



PERU

Ministerio de Salud

Dirección Regional De Salud Puno
RED DE SALUD CHUCUITO
DIRECCION

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

Juli. 17



OFICIO N° 851 -2024-D/RSCH-JULI

Señor:
M.C. Jean Paul Guillermo VALENCIA REYNOSO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ASUNTO : REMITE INFORME TECNICO FINAL SOBRE AUTOEVALUACIÓN ACCIÓN 4 (CRITERIO 4)

ATENCIÓN : DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD – DIRESA PUNO

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en relación al cumplimiento del Compromiso de Mejora – Ficha N° 44 “Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud” del Convenio de Gestión 2024.

Adjunto al presente documentos que acredite el cumplimiento de la Acción 4 (criterio 4) de los siguientes:

HOSPITAL NIVEL II-I DE ATENCION (con y sin población asignada)

- Informe final sobre Autoevaluación 2024 del Hospital “Rafael Ortiz Ravines” de Nivel II -1 de la Red de Salud Chucuito. 18 Folios.

RED DE SALUD CHUCUITO

- Informe final consolidado sobre Autoevaluación 2024 del primer nivel de atención de la Red de Salud Chucuito (consolidado en matriz prestablecido por la UFGCS/MINSA). 073 Folios.

Así mismo se envía remite al correo calidad@dirosapuno.gob.pe los links de acceso a los reportes Excel.

Sin otro particular, es ocasión de renovar mis consideraciones de estima personal.



Handwritten signature and stamp of the Regional Directorate of Health Puno



PERU

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud Chucuito

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

Juli. 16 de Diciembre de 2024



OFICIO N° 061-2024-UFCSS-DSP-RCHUCUITO

Señor:
M.C. Emerson AQUINO CONDORI
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

ASUNTO: INFORME CONSOLIDADO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED CHUCUITO 2024

PRESENTE.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez por medio de la presente informar a su despacho en cumplimiento de los compromisos de convenio de gestión de la ficha N° 44 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud", del área funcional de calidad en coordinación con los equipos de evaluadores internos y equipos de acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines y Microredes que conforman la Red de Salud Chucuito, han realizado el proceso de autoevaluación 2024.

Por tal motivo, remito a su despacho el informe correspondiente para elevarlo a la DIRESA PUNO, Dirección de Calidad en Salud, para dar cumplimiento al convenio de gestión del presente año.

Agradeciéndole por su atención, aprovecho de la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi mayor estima personal.

Atentamente,


Ps. Wilian E. Mamani Pariza
PSICOLOGO
C.Ps.P 7496
COORD. PP CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL R.O.R JULI
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



"ORGANISMO DEL INTERGOBIERNO DE LA COMUNIDAD PARA LA CALIDAD EN SALUD" DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y DEL GOBIERNO DEL PERÚ

JULI, 15 DE DICIEMBRE DEL 2024.

OFICIO N° 00121 - 2024-SGCS/EPID/H" R.O.R" J/RED SALUD CHUCUITO.

SEÑOR:

M.C EMERSON AQUINO CONDORI

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO JULI.

ASUNTO: REMITO INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACION INTERNA DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES JULI.

ATENCION: DIRECCION DE SALUD DE LAS PERSONAS/SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD



Mediante el presente tengo acudo a su persona para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que en el marco del cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la norma técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, debo comunicarle que el comité de autoevaluación del Hospital R.O.R Juli, cumple con remitir el INFORME TÉCNICO N° 001 – 2024 documento que anexamos al presente.

Cabe informar que el cumplimiento del proceso de autoevaluación (FICHA N° 44) es considerado indicador de gestión según Decreto Supremo N° 036 – 2023 – SA, decreto supremo que define los indicadores de desempeño compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024.

Agradeciéndole por su atención, y velando por la mejor calidad de atención al paciente al cual nos debemos.

Atentamente.

