Implementar formatos de consentimiento diferenciados (etapas de vida)
MRA1-11	Implementar plan de trabajo para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de atención



 PERU Ministerio de Salud RED DE SALUD AVANZADA	
MRA2-4	Implementar documento escrito de mecanismos para identificar errores las placas radiográficas en el hospital
MRA2-5	Implementar procedimiento escrito de medidas dirigido a prevenir errores en procedimientos
MRA3-1	Implementar procedimiento escrito institucionalmente métodos para prevenir uso de catéteres
MRA3-2	Implementar la GPC. Quirúrgica donde incluya la profilaxis antibiótica.
MRA3-3	Implementar dispensadores, soluciones antisépticas, papel toalla en áreas de manejo de pac.
MRA3-4	Implementar mecanismos de control y evaluar el cumplimiento de la medidas de Bioseguridad (higiene de manos, manejo de soluciones antisépticas y desinfectantes y fluidos corporales)
MRA5-1	Implementar y Actualizar las guías de atención de enfermería
MRA5-4	Implementar plan de capacitación en registro y notificación de Eventos Adversos
MRA5-5	Implementar plan de trabajo en acciones de mejora en enfermería
MRA6-1	Plan de trabajo elaborado por salud ocupacional del uso de protección de los profesionales de salud Hospital
MRA6-3	Implementar procedimiento escrito de provisión de ropa del personal así como la descontaminación y lavado
MRA6-4	Que la jefa de servicio debe realizar los requerimientos de la dotación de materiales e insumos de bioseguridad según norma técnica
MRA6-6	Implementar instructivos sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas
MRA6-7	Se debe implementar programas preventivos en base al programa de riesgo como: Hepatitis B, tuberculosis y VIH
MRA6-8	Implementar procedimiento escrito de que Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplan con los procedimientos para realizar descontaminación al finalizar su jornada laboral.
MRA6-9	implementar manuales de procedimiento para prevención y atención de riesgos relativos al tipo de trabajo que realizan
MRA7-3	Implementar procedimiento escrito la recolección de residuos sólidos, de acuerdo a normativa vigente
MRA8-1	Implementar plan de trabajo donde incluya coordina pero no realiza los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura
MRA8-2	Implementar plan de trabajo para mantenimiento de los pozos elevados
MRA8-3	Implementar plan de trabajo donde incluya capacitación a la población sobre medidas de saneamiento básico y agua segura

MACROPROCESO 5: GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)

Cod_Criterio	Recomendaciones
GSD1-1	La responsable del EMED debe gestionar certificado de inspección de seguridad en Defensa civil.
GSD1-2	La responsable de EMED Socializar las normativas para cumplimiento de que se someta a evaluación de seguridad de todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos para que están cumplan con los estándar mínimo
GSD2-2	La responsable EMED deberá implementar brigadas equipadas de lucha contra incendios
GSD2-3	La responsable del EMED deberá socializar al personal del hospital el plan actualizado de emergencia y desastres





GSD3-3	La responsable EMED deberá realizar requerimiento para implementar sistema de comunicación alterno en caso de falla el sistema telefónico
--------	---

MACROPROCESO 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN

Código criterio	Recomendaciones Responsable
CGP1-1	Implementar los planes de supervisión y evaluación de los procesos de y prestación del hospital
CGP1-2	implementar plan de mejora con instrumentos para evaluar los indicadores de control de la gestión y prestación y deben ser fijado los niveles esperados para el hospital
CGP2-1	Implementar plan de capacitación a los jefes de servicios y áreas en proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción
CGP2-3	Implementar indicadores de gestión y prestación en el hospital.
CGP2-4	Establecer plan de evaluación de los procesos de gestión y prestación
CGP2-5	Implementar plan de evaluación de aplicación de las guías practica clínica en las atenciones de emergencia
CGP2-6	Implementar plan de evaluación de aplicación de las guías practica clínica en las atenciones obstétricas neonatales de emergencia
CGP2-7	Implementar plan de los procesos de monitoreo y avaluación de la calidad. (tasas de mortalidad, morbilidad, recuperación, reingresos y complicaciones) implementar planes de acción de mejora a partir del resultado de satisfacción del usuario externo.
CGP2-8	El comité deberá identificar aspectos críticos de la prestación y Gestión y realizar el informe de procesos de mejora.
CGP2-9	En los servicios de atención deberán Auditar los procesos de atención con los estándares establecidos
CGP2-10	Implementar plan de supervisión de los procesos de en el hospital
CGP2-11	Realizar en las UPSS Y Servicios reuniones para la toma de decisiones de los resultados y recomendaciones de los equipos de auditoría, rondas hospitalarias.
CGP2-12	Realizar la evaluación semestral y anual de indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales como hospital
CGP2-13	Realizar la evaluación semestral y anual de indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales como hospital

