



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

Red De Salud Huancané

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

Huancané, 16 de Diciembre del 2024

OFICIO N° 625 -2024/SGCS-REDESS HUANCANE/DIRESA PUNO

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

ATENCIÓN : DIRECCION DE GESTION DE CALIDAD – DIRESA PUNO

ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION INTERNA 2024, COMPROMISO DE MEJORA FICHA N° 44, REDESS HUANCANÉ.

Por intermedio del presente es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente con la finalidad de poner en su conocimiento, que se REMITE EL INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION INTERNA 2024, conformidad del cumplimiento de criterios del COMPROMISO DE MEJORA DE FICHA N° 44 de la Red de Salud Huancané, para lo cual **adjunto**:

- Informe técnico de autoevaluación interna 2024, de los establecimientos del primer nivel de atención, conformidad del cumplimiento de criterios del compromiso de mejora **ficha 44**. del convenio de gestión 2024.
- Informe técnico de autoevaluación interna del Hospital Lucio Aldazabal Pauca II-1.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



[Handwritten signature]
DIRECTOR





Gobierno
Regional Puno

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

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

Huancané, 16 de diciembre 2024.

**INFORME N° 014 - 2024/ GESTION DE CALIDAD EN SALUD/HOSPITAL-LAP- HUANCANE/
DIRESA- PUNO**

**PARA : DR. DENIS FRISANCHO MARTINEZ,
DIRECTOR HOSPITAL LAP HUANCANE.**

PRESENTE :

ATENCION : COORDINACION SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

**ASUNTO : INFORME TECNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION
Hospital Lucio Aldazabal Pauca del año 2024.**

Me es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente, con la finalidad de remitir el informe técnico del proceso de autoevaluación para la acreditación Hospital Lucio Aldazabal Pauca del año 2024, contenido que conlleva a las actividades de líneas de acción de la RM N° 519-2006/MINSA, para fines subsiguientes. se adjunta:

- Informe técnico del proceso de autoevaluación Hospital Lucio Aldazabal Pauca del año 2024.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle a usted las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.

Atentamente:


Elizabeth Flores Aceituno
LIC. EN ENFERMERIA
C.B.P. 63276

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO REDESS - HUANCANÉ HOSPITAL "LUCIO ALDAZABAL PAUCA"	
FECHA:	17 DIC 2024
EXP. N°	494
FOLIOS	15



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO RED DE SALUD HUANCANE



INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION DEL
HOSPITAL LAP HUANCANE
2024



ÍNDICE

<u>PRESENTACION</u>	1
<u>BASE LEGAL</u>	3
<u>ALCANCES</u>	3
<u>METODOLOGIA DE EVALUACION</u>	3
<u>CUMPLIMIENTO DEL PLAN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION</u>	4
<u>RECURSOS E INSTRUMENTOS</u>	5
<u>RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION</u>	5
<u>INFORMACION BASICA</u>	6
<u>CONCLUSIONES</u>	7
<u>RECOMENDACIONES</u>	7



INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL LAP HUANCANÉ

I. PRESENTACION

El presente informe se centra en el proceso y resultados de la fase de Autoevaluación para la acreditación del HOSPITAL LAP HUANCANE (nivel y categoría II-1) de la RED DE SALUD HUANCANE, habiéndose realizado este proceso con:

Fecha de inicio de autoevaluación : 05 de setiembre del 2024
Fecha de término de autoevaluación : 29 de setiembre del 2024

Este proceso se llevó a cabo siendo las directrices de la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y el “Listado de Estándares de Calidad”; durante el proceso se contó con la orientación y guía de la responsable de Calidad.

Este documento permitirá obtener las herramientas para la implementación y cumplimiento de los estándares del modelo de calidad según el ministerio de salud, así lograr resultados tangibles como diseñar los planes de mejora continua de la calidad.

La oficina de gestión de la calidad es la unidad orgánica encargada de promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal. Es por ello que uno de los ejes estratégicos de la oficina es el proceso de autoevaluación en el marco de la acreditación, y como un indicador del convenio de gestión, para mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis a la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad por la época de pandemia por covid-19.