Dr. Percy Sardon Cotrina
DIRECTOR
HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES JULI
C.M.P. 46125

Recepcionado en
Atencion Calidad Health
GER 37947



Dr. Sergio Mena Colaco
DENTISTA
COP. 23755

Documento: 000020160-3113
de: II-1
AutoEvaluación
2024

Medicamento	MEDICAMENTO										ESTADO	
	Evaluación		No tiene criterios				Cumplimiento		Puntaje		Puntaje	
	E	P	R	T	Total	%	Total	%	Total	%		
Manejo	11	4	1	11	32.48	29.33	88.86					
Subrecursos	11	0	0	11	29.26	24.31	61.76					
Toda la familia	10	0	0	10	43.32	32.86	50.00					
del tiempo de atención	10	0	0	10	43.32	31.79	68.23			115.71	67.77	
de seguridad ante desastres	21	14	7	0	13.12	7.67	69.71					
de la gestión y prestación	10	0	0	10	32.89	18.14	46.10					
de atención	14	0	0	14	15.12	41.53	93.03					
de atención	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
de la familia	24	0	12	7	24	45.02	29.08	67.00				
de la atención	14	1	1	0	14	45.12	46.62	500.00				
de la familia	24	7	11	0	24	43.92	34.69	78.63				
de la familia	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
de la familia	11	1	0	1	18.40	12.20	75.60					
de la familia	10	0	7	0	10	16.40	3.15	31.43				
de la familia	10	0	1	1	10	16.40	8.07	42.50				
de la familia	10	4	11	0	10	11.00	11.98	79.04				
de la familia	14	0	7	1	14	16.40	4.43	8.79				
de la familia	17	7	8	2	17	16.40	8.48	51.72				
de la familia	6	2	3	1	6	15.40	14.95	68.36				
de la familia	10	4	3	1	10	16.40	3.70	50.00				
de la familia	6	4	3	1	6	16.40	13.62	76.92				
de la familia	12	7	0	0	12	16.40	4.82	29.41				
Total	328	130	100	41	308	577.38	379.50		577.38	380.81		

RESULTADO FINAL

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

Consideraciones:

NO aprobado - Retirar desde Automat. ex (100%)

NO aprobado - Subsanar en 9 meses (10%-49%)

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

Aprobado (70% a más)

0	NO aprobados - Retirar desde la Automatización (Mínimo 20%)
1	NO aprobados - Retirar desde la Automatización (Mínimo 50%)
2	NO aprobados - Subsanar en 3 meses (10%-49%)
3	NO aprobados - Subsanar en 6 meses (50%-69%)
4	NO aprobados (70% a más)

Dr. Percy Sangón Coltrina
OTOLINGÜISTA
C. M. P. - 46125

Dr. J. Villás Gutiérrez
DENTISTA
C. M. P. - 31661

Dr. Pervis Pansari Calzosa
DENTISTA
C. M. P. - 23755



RICARDO FUENTES BARRA
DENTISTA
C. M. P. - 23648

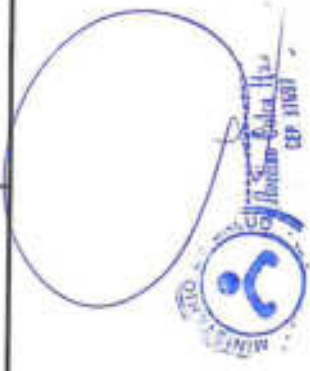
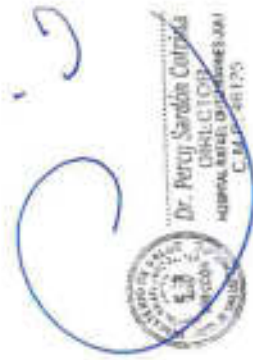


