



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

Ayaviri, 12 de

12 de diciembre del 2024  
TRAMITE DOCUMENTARIO

OFICIO N° 1592-2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO

Sr.  
Med. Jean Paul, VALENCIA REYNOSO  
DIRECTOR DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
Presente,

13 DIC 2024

Firma: H. Hora 18:45 Folios 17 tot  
Control de Recepción

ASUNTO: REMITO INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN - 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI, DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR.

REF. : OFICIO N° 1673 /2024-D-HOSPITAL-SJDDA-RED-SM.  
OFICIO N° 115-2024 SGCS-D-HSJD-AYAVIRI-RED MELGAR/DIRESA PUNO

ATENCIÓN: DIRECTOR REGIONAL DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD (SGCS) - DIRESA PUNO

Me es grato de dirigirme a usted y saludarlo cordialmente, a su vez manifestarle que, con el fin de seguir contribuyendo en cumplimiento de las actividades del Plan Anual - 2024 del "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud". Aprobado con RM N° 519-2006/MINSA, que contribuye en los procesos de mejora de la calidad en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a nivel Nacional. Y en amparo a la RM N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud", RM N° 270-2009/MINSA. Que, aprueba la "Guía Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud", y el Decreto Supremo N° 036-2023-SA. Que, "Define indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los Servicios a cumplir en el año - 2024", con la Ficha N° 44. Y con la responsabilidad asumida; REMITO EL INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN - 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI, DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR.



Adjunto:

- Informe técnico de autoevaluación - 2024 que incluye e Reporte de resultados (sanforizado) emitido del aplicativo para la Acreditación.
- CD con resultados emitido del aplicativo para la Acreditación.
- Folio: (.17..)



Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas

ATENTAMENTE,

C.c. Archivo/2024  
GRAA

RED DE SALUD MELGAR  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
Karin Marvel Castro Quijy  
COORDINADORA  
DIRECCION DE LA RED DE SALUD MELGAR





PERU

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD MELGAR

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI

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

Ayaviri, 11 de diciembre 2024

**OFICIO Nº 115 - 2024 SGCS-D-HSJD-AYAVIRI-RED MELGAR/DIRESA PUNO**

**SEÑOR : M.C. RAQUEL MARÍA FERNANDA RAMÍRES CALLA**  
 DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI

**DE : Lic. ARAPA QUISPE ANA MARIA**  
 RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL S.J.D.D. - AYAVIRI

**ATENCIÓN : COORDINADORA DE GESTIÓN DE CALIDAD - RED MELGAR**

**ASUNTO : INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI**



Me es sumamente grato de dirigirme a Usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo por intermedio de la presente hacer el alcance el informe TÉCNICO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI, que se realizó según la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo Aprobada con R.M. Nº270-2009 /MINSA siguiendo los pasos recomendados, tomando en cuenta el marco Normativo, correspondiente al año 2024.

Sin otro particular agradezco de antemano, la gentil atención que le brinde al presente documento, es propicia la oportunidad de expresarle el sentimiento de mi estima personal.

Atentamente.



*Ana María Quispe*  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 Ana María Quispe Quispe  
 CEP: 89645



PERU

Ministerio  
de SaludGOBIERNO  
REGIONAL PUNODIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
MELGARHOSPITAL SAN JUAN  
DE DIOS - AYAVIRI

**“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA  
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”**

**INFORME N° 024 -2024-CALIDAD/HSJD-AYAVIRI-RED MELGAR/DIRESA PUNO**

A : M.C. RAQUEL MARÍA FERNANDA RAMÍRES CALLA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI

DE : LIC. ANA MARIA ARAPA QUISPE  
RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

ASUNTO : INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI

FECHA : Ayaviri, 05 de diciembre del 2024

Me es sumamente grato de dirigirnos a usted, para saludarlo cordialmente y por intermedio del presente poner en su conocimiento el INFORME TECNICO de la autoevaluación en cumplimiento del PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI, Aprobada con Resolución Directoral N°406-2024-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH., el que se detalla de la siguiente manera:



**INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI**

**I. PRESENTACION:**

El Hospital San Juan de Dios de Ayaviri, es una unidad prestadora de Servicios de Salud - Nivel II-I, funciona como Órgano desconcentrado de la Red de Salud Melgar y de la Dirección Regional de Salud Puno.

La unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, es la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las IPRESS, a fin de brindar Atención de calidad y calidez a los usuarios, promueve una cultura de calidad con equidad y eficiencia.

