



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL
MANUEL ALVARADO
PUNO

00000000000000000000

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

Puno, 10 de diciembre del 2024.

OFICIO N° **003129** -2024-D-HR "MNB" PUNO

SEÑOR:

M.C. Jean Paul Guillermo Valencia Reinoso
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Presente.-



ATENCION: DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO: REMITO INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 Y EL ARCHIVO EXCEL DE RESULTADOS.

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez remitir el INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024, elaborado según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador en cumplimiento con lo establecido 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 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 44, criterio 4 establece que el informe Técnico de Autoevaluación y el archivo Excel de resultados emitido por el aplicativo para la Acreditación, deben ser remitidos a la instancia superior correspondiente RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS y a través de ellas a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto.

Reiterándole mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
DR. EDUARDO CALDERON MAMANI
CAR. 25701-RNE. 30840
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO





RESOLUCION DIRECTORAL QUE CONFORMA EL EQUIPO DE ACREDITACION



Resolución Directoral



Mra. Lita C. Castro
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
SUB-DIRECCIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

Puno, 30 de Abril del 2024.

VISTOS: El expediente N° 2901, el OFICIO N° 00014-2024-OGC-HR "MNB" PUNO y el MEMORANDUM N° 761-2024-D-HR "MNB" PUNO.

CONSIDERANDO:

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

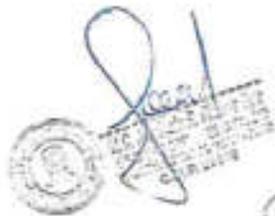
Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad en Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V0.2 Volumen I aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo indica que el Equipo de Acreditación del Establecimiento de Salud, público o privado debe estar conformado por un equipo designado por la Dirección o





Resolución Directoral



Puno, 30 de Abril del 2024.

la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso.

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA indica que el Equipo de Acreditación es designado por la autoridad institucional, la misma que dispone su conformación. En los establecimientos de salud categoría II-1 hasta III-2, estará integrado por cada uno de los jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento o por quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contará con un Coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del establecimiento de salud.

Que, el artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón aprobado con Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, y que en su literal d) señala que es función general de este nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención especializada de salud, estableciendo normas y parámetros necesarios;

Que, 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 los Criterios Técnicos para su Aplicación e Implementación, para Percibir la Entrega Económica Anual a la que hace Referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los Estándares de Calidad en la atención de salud corresponde contar con el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos designados formalmente con Acto Resolutivo.

Que, a través del OFICIO N° 00014-2024-OGC-HR "MNB" PUNO, la jefe de la Oficina de Gestión de Calidad solicita la Conformación del Comité de Acreditación 2024 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón;

Que, con MEMORANDUM N° 761-2024-D-HR "MNB" PUNO de fecha 8 de abril del año 2024, la Dirección del Hospital Regional "MNB" autoriza a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad proyectar la Resolución Directoral para la Conformación del Comité de Acreditación 2024 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón;



Resolución Directoral



Puno, 30 de ABRIL del 2024

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28339; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y complementada por leyes N° 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; que de conformidad con la Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP del Gobierno Regional Puno que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Dirección Regional de Salud de Puno;



Estando informado por la Oficina de Gestión de la Calidad con la opinión favorable de la Sub Dirección, Oficina de Administración y el visto bueno de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR EL COMITÉ DE ACREDITACIÓN 2024 DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución constituido por:



DIRECTOR	PRESIDENTE
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SECRETARÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS	MIEMBRO
JEFE DEL DEP. DE CENTRO QUIRURGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACION	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGÍA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	MIEMBRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	MIEMBRO
JEFE DEL DEP. DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	MIEMBRO

ARTÍCULO 2° Encárguese a la unidad correspondiente la publicación en el Portal de la Institución.

Regístrese y comuníquese.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO



RESOLUCION DIRECTORAL QUE CONFORMA EL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



Resolución Directoral



Puno, 30 de ABRIL del 2024.

VISTOS: El expediente N° 2902, el OFICIO N° 00015-2024-OGC-HR"MNBPUNO y el MEMORANDUM N° 762-2024-D-HR "MNB" PUNO.