TABLA DE RESULTADOS DE AUTOEVALUACION
ANEXO N° 01

MATRIZ CONSOLIDADO FASE AUTOEVALUACIÓN 2024 - PAES

3ERESA/DIRIS/RED : DIRECCION REGIONAL DE SALUD - PUNO

N° ORDEN	DENOMINACIÓN DE LA IPRESS	CATEGORIA	RED	MICRORRE D	FECHA DE INICIO Y TERMINO DE AUTOEVALUACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO	DOCUMENTOS SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO (indicar documento y fecha de entrega)			
							Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4
1	HOSPITAL R.O.R JULI	II - 1	CHUCUITO JULI	NO PERTENEC A NINGUNA MICRORRED	Del 01 de octubre al 30 de noviembre 2024	68	RD N° 57-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH.J.J., de fecha 29 de enero del 2024.	RD N° 411-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH.J.J., de fecha 24 de mayo del 2024.	OFICIO N° 089-2024/SGCS/H.R.O. R J/RED CHUCUITO JULI, remitido a la Direccion de la Red de Salud Chucuito Juli en fecha 19/09/2024.	OFICIO N° 00121-2024-SGCS/H.R.O R J/RED CHUCUITO JULI, remitido a la Direccion de la Red de Salud Chucuito Juli, en fecha 16/12/2024.



[Signature]
Alfonso Torres Jimenez Cabassa
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 23755

[Signature]
Teresa J. Vilas Gortierrez
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 CEP. 22564



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL R.O.R JULI
 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



"MÁS QUE ENTENDEDO DE CALIDAD EN SALUD DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD Y DE LA FUNDAMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN"

INFORME TECNICO N° 001 – 2024
EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS
HOSPITAL R.O.R JULI

OFICINA GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD



JULI - 2024

[Signature]
 MINISTERIO DE SALUD
 Abelma Eolas Huar
 CEP. 57407



[Signature]
 ESCUELA FUENTE DE BUEN
 GUSTO I RA
 CEP. 23448

[Signature]
 Oficina Dental Mariana Sabuila
 BRILLIANT DENTISTA
 CEP. 23755

[Signature]
 Teresa J. Villas Gutierrez
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 CEP. 22004

I. PRESENTACION

El proceso de acreditación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli, comprende la primera fase de Autoevaluación; la cual se desarrolla sobre la base de estándares previamente definidos por el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado mediante NTS N°050-2007-MINSA/DGSP contenidos en el listado de Estandartes de Acreditación y que enfocan esta nueva propuesta en el marco de Gestión por Procesos.

Para el desarrollo del proceso de autoevaluación para la acreditación se estableció un comité de evaluadores internos, contemplados en la R.M. N°270-2009/MINSA; que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo los cuales fueron conformados mediante Resolución Directoral N° 69-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J. cuyos integrantes son profesionales de la salud y/o técnicos, asistenciales y administrativos encargados de las diferentes unidades orgánicas y funcionales de la entidad que asumen responsabilidades con relación a la acreditación, capacitados y autorizados para ejercer esta función, así como también representantes de la Oficina de Gestión de la calidad, que son encargados de fortalecer el cumplimiento de la fase de evaluación.

En la actualidad, los servicios de salud deben evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua, en este marco del desarrollo de la autoevaluación para la Acreditación de establecimientos de salud se constituye en un elemento esencial en este proceso de alcanzar el nivel óptimo de organización en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión en el proceso de atención de salud logrando el resultado esperado en los actores involucrados.

La acreditación por sí misma, resulta estimulante para los integrantes de los establecimientos de salud, por lo que su realización lleva implícita la puesta en marcha de ejercicios de autoevaluación, en los cuales el personal participa activamente. Por lo tanto, la acreditación debe ser percibida como una acción de evaluación participativa y por decisión propia, y no como una exigencia o requisito de la autoridad institucional, al mismo tiempo se orienta hacia la calidad de atención del usuario en general.



II. OBJETIVOS

- ✓ Acreditar al Hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli, para garantizar calidad de atención en las diferentes áreas y servicios de atención al usuario.
- ✓ Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.
- ✓ Incorporar a la gestión del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- ✓ Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- ✓ Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

III. ALCANCE

El proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli es de alcance a todos los departamentos, Oficinas, unidades y servicios, incluidos en los estándares de acreditación hospitalaria según nivel II-1.