En el año 2024, continuamos con el proceso de Acreditación del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri, el que nos ha permitido promover acciones de mejora continua de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.

**2. BASE LEGAL:**

- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
- Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguro
- .ramiento Universal en Salud.



- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 021-2022-SA, Que, evalúa el "Cumplimiento de Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de Servicios de Salud del periodo - 2023"
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en salud"
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma de Acreditación de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 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"



### 3. OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo los estándares y criterios de evaluación de la Calidad para alcanzar la Acreditación del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri, a fin de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud en nuestra IPRESS.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oficializar el inicio de la autoevaluación del Hospital San Juan de Dios.
- Conformar Equipos de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.
- Ejecutar el Plan de Autoevaluación 2024, de acuerdo a los Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de las áreas o servicios, a las fuentes auditables de cada macroproceso y al usuario externo.
- Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación 2024, que ha de contener las conclusiones de la AUTOEVALUACION del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.



- Aplicar una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el Hospital San Juan de Dios obtenga el nivel deseado igual o mayor a 85%, en cuyo caso se solicitará la evaluación externa a la DIRESA Puno.

#### 4. ALCANCE

El ámbito de alcance para la Autoevaluación, son todos los servicios asistenciales ahora llamados UPSS y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri.

#### 5. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La presente autoevaluación se realizó siguiendo los pasos recomendados en la RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica para la Acreditación De Establecimientos de Salud, lo cual comprendió:

##### a. Conformación del equipo de Acreditación:

Con fecha 29 de agosto del 2024, fue aprobada el equipo de acreditación, según Resolución Directoral N°491-2024-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH..

##### b. Conformación de los Evaluadores Internos:

Con fecha 12 de julio del 2024, fue aprobada el equipo de evaluadores, según Resolución Directoral N°426-2024-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH.

##### c. Elaboración del Plan de Autoevaluación

Según Resolución Directoral N° N°406-2024-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH., de fecha 10 de julio del 2024, se aprueba el plan de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri del año 2024.

##### d. Comunicación de inicio y duración de la autoevaluación:

Así mismo, mediante Oficio N° 100 - 2024 SGCS-D-HSJD-AYAVIRI-RED MELGAR/DIRESA PUNO, se dio a conocer el inicio de la Autoevaluación a la dirección del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri, con atención a la coordinadora de Calidad -Red Melgar.

De igual manera mediante el oficio N° 1323 / 2024-D-HOSPITAL-SJDA-RED-SM, Se dio a conocer a la dirección de la Red de Salud Melgar.

Y también Se comunica el inicio de la autoevaluación a las UPSS del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri

##### e. Presentación de informe de autoevaluación

Culminado el proceso de autoevaluación, se digito los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.

Y se presenta el Informe Técnico de Autoevaluación 2024, señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.




**f. Seguimiento e implementación de las Recomendaciones**

- Elaborar el informe de seguimiento de la implementación de las recomendaciones.

**6. EQUIPO EVALUADOR:**

- Se realizó la conformación del Equipo de Acreditación para el año 2024 del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri con los siguientes profesionales:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	RESPONSABLE
1	RAMIREZ CALLA RAQUEL MARÍA FERNANDA	DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI	PRESIDENTE
2	AGUIRRE ATENCIO MARGOTH	ENFERMERA/O	SECRETARIA
3	GUTIÉRREZ CHUQUITARQUI GIOVANNA	MEDICO PEDIATRA	VOCAL 1
4	HUAPAYA ESPINOZA MANUEL ALONSO	MEDICO GINECO-OBSTETRA	VOCAL 2
5	CÁRDENAS PARI RUTH YENNY	MEDICO CIRUJANO	VOCAL 3
6	CUEVAS CASTRO SEBASTIANA	ENFERMERA/O	VOCAL 4
7	APAZA QUISPE ANA MARIA	ENFERMERA/O	VOCAL 5
8	OTAZU VILCA ROSA	ENFERMERA/O	VOCAL 6
9	VILCA ARAPA MAGDALENA	OBSTETRA	VOCAL 7
10	CALDERÓN VILCA JUAN HONDRIO	QUÍMICO FARMACÉUTICO	VOCAL 8
11	PARI NEIRA HERBERT	BIÓLOGO	VOCAL 9
12	MOLINA ROJAS ELIZABETH JUDITH	MEDICO VETERINARIO	VOCAL 10
13	PACORI CONDOR TORBIA	RESPONSABLE DE PATRIMONIO	VOCAL 11
14	HURANCCA CONDOR WILBER	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO	VOCAL 12
15	MAMAN HUANCA MAGALY	TECNICO EN ENFERMERIA - SECCIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	VOCAL 13