CONSIDERANDO:

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

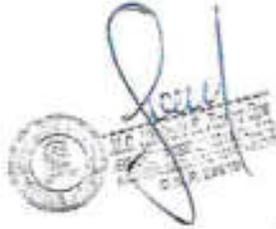
Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que el Director Médico o el responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad en Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V0.2 Volumen I aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo indica que los evaluadores internos realizan la evaluación





Resolución Directoral



Puno, 30 de ABRIL del 2024.

interna o autoevaluación en los límites del establecimiento de salud/microrred o servicio médico de apoyo donde laboran, aplicando los estándares de acreditación.

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA indica la selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional aplicando los criterios de selección, se cuenta con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso.

Que, el artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón aprobado con Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, y que en su literal d) señala que es función general de este nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención especializada de salud, estableciendo normas y parámetros necesarios;

Que, el Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir en el Año 2024, los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace Referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los Estándares de Calidad en la atención de salud corresponde contar con el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos designados formalmente con Acto Resolutivo.

Que, a través del OFICIO N° 00015-2024-OGC-HR"MNB"PUNO, la jefe de la Oficina de Gestión de Calidad solicita la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2024 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón;

Que, con MEMORANDUM N° 762-2024-D-HR "MNB" PUNO de fecha 8 de abril del año 2024, la Dirección del Hospital Regional "MNB" autoriza a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad proyectar la Resolución Directoral para la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2024 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28339; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y complementada por leyes N° 27902,





Resolución Directoral



Puno, 30 de Abril del 2024.

28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región, que de conformidad con la Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP del Gobierno Regional Puno que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Dirección Regional de Salud de Puno;

Estando informado por la Oficina de Gestión de la Calidad con la opinión favorable de la Sub Dirección, Oficina de Administración y el visto bueno de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR EL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2024 DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución constituido por:

DIRECTOR

JEFE DE OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
ADMINISTRADOR

JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGOS

COORDINACION DEL CENTRO DE PREVENCION DE EMERG. Y DESAST.

ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

JEFE. DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INV.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PAT. CLIN., ANAT. PAT

JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

JEFE DEL AREA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA

JEFE DE LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETETICA

JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

PRESIDENTE

SECRETARÍA

MIEMBRO

ARTÍCULO 2° Encárguese a la unidad correspondiente la publicación en el Portal de la Institución.

Regístrese y comuníquese.

Dr. Juan Pablo G. VALDERRAMA
CNP 50181-RNL 47062



RESOLUCION DE APROBACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION



Resolución Directoral

Puno, 30 de ABRIL del 2024.

VISTOS: El expediente N° 2903, el OFICIO N° 00016-2024-OGC-HR"MNBS" PUNO y el MEMORANDUM N° 763-2024-D-HR "MNB" PUNO.

CONSIDERANDO:

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

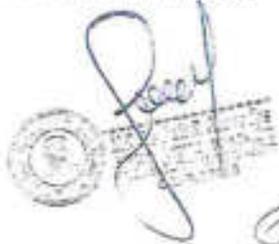
Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad en Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V0.2 Volumen I aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y





Resolución Directoral

Puno, 30 de ABRIL del 2024.

Servicios Médicos de Apoyo indica que el Jefe del Establecimiento de Salud lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación. Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA indica que para la evaluación interna se debe elaborar un Plan de Evaluación y un Informe Técnico de Evaluación que deben ser formulados por el Equipo Evaluador seleccionado y presentados a la Autoridad Institucional correspondiente según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Que, el artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón aprobado con Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, y que en su literal d) señala que es función general de este nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención especializada de salud, estableciendo normas y parámetros necesarios;

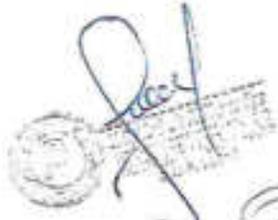
Que, Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, que en su ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los Estándares de Calidad en la atención de salud corresponde contar con Plan de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador aprobado con Acto Resolutivo o documento oficial.

Que, a través del OFICIO N° 00016-2024-OGC-HR-MNB-PUNO, la jefe de la Oficina de Gestión de Calidad solicita la Aprobación del Plan de Autoevaluación 2024.