IV. INFORMACION BASICA

a) Equipo evaluador:

El equipo de acreditación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli, conformado según Resolución Directoral N° 69-2024-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J. Integra a los siguientes profesionales de la salud:

- ✓ M.C PERCY SARDON COTRINA
- ✓ LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE
- ✓ LIC. TERESA JUANA VILLAS GUTIERREZ
- ✓ OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO
- ✓ C.D MICHELL DENNIS MAMANI CAHUATA
- ✓ BLGO. ROXANA LUQUE ARAOZ
- ✓ QF. ZENAYDA CRUZ ORTEGA
- ✓ TAP. NELSON CLEMENTE PERCA

b) Equipo del establecimiento de salud evaluado



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL R.O.R JULI
 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



"APOYO DEL GOBIERNO NACIONAL DEL PERÚ A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA"

HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES - JULI

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - SGCS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

RESPONSABLE DEL AREA DE CALIDAD: LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE

N°	MACROPROCESOS	SERVICIOS Y/O AREAS A EVALUAR	FECHA DE AUTOEVALUACIÓN	CONDICION
2	TAP. SANTIAGO OLGUIN ORTEGA	GESTION DE RIESGOS - EMERG	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
3	OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO	SERVICIO DE OBSTETRICIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
4	LIC. IBETH M. CHURATA QUISPE	SEGURO INTEGRAL DE SALUD - REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
5	M.C GABRIELA HERRERA ANCCO	BANCO DE SANGRE	01/11/2024 - 15/12/2024	AVALUADO
6	TAP. ENRIQUE BENITO CHOQUEGONZA	LIMPIEZA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
7	LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE	ESCUCHA AL USUARIO	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
8	M.C RICAR ESCOBAR ENCINAS	APOYO AL DIAGNOSTICO	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
9	TAP. VICENTE QUISPE ZAPANA	ADMISION	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
10	TAP. RUMUALDO PINTO RODRIGUEZ	MANTENIMIENTO -SERVICIOS GENERALES-LAVANDERIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
11	LIC. AMAPRO HERRERA MOLLINADO	SERVICIO SOCIAL	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
12	TAP. ABAD CHALCO MALDONADO	CONTROL DE ASISTENCIA	01/11/2024 - 15/12/2024	
13	M.C PERCY SARDON COTRINA	AREA DE CAPACITACION	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
14	TAP. CONCEPCIÓN RODRIGUEZ MAMANI	RAYOS X	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
15	TAP. ISIDRO MAMANI VICHATA	SANEAMIENTO AMBIENTAL	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
16	LIC. TERESA VILLAS GUTIERREZ	JEFATURA DE ENFERMERIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
18	M.C JULIO C. BAILON ARUHUANCA	CENTRAL DE ESTERILIZACION	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
19	LIC. LOURDES CHUQUIMIA ITURRY	PROMOCION DE LA SALUD	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
20	M.C JULIO CESAR BAILON ARUHUANCA	ANESTESIOLOGIA/CIRUGIA/QUIROFANO	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
21	TAP. JHON PITER CAMACHO	TRANSPORTES	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
22	LIC. GLADYS YANARICO MAMANI	NUTRICION	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
23	M.C	SERVICIO DE EMERGENCIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
25	Q.F MARITZA ONOFRE VILCA	APOYO AL TRATAMIENTO - FARMACIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
26	LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - EPIDEMIOLOGIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
27	M.C ISMAEL MAMANI CONDORI	SERVICIO DE PEDIATRIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
28	LIC. SANDRA LAMA CAMPOS	SERVICIO DE CRED - E5NI	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
29	LIC. BETZABE TORRES BARRIENTOS	SERVICIO DE ADOLESCENTE	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
30	LIC. VALENTINA VILCA PEÑALOZA	SERVICIO DE OFTALMOLOGIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
31	TAP. LUCIO CUITO RODRIGUEZ	SERVICIO DE TBC	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
32	LIC. EMILIA LUPACA VALERIANO	SERVICIO DE ADULTO MAYOR	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO



33	LIC. GABIANA TICONA CACASACA	SERVICIO DE NO TRANSMISIBLES	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
34	TAP. ISIDRO VICHATA MAMANI	SERVICIO DE ZOONOSIS	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
35	LIC. GABIANA TICONA CACASACA	SERVICIO CANCER	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
36	OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO	SERVICIO DE MATERNO	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
37	C.D MICHELL MAMANI CAHUATA	SERVICIO DE ODONTOLOGIA	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO
38	LIC. FANCY AVALOS RODRIGUEZ	SERVICIO DE TRIAJE	01/11/2024 - 15/12/2024	EVALUADO

c) Instrumentos utilizados

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad, para cumplir ello se tomó en cuenta la base legal, los instrumentos y técnicas utilizadas en este proceso de autoevaluación los cuales fueron:

- ✓ Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- ✓ D.S. N°013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución ministerial N° 270/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
- ✓ Listado de estándares de acreditación de establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Formato de registro de datos
- ✓ Hoja de recomendaciones
- ✓ Matriz de selección (anexo 2,4,5)
- ✓ Aplicativo de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.



V. METODOLOGIA DE AUTOEVALUACION

El equipo de Evaluadores del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, también utilizó diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad:

1. **Verificación documentaria:** constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.

4. **Trazado de paciente:** Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

DEL PROCESO DE EVALUACION

Se realizó teniendo en cuenta 3 fases:

1era fase: La autoevaluación se realizó partiendo de la experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los servicios de salud del hospital II-1 siguiendo los siguientes pasos:

- ✓ Elaboración del plan
- ✓ Identificación de los macro procesos para cada servicio.
- ✓ Reunión de socialización para la aplicación de los criterios de la autoevaluación
- ✓ Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- ✓ Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los Jefes de los diferentes servicios.

2da fase: ejecución de autoevaluación.

- ✓ Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en los instrumentos utilizados en la acreditación.
- ✓ Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- ✓ Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- ✓ Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- ✓ Recorrer los ambientes de todos los servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- ✓ Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el documento de trabajo.
- ✓ Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- ✓ El equipo evaluador hará alcance de los instrumentos utilizados con las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macro procesos, en un tiempo prudencial.
- ✓ Ingresar al aplicativo de acreditación de establecimientos de salud la calificación obtenida en el proceso de autoevaluación.



- ✓ El informe técnico, será remitido a la Dirección de la Red de Salud Chucuito en fecha 15 de diciembre del 2024 conforme está establecido en el D.S N° 036-2023 ficha N° 44 del plazo para la presentación del informe técnico.

VI. REPORTE FINAL DE LA AUTOEVALUACION

Al presente informe se adjunta el reporte generado por el aplicativo correspondiente al Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, con los puntajes calificados en cada uno de los criterios, el mismo que constituye parte del presente documento, como parte concluyente se llegó al promedio final del 68 %.

VII. OBSERVACIONES

De los servicios autoevaluados la puntuación obtenida es de 68 %, en la primera etapa por lo que calificamos como **NO ACREDITADO**. Se obtuvo puntaje menor al 85%, del cumplimiento de los estándares. Por lo que es necesario subsanar los criterios observados para subsanar en 9 meses.

VII.- RECOMENDACIONES

Para el año 2025, la oficina de gestión de la calidad remitirá a las diferentes áreas, servicios y otros las observaciones identificadas en este proceso de autoevaluación para que sean subsanadas en el plazo establecido.

Es necesario realizar asistencias técnicas y capacitaciones en aspectos organizativos de la entidad dirigida a los jefes de área, quienes serán los responsables de la implementación de las acciones correctiva encontradas en este proceso de autoevaluación.

VII.- ANEXOS

- ✓ Resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.
- ✓ Resultados por macro proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.
- ✓ Resultados de los criterios por macro proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.
- ✓ Resultados por estándar del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL R.O.R JULI
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



- ✓ Resultados por macro proceso y categoría del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.
- ✓ Puntajes estándares del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.

Es todo en cuanto puedo informar sobre el proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli.

