



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

"AÑO BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

OFICIO N° 1057 - 2024 -GR /DIRESA -PUNO /RED DE SALUD EL COLLAO-DIR

SEÑOR : M.C. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REYNOSO DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCION : GILBERTO JAEN BALDARRAGO DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

PUNO

ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION HOSPITAL II-1 ILAVE

FECHA : ILAVE 13 de diciembre del 2024



Por medio de la presente me dirijo a usted, y expresarla mis saludos, así mismo comunico a Ud. que la Red de Salud a mi cargo **REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL II-1 ILAVE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD EL COLLAO**, en cumplimiento a evaluación anual de convenios de gestión FICHA TECNICA N°44 correspondiente al año 2024:

ADJUNTO INFORME TECNICO

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente.


C. O. Luis Franco Batrán
DOP 4715
DIRECTOR



PERÚ

Ministerio
de Salud

Red de Salud
el Collao

Unidad de
Gestión de Salud

"AÑO BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHANO "

INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN

DEL : EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE HOSPITAL II-1 ILAVE
AL : LIC.GILBERTO JAEN BALDARRAGO
DIRECTOCION DE GESTION DE CALIDAD DIRESA PUNO
FECHA : 13- DICIEMNRE - 2024.
ASUNTO : INFORME TECNICO DE EVALUACION INTERNA

Tenemos el alto honor de dirigirnos a usted, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, se ha concluido con el proceso de autoevaluación en cumplimiento del plan de evaluación para la acreditación, realizada en el Hospital II-1 Ilave como segundo nivel de atención de la red de salud el Collao, en los siguientes términos:

I. OBJETIVOS

Evaluar el grado de calidad en el desempeño de los trabajadores de salud en la prestación de servicios a los usuarios, permitiendo determinar el dato inicial o basal, para seguir mejorando en forma continúa la calidad del Hospital II-1 Ilave.

II. INFORMACION BASICA.

2.1. EQUIPO EVALUADOR DE HOSPITAL II-1 ILAVE :

Compuesto por los siguientes TAPS. Según RD.Nº 0126-2024-RED-EL.C-D/URRHH.

M.C. JUAN JOSE CARRION ROMERO PRESIDENTE DE CUERPO MEDICO	PRESIDENTE
LIC.ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO RESPONSABLE DE CALIDAD	SECRETARIA
M.C. FRANK JESUS CHAVEZ COLLANTES DIRECTOR DEL HOSPITAL II-1 ILAVE	MIEMBRO
M.C. GETBERBJUAN COAQUIRA QUISPE JEFE DE SERVICIO APOYO AL DIAGNOSTICO	MIEMBRO
C.D. JOHNNY MAMANI CURASI JEFE DE SERVICIO DE ODONTOLOGIA	MIEMBRO
M.C. NARDA EUDOCIA GARATE SOTO JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS	MIEMBRO

**2.2. EQUIPOS DE IPRESS EVALUADOS:**

HOSPITAL ILAVE	II-1	II-1 MC. FRANK JESUS CHAVEZ COLLANTES ING.CESAR AUGUSTO BELTRAN RAMOS LIC.ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO M.C.LEITHOLD DAHL APAZA CAYO MC.ROBERTO TORRES LERMA MC. RUBEN APOMAYTA ALAVE MC.ROMULO PARI PARI MC.RAUL ABRAHAN CHEVARRIA TISNADO TAP.FERNANDO CRUZ CENTON OBST.DANITZA ILLACHURA VELASCO QF.MARIELA CRUZ QUISPE QF.HEYDER DAVID PINEDA ARCE TAP.FERNANDO MANSILLA TAP.PORFIRIO CRUZ PILCO TS.CEFINA ANTONIA. DIAZ ANGLAS LIC.NUTR.CANDELARIA SOTO QUILCA TAP.GERARDO VALDEZ GALLEGOS
---------------------------	-------------	--

2.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Norma técnica de salud, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con RM. N° 456 – 2007/MINSA.
- Aplicativo de acreditación
- Listado de estándares de acreditación por categoría de establecimientos
- Guía técnica del evaluador RM N° 270-2009/MINSA
- Formatos de registro de datos, hoja de recomendaciones y matriz de selección (Anexos N° 2, 4 y 5).

2.4. FUNCIONES CUMPLIDAS:

- Evaluación de las diferentes servicios
- Se cumplió con todos los procesos de evaluación interna
- Calificación objetiva y concordada entre los miembros de evaluadores.
- Concordar los tiempos para la mejora correspondiente con los trabajadores del establecimiento.
- También se determinó a los responsables para el cumplimiento de mejora.

2.5. ORGANIZACIÓN DE EQUIPO AUTO EVALUADOR INTERNO

- Los equipos auto evaluadores se Organizan según cronograma programada.
- El trabajo de los Evaluadores Internos durante el proceso de Autoevaluación organizar el desplazamiento a diferentes servicios.
- Los equipos auto evaluadores internos responsable del cumplimiento del cronograma establecido.

2.6. METODOLOGÍAS EMPLEADAS:



Entre métodos más utilizados durante el proceso, tenemos las sugeridas en la guía del evaluador.