Que, con MEMORANDUM N° 763-2024-D-HR "MNB" PUNO de fecha 8 de abril del año 2024, la Dirección del Hospital Regional "MNB" autoriza a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad proyectar la Resolución Directoral para la Aprobación del Plan de Autoevaluación 2024; n

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28339; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y complementada por leyes N° 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce a los Directores





Resolución Directoral



Puno, 30 de ABRIL del 2024.



Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; que de conformidad con la Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP del Gobierno Regional Puno que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Dirección Regional de Salud de Puno;

Estando informado por la Oficina de Gestión de la Calidad con la opinión favorable de la Sub Dirección, Oficina de Administración y el visto bueno de Asesoría Legal;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

ARTÍCULO 2° Encárguese a la unidad correspondiente la publicación en el Portal de la Institución.

Regístrese y comuníquese.

Dr. MARCELO VILCASHIMUNO
CMT 80891406 47083
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." PUNO



OFICIO DE COMUNICACIÓN DE INICIO Y TÉRMINO DE AUTOEVALUACION



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO REGIONAL
DE SALUD PUNO

CARGO

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

Puno, 27 de mayo del 2024.

OFICIO N° 001473 -2024-D-HR "MNB" PUNO

SEÑOR:

M.C. Edwin Wilbert Corrales Mejía
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Presente.-

ATENCIÓN: DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO: COMUNICO INICIO Y TERMINO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACIÓN 2024.

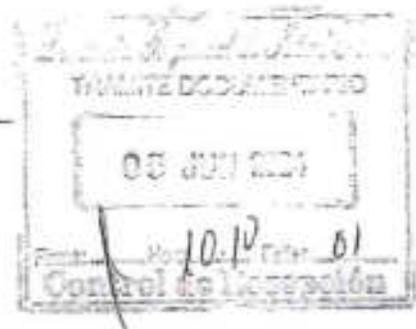
Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez comunicar que el día lunes 10 de junio se dará inicio al proceso de autoevaluación para la acreditación 2024 y, que según cronograma, se culmina el día 27 de diciembre del año en curso en cumplimiento con lo establecido en el Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 44, criterio 3 establece que los establecimientos de salud comunican formalmente el Inicio de Autoevaluación 2024 (fecha de inicio) a su instancia superior correspondiente DIRESA/GERESA/DIRIS quien a su vez lo reportará a la UFGCS-DVMPAS.

Reiterándole mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD
DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD
DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO



**INFORME TÉCNICO FINAL DE
AUTOEVALUACIÓN 2024**

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Contenido

1. PRESENTACIÓN	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. ALCANCE	5
4. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN	5
5. EQUIPO EVALUADOR	7
6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN	8
7. OBSERVACIONES.....	8
8. PUNTAJE ALCANZADO	10
9. RECOMENDACIONES.....	12
10. ANEXOS.....	13



1. PRESENTACIÓN

El proceso de Autoevaluación Interna periódica, basada en la comparación del desempeño de la gestión con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados en la Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad.

Los resultados permitirán adoptar estrategias y mitigar el riesgo de eventos adversos, el uso eficiente y eficaz de los recursos; así como, mejorar la confianza de los usuarios e incrementar su satisfacción por los servicios que reciben.

El proceso de Autoevaluación Interna realizada en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 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 macroprocesos evaluados en el establecimiento, y el resultado es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares.

El Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, ejecutó el proceso de Autoevaluación del 10 de junio al 27 de diciembre del año 2024 obteniendo un puntaje general de 72%, lo que ubica al establecimiento de salud en el rango de "no aprobado" la Norma Técnica indica, en este caso se debe subsanar en 6 meses.

El proceso de autoevaluación interna se llevó a cabo conforme los objetivos establecidos en el Plan de Autoevaluación del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2024 aprobado con Resolución Directoral N° 336-2024-D-HR "MNB"-P-U.RR.HH. y se siguió la metodología formulada en la Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se ejecutó técnicas como la entrevista, análisis documentario, 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 Regional Manuel Núñez Butrón es responsable del desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos, dentro de un proceso dinámico que se desarrolló 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 prestación de servicios.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar la Autoevaluación para el proceso de Acreditación del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2024.