En contexto de mejorar la calidad de los servicios de salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total. En ese sentido, el proceso de acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad. En nuestra realidad y en tiempos de pandemia, por la priorización



de otras actividades enmarcadas con resolución ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la "norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"(NTS N°050-MINSA/DGSP-V02),cuya finalidad es contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales de 22 macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

El presente informe detalla los resultados obtenidos de la autoevaluación interna realizada en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca del año 2024 de la Red de la salud Huancané, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, identificando oportunidades de mejora continua en todos los procesos asistenciales y administrativas.

II.FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital LAP HUANCANE, a través del proceso de evaluación interna. Esto se logrará generando una dinámica de mejora continua y garantizando el cumplimiento de los criterios establecidos. La meta es que estos criterios sean adoptados en la práctica diaria, lo que resultará en una mejora significativa en la calidad de las atenciones.

III.OBJETIVOS

GENERAL

Planificar y ejecutar las actividades necesarias para llevar a cabo la autoevaluación institucional 2024, asegurando el cumplimiento de los estándares y criterios definidos en los diversos macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud actual y aplicable.

ESPECIFICOS

- Sensibilizar a la dirección ejecutiva y al equipo de gestión (jefes de departamentos, servicios, áreas y unidades) sobre la relevancia del Plan de Autoevaluación, proceso de autoevaluación, garantizando su compromiso y participación en todas las actividades planificadas.



- Proporcionar capacitación adecuada al equipo de evaluadores internos, sobre los estándares y criterios de la Norma Técnica de Salud para la acreditación, así como sobre el proceso de autoevaluación en sí.
- Identificar los diferentes macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud y asignar responsables para cada uno de ellos.
- Recolectar la información necesaria para evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios en cada uno de los macroprocesos identificados.
- Realizar una evaluación exhaustiva de cada uno de los macroprocesos, en las unidades orgánicas correspondientes, comparando su desempeño con los estándares y criterios establecidos en la Norma Técnica de Salud (teniendo en cuenta que nuestro hospital pertenece al nivel II-2).
- Analizar la información del proceso de autoevaluación e identificar las áreas en las que se observen deficiencias o incumplimientos de los estándares y criterios, y proponer acciones correctivas o de mejora.
- Realizar un seguimiento continuo de la implementación de las acciones de mejora y revisar periódicamente el progreso realizado en el cumplimiento de los estándares y criterios establecidos.
- Elaborar un informe final con los resultados de la autoevaluación y las acciones de mejora propuestas, para ser presentado a las instancias correspondientes.

IV.BASE LEGAL

- Ley N°26842- Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "norma técnica de salud para la atención de acreditación de los establecimientos de salud de servicios médicos de apoyo"
- R.M. N°914-2010/MINSA APROBADO LA NST N°021-MINSA/DGSP V02" Categoría de establecimientos de sector salud".
- Decreto legislativo N° 1161, aprueba la ley de organización y funciones de ministerio de salud.
- D.S. N°023-2005-SA, aprueban el reglamento de organizaciones y funciones del ministerio de salud.



- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud categoría III-1 Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO dependiendo del nivel de categorización.
- R.D. N° 182-2023-D-REDESS-H/URH.comite de acreditación
- R.D. N° 276-2023-D-REDESS-H/URH, aprueba plan de autoevaluación de los establecimientos de salud de la Red Huancané.
- Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios medico de apoyo.
- Resolución ministerial N° 183-2023-D-REDESS-H/URH. que aprueba equipo de evaluadores internos de la Red Huancané.

V. ALCANCE

La autoevaluación interna es de aplicación obligatoria en la Provincia de Huancané que cuenta con un Hospital Categoría II-1.