MACROPROCESO 7: ATENCION AMBULATORIA (ATA)

Cod_Criterio	Recomendaciones
ATA1-1	implementar la señalización y mecanismo de información para la atención del usuario visible en toda las áreas de contacto de pacientes
ATA1-2	implementar la cartera de servicio amigable en todo los consultorios
ATA1-4	Establecer disposiciones para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria los días solicitados
ATA1-5	implementar en todas las áreas el mecanismo para la atención preferente en mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad
ATA2-1	Oficializar las GPC oficializada por etapas de vida
ATA2-2	conformar el comité evaluador de las GPC



	PERU	MINISTERIO de Salud	RED DE SALUD AZANGARO
ATA2-3	Evaluación permanente del cumplimiento de los lineamientos de las GPC en las historias clínicas		
ATA2-4	Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención pre natal con resultados óptimos esperado		
ATA3-1	Establecer mecanismo de información a los usuarios, respecto de los principales daños crónicos degenerativos, transmisibles y prevalentes. planes educativos		
ATA4-1	Fortalecer el mecanismo de operativizar para recoger quejas y sugerencias de los usuarios y son conocidos por todo el personal		
ATA4-2	Fortalecer el mecanismo de incentivar y facilitar a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria operativizar para recoger quejas y sugerencias de los usuarios y son conocidos por todo el personal		

MACROPROCESO 9: ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)

Código criterio	Recomendaciones Responsable
ATH1-3	Se recomienda adecuación de sala de parto en área no restringida
ATH2-1	Seguimiento a los requerimientos sustentados por los servicios de internamiento
ATH2-2	Las jefaturas de los servicios deberán promover la adopción, adecuación y elaboración de GPC según perfil epidemiológico en áreas y/o servicios
ATH2-3	Implementar mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente en servicio de hospitalización.
ATH3-1	Realizar requerimiento de equipos de bioseguridad acorde a la Normatividad vigente.
ATH3-2	Evaluar y analizar los registros de eventos adversos
ATH3-3	Implementar planes de acción para implementar las recomendaciones del comité de auditoría de caso.
ATH3-4	Implementar planes de acción para implementar las recomendaciones del comité de auditoría de caso y comité de mortalidad materna.
ATH4-1	Implementar y actualizar las guías de práctica clínica (GPC) de atención de las diez patologías más frecuentes por servicio
ATH4-2	Implementar planes para cumplimiento esperados en los estándares e indicadores para atención de parto según normativa vigente
ATH4-3	Implementar las GPC por el equipo conductor de salud y debe evidenciar en la H.CI.
ATH4-4	Monitorear la adherencia a las GPC para la atención de complicaciones obstétricas (Hipertensión art inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas)
ATH7-4	Fortalecer el registro del plan de trabajo en la Hcl.
ATH7-5	Implementar registro, análisis y evaluación. De complicaciones obstétricas
ATH7-6	Implementar las recomendaciones del comité auditoria interna de eventos adversos
ATH7-7	Evaluar la satisfacción del usuario en la atención del parto evidenciado en informe.





PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AVANZADO**MACROPROCESO 10: ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)**

Cod_Criterio	Recomendaciones
EMG1-1	Implementar flujo de atención de la UPSS Emergencia (banner)
EMG1-2	Publicar el derecho de toda persona a recibir atención inmediata en situación de emergencia y ubicar el cartel en lugar visible
EMG1-4	Hacer uso de las GPC para las atenciones de las diez patologías más frecuentes
EMG1-5	Capacitar al personal de emergencia de acuerdo a sus competencias al 100%
EMG1-6	La unidad de seguros deberá actualizar datos de pacientes con SIS, socializar para la atención sin condicionamiento que vulneren sus derechos
EMG2-1	Disponer mediante la jefatura con equipamiento, insumos, medicamentos para la atención de las emergencias
EMG2-2	Implementar más camillas para recepción y traslado interno de los paciente
EMG2-3	Implementar telecomunicación en forma urgente al servicio de emergencia

MACROPROCESO 11: ATENCION QUIRURGICA

Cod_Criterio	Recomendaciones
ATQ1-3	El personal deberá aplicar las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes
ATQ3-10	El personal de enfermería deberá registrar las tasas de re intervención QX.
ATQ3-11	Evaluar la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico
ATQ3-6	Implementar el análisis de razones de la tasa de cirugías suspendidas para tomar acciones correctivas
ATQ3-7	Implementar el análisis de razones de la tasa de mortalidad intraoperatorio para tomar acciones correctivas
ATQ3-8	Registros mensuales oficiales de las tasas de complicaciones y eventos adversos(indicador) para el último semestre
ATQ4-1	Realizar evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por las guías de atención
ATQ4-2	Implementar proyectos de mejora continua en base a los resultados de las auditorias preventivas y de caso

MACROPROCESO 13: ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO (ADT)

Cod_Criterio	Recomendaciones
ADT1-2	En su totalidad realizar programas de control de calidad
ADT2-1	Tomar medidas de estándar en la entrega de resultados
ADT3-1	Los servicios de apoyo deberán desarrollar indicadores de calidad en su integridad
ADT3-2	Se deberán calibrar todos los equipos sistemáticamente según programación y planificación
ADT3-5	Implementar registro para tomar medidas correctivas el los servicios de apoyo al diagnostico
ADT3-6	Evidenciar las capacitaciones con fuente auditable en los servicios de apoyo al diagnostico





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZÁNGARO

ADT3-7	Implementar registros de eventos adversos en servicios de apoyo al diagnóstico
--------	--

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA (ADA)

Cod_Criterio	Recomendaciones
ADA1-2	Implementar el manual de procedimiento para garantizar la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas)
ADA1-4	Implementar procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene de espera máxima, costos horarios, número regular de ingresos esperados.
ADA2-2	Implementar entrega de citas de acuerdo a la programación establecida por servicio
ADA2-4	Implementar registro y monitoreo el porcentaje de usuarios no atendidos luego de haber obtenido cita
ADA2-5	Implementar registro y monitoreo el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.
ADA2-6	Implementar registro y monitoreo de reprogramación de citas
ADA2-8	Fortalecer la cuantificación del porcentaje a usuarios satisfechos en la atención en admisión
ADA3-2	Realizar el análisis del registro de estancias prolongadas en hospital

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)

Cod_Criterio	Recomendaciones
RCR2-1	Establecer coordinación con otros servicios ambulatorios extra institucionales para garantizar la atención después del alta
RCR3-1	Capacitar al personal responsable sobre la identificación y análisis de los aspectos críticos del proceso de referencia y contra referencia y proponer acciones de mejora
RCR3-4	Implementar un mecanismo de lograr un nivel esperado en la organización con la inducción y capacitación al personal
RCR4-1	Implementar un sistema organizado en vigilancia comunitaria

MACROPROCESO 16 GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)

Código criterio	Recomendaciones Responsable
GMD2-4	Implementar mecanismo de información en servicio de farmacia
GMD2-5	Implementar los indicadores de errores de prescripción en el servicio farmacia
GMD3-1	Realizar requerimiento con la participación de los especialistas

MACROPROCESO 17: GESTION DE LA INFORMACION (GIN)

Código criterio	Recomendaciones Responsable
GIN1-1	Realizar plan de trabajo para la programación para la identificación de necesidades de información asistencial y administrativo
GIN1-2	Realizar plan de trabajo donde incluya reuniones para identificar anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluya en el plan de adquisición hospital
GIN1-3	El EE. SS. deberá tener con un sistema de acopio manual y/o automatizado.
GIN1-5	integrar la actividad de capacitación para llevar a cabo las actividad de la gestión de la información en el plan anual de capacitación del Hospital Azángaro