Objetivos Específicos

- Difundir el proceso y listado de estándares de acreditación en las diferentes UPSs.
- Realizar visitas de autoevaluación a través del despliegue de los equipos de evaluadores internos según cronograma.
- Aplicar la ficha de recolección de datos en las Unidades orgánicas visitadas.
- Vaciar los datos recolectados en el aplicativo de Acreditación.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad a través de criterios establecidos por cada Macro proceso.
- Realizar el análisis de resultados del aplicativo mostrando las observaciones y recomendaciones de los criterios no cumplidos.
- Elaborar el informe técnico y socializar los resultados de la autoevaluación.

3. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todas las Unidades Productoras de Servicios Asistenciales y administrativas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

4. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

Durante el proceso de Autoevaluación el Equipo de Evaluadores Internos aplicó la observación directa, muestreo, encuestas, para evidenciar y /o verificar los criterios de evaluación de la lista de estándares.

El documento técnico utilizado fue el listado de estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que corresponden a los Establecimientos de Categoría II-2.



La metodología de autoevaluación involucró:

- La determinación de las fuentes auditables, para lo cual se utilizó la “hoja de registro del evaluador”.
- Verificación y análisis de documentos normativos sectoriales, regionales e institucionales que regulan la gestión de los procesos de atención del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- Establecidas las fuentes auditables, las técnicas utilizadas y los documentos que sustentarían los cumplimientos de los estándares correspondientes; los equipos iniciaron el proceso de autoevaluación aplicando las cinco técnicas propuestas, pero hubo mayor predominio de la revisión documentaria y las entrevistas.
- El cronograma para el trabajo de campo según macroproceso se realizó según la programación del Plan de autoevaluación, la que en muchas ocasiones estuvo frustrado por la poca disponibilidad de tiempo del equipo evaluador quienes desempeñan roles de trabajo asistencial por lo que se tuvo que suplir faltas, después de ejecutar la Autoevaluación los responsables de cada equipo revisaron las observaciones y sugerencias dadas por cada criterio.
- Los instrumentos de aplicación fueron adaptados para mayor operatividad de los equipos, incorporando a la hoja de puntajes los siguientes parámetros: técnica utilizada y sustento lo que permitió una mejor visualización de los ítems y sus resultados evaluados.
- Se encuentra aceptación de la autoevaluación por parte del personal asistencial sin embargo en el área administrativa se tuvo postergación de fechas programadas pese a la comunicación previa del proceso de autoevaluación mediante oficios y coordinaciones personales, así mismo se pudo percibir múltiples justificaciones ante el incumplimiento de los criterios de evaluación.
- La evaluación se realizó por cada equipo, asignando puntuación a cada criterio calculando el puntaje global para cada problema y detectando las inconsistencias.
- Todos los equipos coinciden en que el tiempo fue insuficiente para realizar la autoevaluación.



5. EQUIPO EVALUADOR

El equipo evaluador estuvo constituido por miembros aprobados con Resolución Directoral, sin embargo por situaciones de cambios en las jefaturas de departamento, servicios y unidades orgánicas se tuvo personal de apoyo y/o representantes quienes conformaron los diferentes equipos.

CATEGORIA	MACROPROCESO	RESPONSABLE SUB EQUIPO	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	RESPONSABLES EVALUADOS	
GERENCIALES	Direccionamiento	C.D. Luis Pineda Hinojosa	M.C. Maricela Pizarro Ope C.D. Luis Pineda Hinojosa Lic. Yaneth Japura Ccallo Obs. Edith Bailon Velasquez Lic. Liliana Chavez Velasquez	M.C. Grover Calderon Mamani	
	Gestión de recursos humanos	M.C. Maricela Pizarro Ope	Abog. Dante Jara Zubieta M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Abog. Dante Jara Zubieta	
	Gestión de la calidad	Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Maricela Pizarro Ope Obs. Edith Bailon Velasquez Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Maricela Pizarro Ope	
	Manejo del riesgo de la atención	C.D. Luis Pineda Hinojosa	M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Lic. Fidela Cahuana Baca	
	Gestión de Seguridad ante desastres	M.C. Maricela Pizarro Ope	M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Lic. Fidela Cahuana Baca	
	Control de la gestión y prestación	Lic. Yaneth Japura Ccallo	A.S. Flora Ponce Cordero M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	A.S. Flora Ponce Cordero	
	PRESTACIONALES	Atención ambulatoria	C.D. Luis Pineda Hinojosa	Lic. Guadalupe Serruto Colque M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Lic. Liliana Chávez Velásquez
		Atención de hospitalización	M.C. Maricela Pizarro Ope	M.C. Luis Antonio Maldonado Neira M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Luis Antonio Maldonado Neira
		Atención de emergencias	Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Rendo Loza Peña M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Rendo Loza Peña
		Atención quirúrgica	C.D. Luis Pineda Hinojosa	M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Jose Colla Cutimango
APOYO		Docencia e Investigación	M.C. Maricela Pizarro Ope	M.C. Milagros Elsa Arizaca Ascarrunz C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Milagros Elsa Arizaca Ascarrunz
	Apoyo diagnóstico y tratamiento	Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Dante Ramos Tello M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Dante Ramos Tello	