N°	NOMBRES DEL EE.SS	CATEGORIA	RENIPRES
I	HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA	II-1	3068

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION

La autoevaluación, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación se realizó siguiendo las disposiciones establecidas en la “guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” aprobada mediante la resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, el equipo de evaluadores internos del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, utilizo diversas técnicas de verificación que les permitió evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **Verificación/revisión de documentos:** es toda fuente escrita, que permite obtener información para el análisis de los registros e informes del establecimiento.
- **Observación:** acción que permite visualizar como el personal se desenvuelve en su puesto de trabajo y entorno.



**GOBIERNO
REGIONAL PUNO**

**Dirección Regional
de Salud Puno**

Red de Salud Huancané

Equipo de Evaluadores Internos del Hospital LAP Huancané

Nro.	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
1	PRESIDENTE	DENIS LUIS FRISANCHO MARTINEZ	MEDICO CIRUJANO
2	SECRETARIA	CELY MERCY LUQUE JUSTO	ENFERMERA
3	VOCAL	DAVID RUFO FLORES MAMANI	ENFERMERO

**IX. CONSOLIDACION DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL LUCIO
ALDAZABAL PAUCA**

N°	NOMBRES DEL EE.SS	CATEGORI A	RENIPRES	PUNTAJE FINAL	CLASIFICACION
1	HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA	II-1	3068	67	No aprobado -subsistir en 9 meses (50%-65%)

X. OBSERVACIONES:

N°	MACROPROCESO	OBSERVACIÓN
1	Direccionamiento	No ha definido ni ha comunicado su Plan estratégico.
2	Gestión de la calidad	No tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).
3	Manejo del Riesgo de la atención	No cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.
4	Gestión de Seguridad ante desastres.	No se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.
5	Atención ambulatoria	No cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.
6	Atención Hospitalaria	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica, se encuentran menos del 70%
7	Admisión y alta	No se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.
8	Gestión de insumos y materiales	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales en menos del 60% de los procesos de adquisición.



**GOBIERNO
REGIONAL PUNO**

**Dirección Regional
de Salud Puno**

Red de Salud Huancané

9	Gestión de equipos e infraestructura	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. Solo lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio.
---	--------------------------------------	---

XI. PUNTAJE ALCANZADO:

El puntaje final fue de 67% de autoevaluación para la acreditación. Además, se identificó la necesidad de implementar acciones de mejora sobre los macroprocesos que obtuvieron puntaje menor del 85%.

XII. RECOMENDACIONES

N°	MACROPROCESO	OBSERVACIÓN	RECOMENDACIONES
1	Direccionamiento	No ha definido ni ha comunicado su Plan estratégico.	DEFINIR Y COMUNICAR CON MATERIAL VISIBLE Y EL PERSONAL CONOCE E IDENTIFICA EL COMPROMISO INSTITUCIONAL.
2	Gestión de la calidad	No tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).	PUBLICAR los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).
3	Manejo del Riesgo de la atención	No cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.	Contar con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.
4	Gestión de Seguridad ante desastres.	No se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.	Realizar la señalización correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.
5	Atención ambulatoria	No cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.	Realiza una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.
6	Atención Hospitalaria	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica, se encuentran menos del 70%	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica, deberán de superar el 70%
7	Admisión y alta	No se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.	Registrar y monitorear el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.
8	Gestión de insumos y materiales	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales en menos del 60% de los procesos de adquisición.	Realizar un registro de la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales deberá de superar el 60% de los procesos de adquisición.



9	Gestión de equipos e infraestructura	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. Solo lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio.	Todas las jefaturas de servicio deberán de realizar el plan de mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.
---	--------------------------------------	---	---

XIII. FUNCIONES CUMPLIDAS

- Monitoreo y seguimiento del proceso de autoevaluación desarrollo en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.
- Se cumplió con todos los procesos de evaluación interna
- Calificación objetiva y concordada entre los miembros de evaluadores.
- Concordar los tiempos para la mejora correspondientes con los trabajadores del establecimiento.
- También se determinó a los responsables para el cumplimiento de la mejora.
- Adjuntamos los reportes del aplicativo, con calificación por criterios y macroprocesos con el puntaje del resultado final que detalla NO aprobado y Aprobado.