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZANGARO

GIN1-6	Implementar manual de procedimiento documentado que describa las fases de captura, el análisis la trasmisión, la difusión el almacenamiento, conservación y la depuración de la información
GIN1-7	Implementar manual de procedimiento de procesos de manejo información estadístico
GIN2-1	Implementar planes de mejora continua en gestión de la información.
GIN3-2	Plan de trabajo donde contiene análisis de gestión de la información y documentaría
GIN3-3	Implementar proyecto de mejora en sistema de información en el Establecimiento de Salud
GIN3-4	Implementar plan de trabajo en percepción del usuario interno en sistema de información.

MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA Y ESTERILIZACION (DLDE)

Cod_Criterio	Recomendaciones
DLDE1-1	Socializar el manual de desinfección y esterilización en los servicios involucrados
DLDE1-2	Actualizar la guía de procedimiento 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
DLDE1-3	Adecuación de central de esterilización de acuerdo a normativa vigente
DLDE2-1	Realizar requerimiento de protección para manipulación de material usado
DLDE2-2	Requerir de soluciones descontaminantes por servicio para garantizar la atención
DLDE2-6	Implementar un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
DLDE3-1	Requerir equipos de protección para el personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres
DLDE3-2	Adecuar e implementar el procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.
DLDE3-4	Requerir y adecuar el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. Pero no lo adecuado
DLDE4-1	Requerir y adecuar debidamente el vestuario y protección según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.
DLDE4-2	Requerimiento de un sistema de tratamiento de residuos sólidos hospitalarios
DLDE4-3	Conformar el comité de supervisión de limpieza
DLDE4-4	Implementar encuesta de percepción de los usuarios interno respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)

Cod_Criterio	Recomendaciones
MRS1-1	Implementar en plan de mejora de brecha de recursos humanos en servicio social
MRS1-2	Implementar la programación y plan de trabajo donde contemple el control de calidad de fichas socioeconómicas
MRS1-4	Implementar recursos humanos en servicio social para consultorio externo turno mañana





PERU

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
AZÁNGARO**MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICA (NYD)**

Código criterio	Recomendaciones Responsable
NYD1-2	Integrar la actividad de capacitación del servicio de nutrición en el plan anual de capacitación del Hospital Azángaro
NYD2-3	El profesional de nutrición deberá efectuar visitas diarias a pac. Con dieta especiales/ en las notas de enfermería deberá incluir la evaluación de la nutricionista.
NYD2-4	Implementar libro de quejas y reclamos en coordinación con el PAUS

MACROPROCESO 21: GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)

Cod_Criterio	Recomendaciones
GIM1-1	Implementar que el área usuaria debe evaluar bien para realizar la programación, el área de programación debe respetar la programación del área usuaria
GIM2-1	Implementar procedimiento de requerimientos para todos los servicios
GIM2-3	Implementar registro para cuantificar el porcentaje de entrega de insumos y materiales de acuerdo con la programación
GIM2-4	Implementar opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales

MACROPROCESO 22: GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)

Código criterio	Recomendaciones Responsable
EIF1-3	Implementar personal capacitado para elaborar proyectos de inversión.
EIF1-4	Implementar más profesionales para que realicen mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipo
EIF1-8	implementar con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obra
EIF1-9	Implementar manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica)
EIF2-2	Implementar profesionales como ingeniero sanitario para realizar mantenimiento preventivo y programar presupuesto para realizar mantenimiento preventivo e los equipos de acuerdo a la programación
EIF2-3	Solicitar requerimiento para el cumplimiento del ítems que solicita cuantificar el % de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo.