Admisión y alta	C.D. Luis Pineda Hinojosa	Ing* Yanira Esquivel Velasquez M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Ing* Yanira Esquivel Velasquez
Referencia y contraferencia	M.C. Maricela Pizarro Ope	Lic. Marivel Mena Mendoza M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Lic. Marivel Mena Mendoza
Gestión de medicamentos	Lic. Yaneth Japura Ccallo	Q.F. Fredy Frisancho Martínez M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Q.F. Fredy Frisancho Martínez
Gestión de la información	C.D. Luis Pineda Hinojosa	Ing* Yanira Quispe Esquivel M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Ing* Yanira Quispe Esquivel
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	M.C. Maricela Pizarro Ope	M.C. Jose Coña Cutimango M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	M.C. Jose Coña Cutimango
Manejo del riesgo social	Lic. Yaneth Japura Ccallo	A.S. Flora Ponce Cordero M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	A.S. Flora Ponce Cordero
Manejo de nutrición de pacientes	C.D. Luis Pineda Hinojosa	Lic. Ines Llanqui Condori M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	Lic. Ines Llanqui Condori
Gestión de insumos y materiales	M.C. Maricela Pizarro Ope	CPC Lourdes Maron Mamani M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	CPC Lourdes Maron Mamani
Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Yaneth Japura Ccallo	TAP. Alejandro Luque Salinas M.C. Grover Calderon Mamani C.D. Luis Pineda Hinojosa M.C. Maricela Pizarro Ope Lic. Yaneth Japura Ccallo	TAP. Alejandro Luque Salinas

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El Plan de autoevaluación se ha cumplido en tiempo programado, los evaluadores internos que desarrollan sus actividades asistenciales se han visto limitados para poder asistir regularmente al proceso de autoevaluación sin embargo se llevó a cabo con el apoyo de representantes capacitados.

7. OBSERVACIONES

Cod_Criterio	OBSERVACIONES
ADA2-7	No Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.
ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen y ni aplican programas de control de calidad.



ADT3-5	No se cuantifica, ni se analiza y ni se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.
DLDE1-3	El establecimiento no tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.
DLDE2-6	No se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
DLDE3-3	No se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.
DLDE4-4	No se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora.
EIF1-7	No se cuenta y ni se aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
EIF1-8	No se cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.
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 es aplicado.
EIF2-2	No se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.
EIF2-3	No se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.
DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia no se elaboran, ni conservan y actualizan según un procedimiento documentado.
GCA2-5	No se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), ni se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar. . .
GCA3-3	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel no es el esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-4	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel no es el esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-5	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel no es el esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-7	No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel no es el esperado para el establecimiento de salud.
GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.
GSD1-1	No cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.
GSD1-2	El establecimiento de salud no somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.
GSD1-6	El establecimiento no ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.
GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.
GSD3-5	El establecimiento no cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.
MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.



MRA2-7	No se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos.
MRA2-9	No se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla.
MRA8-1	El establecimiento de salud no coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio.
MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local no participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.
MRA8-3	El establecimiento de salud no coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura.
ATQ3-7	No se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, ni se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas.
ATQ3-8	No se registra ni analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, ni se toman las acciones correctivas.
ATQ4-1	El establecimiento de salud no realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.
ATQ4-2	El establecimiento de salud no implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.
ATQ4-3	El establecimiento de salud no aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.
ATQ4-4	No se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente no está firmado por el cirujano responsable.
EMG1-1	El establecimiento de salud no cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio.
EMG1-5	El personal que labora en emergencia no ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.