Atentamente,


 Dr. Anny Sardiña Cotrina
 DIRECTOR
 HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES JULI
 C.M.P. 16125


 ANTON CALLE
 C.P. 17997




 Dennis Menzies Cabrita
 ODONTÓLOGO DENTISTA
 C.D.P. 23755


 Teresa J. Vilas Gutierrez
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 CEP. 22604


 RICARDO HUERTAS BALLE
 GUSTEIRA
 C.P. 23418

Establecimiento : 00002990-JULI
 Tipo Establec : II-1
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Periodo : 1



Cod Macro	Microproceso	Cód Estándar	Estandar	Crt. Eval	N° Total Criterios					Puntaje Máximo por Estándar					Puntaje obtenido por Estándar				
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R
DIR	Direcionamiento	DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	8	5	2	1	8	6.7	5.3	4.0	16.0	2.0	2.7	2.0	6.7			
			Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios enfermos.	3	1	2	0	3	1.2	4.8	0.0	6.0	0.6	4.8	0.0	5.4			
GRH	Gestión de recursos humanos	GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	4	3	1	0	4	4.8	3.2	0.0	6.0	4.0	1.8	0.0	5.6			
			El(s) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	2.0	0.0	2.0			
			El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0			
			El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	3	0	3	0	3	0.0	6.0	0.0	6.0	0.0	3.0	0.0	3.0			
GCA	Gestión de la calidad	GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	5	5	0	0	5	10.0	0.0	0.0	10.0	3.0	0.0	0.0	3.0			
			El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	9	5	4	0	9	6.9	11.1	0.0	18.0	5.5	8.3	0.0	13.9			
			El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	8	0	1	7	8	0.0	1.4	14.6	16.0	0.0	0.0	6.3	6.3			
MRA	Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	11	3	7	1	11	3.3	15.4	3.3	22.0	2.8	6.6	3.3	12.7			
			El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas áreas.	9	0	8	0	9	0.0	18.0	0.0	18.0	0.0	14.0	0.0	14.0			
			El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	1.1	6.9	0.0	8.0			
			El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	1.1	6.9	0.0	8.0			
			El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	5	0	5	0	5	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	7.0	0.0	7.0			
			El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	10	4	6	0	10	5.0	15.0	0.0	20.0	0.6	5.0	0.0	5.6			
			El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	1.1	6.9	0.0	8.0			
			El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	3	0	3	0	3	0.0	6.0	0.0	6.0	0.0	5.0	0.0	5.0			
GSD	Gestión de Seguridad ante desastres	GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	7	6	1	0	7	10.5	3.5	0.0	14.0	7.0	3.5	0.0	10.5			
			Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	8	3	5	0	8	3.7	12.3	0.0	16.0	1.2	7.4	0.0	8.6			
			Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	6	5	1	0	6	8.6	3.4	0.0	12.0	5.1	1.7	0.0	6.9			

Establecimiento : 00002990-JULI
 Tipo Establec : II-1
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Período : 1