Anexo : HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Macroproceso 10 Atención de emergencias
 Evaluadores: N.C. Patricia tipo Amate
 Fecha: 14-10-2014
 Servicio Evaluados: Emergencia
 Participantes de la Evaluación: M.C. Fernando Leon Abasco
 Código Estándar: EMG-1 EMG-2 EMG-3

Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
EMG1-1	1	libros de infraestructura	Observación		NO hay Flujo de Atención del servicio emergencia	Implementar Flujo de Atc. de emergencia Hospitalario en unico.
EMG1-2	1	libro de preguntas	Observación			- Mejorar el tamaño y tamaño de los espacios de recibir pte inmediato en emergencia
EMG1-3	2	libro de preguntas	Observación			- Implementar el registro de jefe de Guardia
EMG1-4	0	No se tiene copia de copia de practica Documentación Clinica	Verificación Documento		NO se tiene copia de practica clinica	Adaptar las Guías de practica clinica de las Naciones a los
EMG1-5	1	libro de actas de capacitación	Verificación Documento		- No todo los servicios lo están manteniendo	- Seguir a los jefes de servicio que realizan su plan de capacitación en actividades de capacitación en emergencias Documentar las capacitaciones
EMG1-6	1		Verificación Documento		- En algunos servicios no se encuentran al personal nuevo, en formación	- Implementar


 Fernando León Hincul
 Médico Cirujano
 Médico Auditor
 C.M.P. 69508



 Patricia tipo Amate
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 69508



 Patricia tipo Amate
 Médico Cirujano
 C.E.P. 30643
 REGISS-AZANGARO


Anexo : HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Macroproceso 10 Atención de emergencias
 Evaluador(es): M.C Patricia Arzate Vique
 Fecha: 14.10.2024
 Servicio Evaluados: Emergencia
 Participantes de la Evaluación: M.C. Fernando León Haciao
 Código Estándar: EMG-1 EMG-2 EMG-3

Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
EMG2-1	2	- Insumos, Plástico - Luces, Equipos - Documentos - Jeringuillas	Verificación de Documento		Alguno	
EMG2-2	2	- Equipos con sello - Sello Nido	Observación		ninguno	
EMG2-3	0				NO se cuenta con teléfono en emergencia en el UPS emergencia	
EMG2-4	2	- Cese de Servicio - Equipadas	Observación		Ninguno	
EMG2-5	2	- Rol de Servicio - Medicos - Enfermeras - Tecnicos	Verificación de Documento		- Registrar médicos lo - En el rol, socializar - al personal que presta - PHOS	
EMG3-1	2	- Registro de pate. - Emergencia - Coniaje	Verificación de Documento		- NO se tiene traje para - las pañoladoras at-IV	- Implementar traje en - emergencias de acuerdo a - normativa vigente.

[Signature]
 M.C. Patricia Arzate Vique
 EMG-1, EMG-2, EMG-3

[Signature]
 M.C. Fernando León Haciao
 AT-IV, CHIRIQUÍ

[Signature]
 M.C. Patricia Arzate Vique
 EMG-1, EMG-2, EMG-3

[Signature]
 M.C. Patricia Arzate Vique
 EMG-1, EMG-2, EMG-3
 REDES - ALIENIGADO



Anexo : HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Macroproceso 10 Atención de emergencias
 Evaluador(es): M.L. Patricia Torpe Arate
 Fecha: 14.10.2024
 Servicio Evaluados: Emergencia
 Participantes de la Evaluación: M.L. Fernando Lara Obispo
 Código Estándar: EMG-1 EMG-2 EMG-3

Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
EMG-2	2	Hcl.	Verificación de Documento		Hcl.	Seguir Mejorando el registro de Ade. de la UPS en emergencias.
EMG-3	2	Hcl. - Registro de ataques de emergencia de servicios.	Verificación de Documento	1	- Registro no completo	- Registrar todos los datos Solicitados









DE SALUD • REGION LIMA
 D.G. SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Patricia Torpe Arate
 Lic. en Enfermería
 Lic. CEF. 35843
 NEDESS - ATAGUARO

Anexo : HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Macroproceso 19 : Manejo del riesgo social
 Evaluador(es): *Dr. Delia Durpo Jarama*

Fecha: *14-10-2024*
 Servicio Evaluados: *Servicio Social*
 Participantes de la Evaluación: *Jr. Ps. Gladys Blancos Velazquez*
 Código Estándar: *MRS-1 MRS-2*

Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsable
MRS2-2	<i>2</i>					

9 julio n° 01-2024 / Acto de seguimiento de
Medicina

** NO se cuenta con trabajos actualizados.*

Trujillo


Leon


Haroldo B. Torres Velasco
 PSICÓLOGA
 C. Ps. P. 27460

Trujillo


Trujillo