8. PUNTAJE ALCANZADO

Al haberse concluido la Autoevaluación, el puntaje alcanzado es el 72% cuyos detalles se aprecian en el cuadro siguiente:



Establecimiento : 00003251-MANUEL NUÑEZ BUTRON
Tipo de Establecimiento : II-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Periodo : 4

MACROPROCESO	CATEGORÍAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x cat.	Puntaje Obtenido x Cat.	Cumplimiento x cat.
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.56	44.93	82.35	221.99	151.48	68.23
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	28.88	70.59			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	20.38	42.68			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	32.53	68.13			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.64	9.26	67.86			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.10	26.89	78.85	253.70	194.21	76.55
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	37.00	77.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	39.78	83.33			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.74	35.18	73.68			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	27.93	58.51	158.57	111.71	70.45
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	34.10	32.40	95.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.05	8.91	52.27			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	14.37	84.29			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.05	13.04	76.47			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	11.80	69.23			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	13.71	80.43			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.05	8.82	51.72			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	17.05	100.00			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.05	15.55	91.18			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	9.84	57.69	634.26	457.38	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	7.02	41.18			
Total	341	133	167	41	341	634.2	455.2		Puntaje Final (%)	72	


 Director General
 INSTITUCIÓN VECINARIA DE SALUD
 MANUEL NUÑEZ BUTRÓN
 C.M.A. 2011


 Director de la Unidad de Evaluación
 INSTITUCIÓN VECINARIA DE SALUD
 MANUEL NUÑEZ BUTRÓN
 C.M.A. 2011



[Signature]
Dr. [Name]
[Title]
[Institution]

[Signature]
Fco. Armando Lajo Soto
MÉDICO ESPECIALISTA
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
C.M.P. 10910 R.N.E. 13738
JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
Ing. ELIZABETH Y. QUSPE ESQUIVEL
JEFE UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
T.S. Florance Cordano
CASP. 1794
H.R. "MNB" PUNO

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
M.C. Milagros E. Arizaca Ascarrunz
C.M.P. 65520 R.N.A. A09358
MÉDICO CIRUJANO
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN DEL H.R. MNB

[Signature]
Enfermera Susy Chavez Velazquez
ENFERMERA
CER. 55519

[Signature]
Dr. Fidela Cahuana Diaz
CER. 10476
JEFE DE OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
Y GESTIÓN DE RIESGOS

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
Dr. José S. Coila Cutimango
[Title]
[Institution]

[Signature]
Dr. Alejandro Cano Pineda
C.M.P. N° 60320
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

[Signature]
[Title]
[Institution]

[Signature]
Luis PINEDA HINOJOSA
CIRUJANO DENTISTA
COP. 1436

[Signature]
Dr. Luis A. Llanos Coronel
CER. 1400
JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGIA Y PUERPERA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

[Signature]
Alejandra LUQUE SALINAS
JEFE UNIDAD SERV. OBSTET. Y MADRE.
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO




 Dr. Joseph E. Hueneza Arunibar
 CMP 78778-RNE 46184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO
 C.O.P. 12418


 Dr. Joseph E. Hueneza Arunibar
 CMP 78778-RNE 46184
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
 CMP N° 24125 RNE 13042
 JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA DEL H. R. "MNS" - P.