XIV. CONCLUSIONES

- Se concluye que el Hospital Lucio Aldazabal Pauca ha cumplido con el proceso de autoevaluación, el cual representa un 98% de cumplimiento.
- Pese a los inconvenientes que se haya tenido se ha efectuado el proceso de autoevaluación del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, se ha logrado gracias al compromiso del equipo de evaluadores internos y de las jefaturas de los establecimientos de salud evaluadas.
- Se observa que muchos de los criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos se encuentran desactualizados.

XV. RECOMENDACIONES

- El proceso de autoevaluación de establecimientos de salud, es un proceso constante de mejora, motivo por el cual se recomienda a las UPPS del Hospital



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

Lucio Aldazabal Pauca, mantener el compromiso de apoyo y cumplimiento de cada una de las recomendaciones por macroprocesos, mantener el compromiso de apoyo y cumplimientos de cada una de las recomendaciones por macroprocesos.

- Los jefes de servicios y el personal de salud, levantar las observaciones e implementar las recomendaciones emitidas en el plazo establecido, de acuerdo a los resultados obtenidos.
- A los jefes de servicios, difundir los resultados de la autoevaluación fin de generar conciencia en el personal de salud, para concebir la autoevaluación como un proceso que debe ser abordado con responsabilidad como una tarea permanente, con el único fin de lograr la acreditación, ello significa garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.

Es cuanto informamos para su conocimiento y de más fines

Atentamente:



Lic. David R. Flores Monreal
C.P. 51024
JEFE DE ENFERMERIAS
REGRES - HUANCANE



Lic. Carmen Lidia Justo
ENFERMERA
C.E.P. 101755
SERVICIOS DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD HUANCANE
HOSPITAL LA HUANCANE 1
DIRECCION
DENIZ L. FRANCHO MAK
C.E.P. 10175
DIRECTOR



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

ANEXOS

- Reporte semaforizado del Aplicativo de Acreditación (debe ser sellado y firmado por el gerente)

00003068-HOSPITAL LUCIO /

II-1

AutoEvaluación

2024

4

Establecimiento :
 Hospital Lucio

Fecha de Evaluación :
 2024

Objetivo :
 Autoevaluación

Alcance :
 Todo

MACROPROCESO CATEGORÍAS

Macroprocesos	Criterios evaluados			Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	E	P	R	T	%	Total						
Asesoramiento	11	6	4	1	11	52.48	44.76	85.29	202.06	136.75	67.66	
Asignación de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	39.36	100.00				
Atención de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	14.00	30.49				
Atención de riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	29.52	64.29				
Atención de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	8.20	62.50				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	19.55	59.62				
Clinica ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	24.11	52.50				
Clinica extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Clinica de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	24.34	53.00				
Clinica de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	35.04	76.32				
Clinica quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	38.59	84.04				
Clinica e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Clinica diagnóstica y terapéutica	11	1	9	1	11	16.40	10.44	63.64				
Clinica de fisioterapia y alta	16	3	7	6	16	16.40	9.37	57.14				
Clinica de transfusión	13	9	1	3	13	16.40	14.76	90.00				
Clinica de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	14.19	86.54				
Clinica de la información	14	6	7	1	14	16.40	7.84	47.83				
Clinica de contaminación, Limpieza, Infección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	9.05	55.17				
Clinica de riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	13.42	81.82				
Clinica de dietética	10	4	5	1	10	16.40	14.95	91.18				
Clinica de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	7.57	46.15				
Clinica de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	5.31	32.35				
Total	328	128	159	41	328	577.28	384.38		577.28	384.29		
											67	

RESULTADO FINAL

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

Calificaciones :

NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)

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

NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)

Aprobado (85% o más)

[Signature]

Dr. Jorge Pérez Ríos
 JEFE DE EVALUACIÓN
 MEDIO HUMANOS

[Signature]

Dr. Víctor Luis Justo
 ENFERMERA
 CEP 161755
 SERVICIOS DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL LUCIO
 DIRECCIÓN
 VENTURA PARRA
 DIRECTOR