Cod Maestro	Maneja/Procesos	Cod Estándar	Estándar	Cm. Eval	N° total Criterios					Puntaje Máximo por Estándar					Puntaje obtenido por Estándar				
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T			
ATQ	Atención quirúrgica	EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	5	5	0	0	5	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0	
		EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	3	0	1	2	3	0.0	1.5	4.5	6.0	0.0	1.5	4.5	6.0	0.0	6.0	
		ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas.	5	5	0	0	5	10.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	
		ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario.	4	0	4	0	4	0.0	8.0	0.0	0.0	8.0	0.0	8.0	0.0	0.0	8.0	
DIV	Docencia e Investigación	ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos.	11	1	4	6	11	0.8	6.5	14.7	22.0	0.8	6.5	8.6	15.9	0.0	15.9	
		ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora.	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	1.1	2.3	0.0	3.4	0.0	3.4	
		DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y terapéutico	ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	2	1	1	0	2	1.3	2.7	0.0	4.0	1.3	0.0	0.0	1.3	0.0	1.3	
		ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	
		ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	7	0	6	1	7	0.0	11.2	2.8	14.0	0.0	9.3	1.4	10.7	0.0	10.7	
ADA	Admisión y alta	ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	5	3	2	0	5	4.3	5.7	0.0	10.0	1.4	4.3	0.0	5.7	0.0	5.7	
		ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	8	0	3	5	8	0.0	4.6	11.4	16.0	0.0	3.0	2.3	5.3	0.0	5.3	
		ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integridad.	2	0	1	1	2	0.0	1.6	2.4	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	1	0	1	0	1	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
RCR	Referencia y contrarreferencia	RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	4	4	0	0	4	8.0	0.0	0.0	8.0	7.0	0.0	0.0	7.0	0.0	7.0	
		RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	0.0	4.0	
		RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	4	0	1	3	4	0.0	1.5	6.5	8.0	0.0	0.0	2.2	2.2	0.0	2.2	
		RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	3	3	0	0	3	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	0.0	6.0	
GMD	Gestión de medicamentos	GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario.	5	1	4	0	5	1.1	8.9	0.0	10.0	1.1	8.9	0.0	10.0	0.0	10.0	

Establecimiento : 00002990-JULI
 Tipo Establec : II-1
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Período : 1



Cod Macro	Macroproceso	Cód. Estándar	Estándar	Crit. Eval	N° total Criterios					Puntaje Maximo por Estándar					Puntaje obtenido por Estándar											
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T						
GIN	Gestión de la información	GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	5	0	5	0	5	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	5.0	0.0	5.0	0.0	5.0		
		GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	5	3	2	0	5	4.3	5.7	0.0	10.0	0.0	10.0	2.9	4.3	0.0	0.0	7.1	0.0	7.1	0.0	7.1	0.0	7.1	
		GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	8	6	2	0	8	9.6	6.4	0.0	16.0	3.2	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	3.2	0.0	3.2	0.0	0.0	3.2	
DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	4	0	3	1	4	0.0	5.3	2.7	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, insumos e instalaciones.	3	3	0	0	3	6.0	0.0	0.0	0.0	6.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0
MRS	Manejo del riesgo social	DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	6	0	6	0	6	0.0	12.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y saneamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	4	2	1	1	4	2.3	2.3	3.4	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	4	2	1	1	4	2.3	2.3	3.4	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	4	2	2	0	4	2.7	5.3	0.0	8.0	0.7	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
NYD	Nutrición y dietética	MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	2	0	1	1	2	0.0	1.6	2.4	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	6	3	3	0	6	4.0	8.0	0.0	12.0	2.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
GIM	Gestión de insumos y materiales	NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	4	1	2	1	4	1.0	4.0	3.0	8.0	1.0	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	4	4	0	0	4	8.0	0.0	0.0	8.0	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	4	0	3	1	4	0.0	5.3	2.7	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	9	7	2	0	9	11.5	6.5	0.0	18.0	3.3	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	3	0	3	0	3	0.0	6.0	0.0	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
				122	159	41	322	190.7	349.8	103.5	644.0	117.2	224.5	59.5	401.2											