 Dr. Rendo R. Loza Peña
 MEDICINA INTENSIVA
 CMP N° 35520 RNE 18468
 JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO

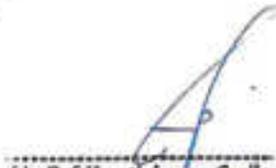

 Dr. Rendo R. Loza Peña
 MEDICINA INTENSIVA
 CMP N° 35520 RNE 18468
 JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Dr. Carlos A. Rojas Huancu
 JEFE DE ANATOMIA PATOLOGICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Lic. Enf. Yaneth Jappura Ccallo
 OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
 C.E.P. 44809


 Dr. Robert L. Vallejos Mamani
 CMP N° 24146 RNE N° 12067
 JEFE DPTO DE CIRUGIA ORTOPEDICA


 Dr. Carlos A. Rojas Huancu
 JEFE DE ANATOMIA PATOLOGICA
 HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


 Lic. Enf. Yaneth Jappura Ccallo
 OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
 C.E.P. 44809


 Edith Bullock Velasquez
 OBSTETRA
 COP: 12466
 CRLEMD



RESULTADOS POR CATEGORÍA

CODIGO CATEGORIA	CATEGORÍA	Puntaje Máximo por categoría	Puntaje Obtenido por categoría	% de Cumplimiento por categoría
GER	GERENCIALES	221.99	151.46	68.23
PRE	PRESTACIONALES	253.70	194.21	76.55
APO	APOYO	158.57	111.71	70.45
TOTAL %				72%

9. RECOMENDACIONES

Cod_Criterio	RECOMENDACIONES
ADA2-7	Realizar el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente.
ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico deberán elaborar y aplicar programas de control de calidad.
ADT3-5	El Establecimiento de salud deberá cuantificar y analizar y tomar las medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.
DLDE1-3	Realizar las gestiones necesarias para centralización de los procesos de esterilización de materiales y equipos de todos los servicios y consultorios.
DLDE2-6	Diseñar un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa.
DLDE3-3	Cuantificar el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y tomar acciones correctivas.
DLDE4-4	Cuantificar la percepción de los usuarios (Interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud e implementar acciones para su mejora.
EIF1-7	Implementar el manual de procedimientos para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
EIF1-8	Implementar y aplicar el manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
EIF1-9	Implementar y aplicar el manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica).
EIF2-2	Implementar el plan de mantenimiento preventivo de los equipos y ejecutar de acuerdo a la programación.
EIF2-3	Cuantificar el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.
DIR1-3	Prever un plan de contingencia para garantizar el cumplimiento del plan operativo institucional.
GCA2-5	Identificar periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), documentar su análisis.
GCA3-3	No se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-4	Cuantificar el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel esperado para el establecimiento de salud.
GCA3-5	Cuantificar el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel esperado para el establecimiento de salud.



PERÚ

Ministerio de Salud

Anexo 1

MATRIZ CONSOLIDADO FASE AUTOEVALUACIÓN 2024 - PAES

AGERESA/DIRIS/RED : DIRECCION REGIONAL DE SALUD - PUNO

DENOMINACIÓN DE LA IPRESS	CATEGORIA	RED	MICRORED	FECHA DE INICIO Y TERMINO DE AUTOEVALUACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO	DOCUMENTOS SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO (indicar documento y fecha de entrega)			
						Acción 1	Acción 2	Acción 3	Acción 4
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO	II-2	NO PERTENECE A NINGUNA RED		Del 10 de junio al 27 de diciembre del 2024	72%	<p>Acción 1 R.D. N° 334-2024-D-HR "MNB" P.- U.RR.HH., de fecha 30 de abril del 2024, Resolución Directoral que conforma el Equipo de Acreditación.</p> <p>R.D. N° 335-2024-D-HR "MNB" P.- U.RR.HH., de fecha 30 de abril del 2024, Resolución Directoral que conforma el Equipo de Evaluadores Internos.</p>	<p>Acción 2 R.D. N° 336-2024-D-HR "MNB" P.- U.RR.HH., de fecha 30 de abril del 2024, Resolución Directoral que Aprueba el Plan de Autoevaluación 2024, remitido a DIRESA PUNO en fecha 3 de junio del 2024 con oficio N° 001455 -2024-D-HR "MNB" PUNO.</p>	<p>Acción 3 OFICIO N° 001473-2024-D-HR "MNB" PUNO, remitido a DIRESA PUNO en fecha 5 de junio del 2024 comunica el INICIO y TERMINO de Autoevaluación 2024.</p>	<p>Acción 4 OFICIO N° 003129-2024-D-HR "MNB" PUNO, remitido a DIRESA PUNO en fecha 15 de diciembre del 2024 Remite el Informe Técnico Final de Autoevaluación 2024 y archivo excel</p>