- Verificación/Revisión de documentos
- Observación especialmente los procedimientos de prestación
- Entrevistas a los usuarios internos y externos, según sea el caso.
- Las muestras que se han adoptado para la revisión u observación de H.C. y otras, se consideró el 20% de la atención del mes anterior en cumplimiento al acuerdo adoptado en la comisión sectorial.
- Las encuestas se han aplicado a los usuarios externos y trabajadores del establecimiento según sea el caso.
- En algunos casos se ha realizado las auditorias de calidad.
- Un trabajo en equipo, entre los evaluados y evaluadores, a efecto de buscar mayor acercamiento y solidaridad que, redunde en el apoyo recíproco en el proceso de mejora.
- Se garantiza el trabajo multidisciplinario del equipo de auto evaluadores internos.

. Cumplimiento del Plan 7. Observaciones 8. Puntaje alcanzado

III. DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.

3.1. En primer término, el equipo evaluador en pleno se hace presente al jefe de servicios y el personal salud ; para presentar los motivos de la visita, concertar sobre la metodología a utilizar durante el proceso de la evaluación interna, instrumentos y normas u otros documentos verificables.

3.2. Al concluir el proceso de evaluación se presenta los resultados de hallazgos, las recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de la calidad o de inversión. Acompañar la hoja de Recomendaciones:

3.3. Adjuntamos al presente los formatos llenados el día de la evaluación, anexos

3.4. Adjuntamos al presente los reportes del aplicativo, con calificación por criterios y la hoja resumen.

Nº TOTAL IPRESS	CODIGO REN AES	DENOMINACIÓN DE LA IPRESS	CATEGORIA	RED	ESTABLECIMIENTO	PUNTAJE OBTENIDO % 2024
1	3032	IPRESS HOSPITAL APOYO ILAVE	II-1			79%

Fuente: UNIDAD GESTION DE CALIDAD REDES EL COLLAO Calidad Redes

N/A: No Aplico



PERÚ

Ministerio
de Salud

Red de Salud
el Collao

Calidad
en Salud

IV. RECOMENDACIONES GENERALES.

- Los jefes de servicio es responsable de la mejora de los criterios encontrados como débiles.
- Los jefes de servicios comprometidos al cumplimiento de los procesos de mejora continua de la calidad en los servicios a su cargo.
- El equipo de salud de los servicios , está comprometido a iniciar con el proceso de mejora de la calidad.
- El equipo de Calidad de la REDES es la encargada del soporte técnico con el fin de fortalecer los procesos de mejora continuo acompañamiento y asistencia técnica, así como del monitoreo y seguimiento.
- El Director de la REDES es responsable de generar los proyectos de inversión pública, su aprobación y de buscar financiamiento para renovación de las infraestructuras de las IPRESS que en un 90 % con tiempo de uso de 20 a 30 años.

Es cuanto informamos para su conocimiento y de más fines.

Atentamente.



PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud el Collao

Planificación y Evaluación

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Establecimiento: **COMISIO-LAVE**
 Tipo de Establecimiento: **SI**
 Fase: **AutoEvaluación**
 Año: **2014**
 Período: **4**

MATERIALES SERVICIOS

Servicios	De total cubiertos					Puntuación máxima posible	Puntuación obtenida	Cobertura de los servicios	Puntaje Max. categoría	Puntaje Obtenido Categoría	Cumplimiento de categoría
	Urgencia	E	P	R	T						
Atención de Emergencia	11	5	4	1	1	32,50	28,24	87,81	200,00	100,00	100%
Servicio de atención primaria	11	5	4	1	1	30,00	28,10	93,67			
Servicio de la salud	22	13	11	1	22	67,02	55,04	82,00			
Servicio del seguro de atención	30	13	11	1	13	45,00	32,04	71,20			
Servicio de seguridad para los niños	21	14	7	1	21	15,12	7,50	49,53			
Control de calidad y gestión	12	5	6	1	12	32,00	25,00	78,13			
Atención pediátrica	11	5	4	1	11	40,00	40,00	100,00			
Atención obstétrica	1	0	0	0	1	2,00	0,00	0,00			
Atención de hospitalización	20	9	12	1	20	45,00	36,14	80,31			
Atención de emergencia	10	11	1	2	14	45,00	44,71	99,36			
Servicio de cirugía	20	1	11	0	24	45,00	38,00	84,44			
Atención de radiología	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de diagnóstico y terapéutica	11	1	4	1	11	18,40	15,40	83,72			
Atención y alta	10	3	1	0	10	14,40	10,78	74,86			
Atención y rehabilitación	10	0	1	0	10	15,40	11,12	72,21			
Servicio de radiología	10	4	11	0	15	15,00	15,14	101,00			
Servicio de laboratorio	10	0	1	1	14	15,40	1,01	6,56			
Atención de salud pública	17	1	1	2	17	14,40	6,20	42,99			
Servicio del seguro social	0	2	1	1	0	16,40	0,00	0,00			
Atención y control	11	4	0	1	11	16,40	12,01	73,23			
Servicio de control y monitoreo	1	4	1	1	4	16,40	12,00	73,23			
Control de equipos e insumos	10	7	0	0	10	16,40	12,00	73,23			
Total	320	121	131	41	321	671,20	446,10	66,48	277,20	100,00	0%

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsasar en 6 meses (78%-84%)

Deficiencias:


Maria M. Tuní Arias
 LIC. EN ENFERMERIA
 N.º 11711 - ESP. REG. 23490