Cod Estandar	Total	E	P	R
ADA-1	5	3	2	
ADA-2	8		3	5
ADA-3	2		1	1
ADA-4	1		1	
ADT-1	2	1	1	
ADT-2	2		2	
ADT-3	7		6	1
ATA-1	5	3	2	
ATA-2	4	3	1	
ATA-3	3	1	2	
ATA-4	2	1	1	
ATH-1	3	1	2	
ATH-2	3	1	2	
ATH-3	4		2	2
ATH-4	5	2	2	1
ATH-5	2		1	1
ATH-7	7	1	3	3
ATQ-1	5	5		
ATQ-2	4		4	
ATQ-3	11	1	4	6
ATQ-4	4	1	3	
CGP-1	2	2		
CGP-2	13	3	9	1
DIR-1	8	5	2	1
DIR-2	3	1	2	
DLDE-1	3	3		
DLDE-2	6		6	
DLDE-3	4	2	1	1
DLDE-4	4	2	1	1
EIF-1	9	7	2	
EIF-2	3		3	
EMG-1	6	6		
EMG-2	5	5		
EMG-3	3		1	2
GCA-1	5	5		
GCA-2	9	5	4	
GCA-3	8		1	7
GIM-1	4	4		
GIM-2	4		3	1
GIM-3	8	6	2	
GIM-4	2		2	
GIM-5	4		3	1
GMD-1	5	1	4	
GMD-2	5		5	
GMD-3	5	3	2	
GRH-1	4	3	1	
GRH-2	2		2	
GRH-3	2	2		
GRH-4	3		3	
GSD-1	7	6	1	
GSD-2	8	3	5	
GSD-3	6	5	1	
MRA-1	11	3	7	1
MRA-2	9		9	
MRA-3	4	1	3	
MRA-4	4	1	3	
MRA-5	5		5	
MRA-6	10	4	6	
MRA-7	4	1	3	
MRA-8	3		3	
MRS-1	4	2	2	
MRS-2	2		1	1
NYD-1	6	3	3	
NYD-2	4	1	2	1
RCR-1	4	4		
RCR-2	2	2		
RCR-3	4		1	3
RCR-4	3	3		



CodMac	Total	E	P	R
ADA-1	5	2	3	
ADA-2	6		4	2
ADA-3	0		0	0
ADA-4	0		0	
ADT-1	2	2	0	
ADT-2	4		4	
ADT-3	11		10	1
ATA-1	10	6	4	
ATA-2	8	6	2	
ATA-3	3	0	3	
ATA-4	4	2	2	
ATH-1	6	2	4	
ATH-2	4	0	4	
ATH-3	8		4	4
ATH-4	10	4	4	2
ATH-5	3		2	1
ATH-7	10	2	2	6
ATQ-1	10	10		
ATQ-2	8		8	
ATQ-3	17	2	8	7
ATQ-4	4	2	2	
CGP-1	2	2		
CGP-2	12	3	8	1
DIR-1	8	3	2	1
DIR-2	5	1	4	
DLDE-1	2	2		
DLDE-2	8		8	
DLDE-3	2	0	0	2
DLDE-4	4	3	0	1
EIF-1	6	4	2	
EIF-2	1		1	
EMG-1	12	12		
EMG-2	10	10		
EMG-3	6		2	4
GCA-1	3	3		
GCA-2	14	8	6	
GCA-3	6		0	6
GIM-1	6	6		
GIM-2	6		4	2
GIN-1	4	4	0	
GIN-2	0		0	
GIN-3	0		0	0
GMD-1	10	2	8	
GMD-2	5		5	
GMD-3	7	4	3	
GRH-1	6	5	1	
GRH-2	2		2	
GRH-3	4	4		
GRH-4	3		3	
GSD-1	10	8	2	
GSD-2	8	2	6	
GSD-3	7	6	1	
MRA-1	13	5	6	2
MRA-2	14		14	
MRA-3	8	2	6	
MRA-4	8	2	6	
MRA-5	7		7	
MRA-6	5	1	4	
MRA-7	8	2	6	
MRA-8	5		5	
MRS-1	5	1	4	
MRS-2	4		2	2
NYD-1	6	3	3	
NYD-2	5	2	3	0
RCR-1	7	7		
RCR-2	4	4		
RCR-3	2		0	2
RCR-4	0	0		



od Macroproces	Total	E	P	R
ADA	16	3	7	6
ADT	11	1	9	1
ATA	14	8	6	
ATH	24	5	12	7
ATQ	24	7	11	6
CGP	15	5	9	1
DIR	11	6	4	1
DLDE	17	7	8	2
EIF	12	7	5	
EMG	14	11	1	2
GCA	22	10	5	7
GIM	8	4	3	1
GIN	14	6	7	1
GMD	15	4	11	
GRH	11	5	6	
GSD	21	14	7	
MRA	50	10	39	1
MRS	6	2	3	1
NYD	10	4	5	1
RCR	13	9	1	3