Se realizó la conformación del Equipo de Evaluación Interna para el año 2024 del Hospital San Juan de Dios de Ayaviri con los siguientes Profesionales:

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" AYAVIRI - 2024**

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	RESPONSABLE
1	RAMIREZ CALLA RAQUEL MARIA FERNANDA	DIRECTORA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI	PRESIDENTE
2	AGUIRRE ATENCIO MARGOTH	JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA	SECRETARIA
3	HUAFAYA ESPINOZA MANUEL ALONSO	JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA	VOCAL 1
4	GARCIA VERA ELIAS MARCIAL	JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA	VOCAL 2
5	GUTIERREZ CHUQUITARQUE GIOVANNA	JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA - NEONATOLOGIA	VOCAL 3
6	YUCRA QUISPE NILOA INES	JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA	VOCAL 4
7	BARRIONUEVO RUBIN DE CELIS LUIS	JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	VOCAL 5
8	VILCA ARAPA MAGDALENA	JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA	VOCAL 6
9	ARAZA CHOQUEPATA DENIS MARYZA	JEFE DEL SERVICIO DE QUIROFANO	VOCAL 7
10	QUISPE CHU MILAGROS	JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA	VOCAL 8
11	CHAVEZ YAMPAS SATURNINO	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	VOCAL 9
12	SANTI TIPO JOEL	JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTORIO EXTERNO	VOCAL 10
13	MEDINA YUCRA BEATRIZ	JEFE DEL SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION	VOCAL 11
14	PARI NEIRA HERBET	JEFE DEL SERVICIO LABORATORIO	VOCAL 12
15	LERMA MAMAN VANESSA	JEFE DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE	VOCAL 13
16	CALDERON VILCA JUAN HONORIO	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA	VOCAL 14
17	HUARINO ACHO AGUSTINA	JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICION	VOCAL 15
18	OTAZU VILCA ROSA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA	VOCAL 16
19	ARAPA QUISPE ANA MARIA	RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD	VOCAL 17
20	MAMAN HUANCA MAGALY	TECNICO EN ENFERMERIA - GESTION DE LA CALIDAD	VOCAL 18

**7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION**

Se cumplió con las actividades programadas según Plan de Autoevaluación 2024, a su vez, se realizó la conformación del Equipo de acreditación, y la selección de evaluadores internos, en cuanto a la asistencia técnica se realizó de forma personalizada, para la aplicación de instrumentos a utilizar; además el plan de autoevaluación 2024 fue aprobado con una resolución directoral N°406-2024-D-RED-SALUD-MELGAR/U.RR.HH.

**8. OBSERVACIONES**

Las observaciones se desprenden según macroprocesos, en los ítems con puntaje entre (0) y uno (1)

**MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO - (DIR)**

DIRI-1	El personal no conoce y no identifica compromisos
DIRI-2	No se logra implementar y evaluar actividades concordantes con el plan estratégico, operativo y de contingencia.
DIRI-3	Fortalecimiento, sostenibilidad y actualización de los planes po UPSS y para todas las etapas de vida que atiende el HSJDDA





DIRI-5	Sensibilizar y comprometer a las autoridades a las autoridades regionales/locales a participar en los temas de salud e involucrarlos.
DIRI-7	No se cuenta con guías de práctica clínica oficiales.
DIRI-8	Establecer metas y actividades de todos los programas y estrategias sanitarias en el PDI.
DIR2-1	Continuar con el cumplimiento de asignación de funciones, bajo memorándum y su posterior emisión de acto resolutivo bajo responsabilidad.
DIR2-2	Continuar con las evaluaciones internas para la toma de decisiones según resultados de las actividades.
DIR2-3	Publicar la sala situacional institucional con indicadores actualizados al periodo evaluado.

**MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS - (GRH)**

GRHI-2	El personal debe recibir inducción de los procedimientos para cumplir objetivos institucionales.
GRHI-3	El personal debe debe precisar, puntualizar sus funciones y comunicar si los procedimientos son de acuerdo al cargo que ocupa.
GRHI-4	Los resultados de productividad del personal deben ser presentados y reconocidos por la autoridad del establecimiento para logran un mejor desempeño laboral.
GRH2-1	Se propone conformar y participar, equipos multidisciplinarios por servicios.
GRH4-1	Precisar la puesta en marcha para la implementación del Modelo de Atención integral salud MAIS

**MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)**

GCAI-2	Desconocimiento del personal sobre los proyectos de mejora continua.
GCAI-3	Desconocimiento del personal sobre los proyectos de mejora continua.
GCAI-5	No se cuenta con un Plan de Gestión de Mejora hacia el usuario interno.
GCA2-4	No se han cumplido aún con las disposiciones para garantizar la privacidad de atención al usuario por falta de infraestructura y otros aspectos.
GCA2-5	Establecer un criterio adecuado para las barreras de acceso.
GCA2-6	Las fichas de sectorización no se encuentran actualizadas.
GCA3-1	Se realiza la encuesta de escucha al usuario anualmente.
GCA3-3	Se realiza la encuesta de escucha al usuario anualmente.
GCA3-4	El nivel de porcentaje cuantificado no es el esperado.
GCA3-8	Proyectos de mejora continua en estudio.

**MACROPROCESO: 04 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN - (MRA)**

MRAI-1	No existe documentación que registra las acciones realizadas por los responsables designados para el manejo de los riesgos de la atención.
MRAI-3	Se realizan reuniones esporádicamente, pero no se documentan en el libro de actas.



MRA1-5	Falta mejorar los mecanismos para hacer publica la información.
MRA1-9	No se cuenta con el consentimiento informado diferenciado.
MRA1-10	No se cuenta con un documento específico el cual deba ser firmado por el usuario.
MRA1-11	No se evalúa periódicamente el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.
MRA2-1	Formación de un comité de seguridad transfusional formado por un equipo multidisciplinaria.
MRA2-3	Falta Infraestructura.
MRA3-3	Adjuntar Plan de Monitoreo Anual, implementar en los servicios que no cumplen.
MRA3-4	Realizar PDA de control de medidas de bioseguridad y PDA de evaluación de cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
MRA4-1	No cumple con lo establecido.
MRA4-2	Se conoce parcialmente.
MRA4-4	No cumple, por falta de información.
MRA5-1	No se cuentan con todas las guías actualizadas de atención por servicios.
MRA5-2	No se registran en todos los procedimientos de atención de enfermería en todos los servicios.
MRA6-6	Falta de Recurso Humano Capacitado.
MRA8-2	El Hospital no cuenta con un sistema de agua elevado.
MRA8-3	Se coordina con el gobierno local para informar y capacitar de forma esporádica.

**MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES - (GSD)**

GSD1-1	Falta gestionar al gobierno local MPM.
GSD1-2	Las obras no cumplen con los estándares.
GSD1-6	Falta implementar las zonas de señalización y capacitación.
GSD2-1	El plan esta implementado, pero este no se desarrolla.
GSD2-5	Si participa, pero no de manera sostenida.
GSD2-6	falta de énfasis en cuanto al plan de respuesta
GSD2-8	Se cuenta, pero no es de conocimiento de todo el personal.
GSD3-2	Si cumple, pero cumple con menos de 80% de lo establecido.
GSD3-3	Se cuenta, pero se cumple parcialmente.

**MACROPROCESO 06: CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN - (CGP)**

CGP1-2	No se han establecido indicadores de control de la gestión y prestación de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios.
CGP2-1	No todo el personal se encuentra capacitado.
CGP2-3	Los valores no están dentro del nivel establecido para la institución.
CGP2-4	No cuenta con un plan operativo institucional vigente.
CGP2-6	El establecimiento no cuenta con guía de practica Clínica en obstetricia y neonatología.



CGP2-7	El nivel esta por debajo de lo esperado.
CGP2-8	El nivel está por debajo de lo esperado.
CGP2-12	Falta de Recurso Humano.
CGP2-13	Falta de Recurso Humano.

**MACROPROCESO 07: ATENCIÓN AMBULATORIA - (ATA)**

ATA2-2	Solo cuenta con algunas etapas de vida
ATA3-2	No se lleva un registro de las IAAS. Si llenan la ficha de incidentes, eventos adversos y eventos centinela. Tienen actas de reuniones.
ATA3-6	Tiene GPC para algunas patologías oficializadas el año.

**MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - (ATH)**

ATH1-3	Los ambientes del hospital no permiten por falta de infraestructura (hacinamiento)
ATH3-2	Registro diario por servicio.
ATH4-3	Se cuantifica, pero el nivel esta por debajo.

**MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)**

EMG1-3	Si cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios.
EMG1-4	Falta elaborar e implementar guías de práctica clínica para la atención.

**MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRURGICA – (ATQ)**

ATQ1-3	Del 60 al 90% se aplican.
ATQ2-4	Realizar la referencia oportunamente.
ATQ3-5	Lo contiene, pero no en toda la muestra.
ATQ3-6	Se identifican las tasas, pero no son analizadas.
ATQ3-7	Se identifican las tasas, pero no son analizadas.
ATQ3-10	Se identifican las reintervenciones, pero no se analizan las causas.
ATQ3-11	Se realizan y los niveles no son los esperados.
ATQ4-1	No se realiza evaluaciones periódicas.
ATQ4-2	No cumple con lo establecido

**MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)**

DIVI-1	Se ha conformado, recién el sub comité de pregrado sede Docente HSJDDA
DIVI-2	Se ha conformado recién el sub comité pregrado sede docente HSJDDA
DIVI-3	El sub comité aún no tiene actas.
DIVI-4	El sub comité aun no tiene los formatos
DIVI-5	El sub comité conformado, aún no esté operativo.
DIVI-7	El sub comité aún no tiene el reglamento.
DIVI-8	El sub comité aún no tiene el Plan Anual.
DIVI-9	El sub comité aún no tiene el programa.





DIV2-1	El sub comité aun no tiene el programa.
DIV2-2	El sub comité tiene que formalizar al tutor para el desarrollo de sus actividades.
DIV2-3	El sub comité tiene que formalizar al tutor para el desarrollo de sus actividades.
DIV2-4	El sub comité aún no tiene el programa de investigación.
DIV2-5	El sub comité aún no tiene el inventario.
DIV2-6	El subcomité aún no tiene materiales de capacitación y de investigación.

**MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO - (ADT)**

ADTI-1	Falta la implementación de algunas guías de procedimientos.
ADTI-2	Falta la implementación de programas de control de calidad para todos los procedimientos.
ADT3-1	No cuenta para todos los servicios de Apoyo Diagnóstico.
ADT3-2	Falta la implementación de programas de control de calidad para todos los procedimientos.
ADT3-3	Cumple parcialmente
ADT3-4	Tiene programas, pero no se aplican o se aplica uno de ellos.
ADT3-5	Cuantificar la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo al diagnóstico.
ADT3-7	Cuantificar los eventos de casos adversos.

**MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA - (ADA)**

ADA2-4	No cumple con lo establecido.
ADA2-6	No esta acorde a la programación.
ADA3-2	No cumple con lo establecido.
ADA4-1	No cumple con lo establecido.

**MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - (RCR)**

RCRI-2	Falta de recurso humanos en el área de referencias y contra referencias.
RCRI-3	No se tiene personal suficiente, pero si se realiza seguimiento de pacientes.
RCR2-1	No se cuenta con personal para traslado de pacientes.
RCR3-4	En muchos casos no se cuenta con contra referencias realizadas, usuarios no se presentan a su cita programada.
PCR4-1	No se cuenta con un sistema organizado.
PCR4-2	No se realiza ninguna acción.
PCR4-3	No cuenta con los formatos.

**MACROPROCESO 16: GESTION DE MEDICAMENTOS - (GMD)**

GMD1-4	No se cuenta con un almacén.
--------	------------------------------

**MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN - (GINA)**

GINI-1	Se encuentra en Proceso.
--------	--------------------------



GINI-3	Se encuentra en Proceso.
GINI-4	Se encuentra en proceso.
GINI-6	Cuenta con procedimientos, pero no para todas las fases
GIN2-1	tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora.
GIN2-2	No se cuenta con un método Permanente.
GIN3-1	Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación
GIN3-2	Se generan, pero no son participativos o documentados.
GIN3-3	Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada.

**MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN - (DLDE)**

DLDEI-2	Se realiza, pero no es conocida por todo el Personal.
DLDEI-3	En proceso de coordinación con jefes de servicio.
DLDE2-1	EPP Insuficiente por falta de presupuesto para la UPSS C.E.
DLDE2-4	Se solicitó de forma reiterativa indicador biológico en incubadora a la RED.
DLDE2-6	Por falta de personal (personal cubre vacaciones del personal de Quirófano)
DLDE3-1	EPP Incompleto
DLDE3-3	Se realiza, pero no se registra.
DLDE4-1	EPP incompleto
DLDE4-4	Falta de RR.HH.

**MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL - (MRS)**

MRSI-1	No esta disponible las 24 horas del día.
MRSI-2	Requerimiento Anual.
MRSI-3	No se cuenta con el servicio de internet
MRSI-4	Cada evaluación Socioeconómica demande mínimo 15 min.
MRS2-1	Es establecimiento no destina financiamiento.

**MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETÉTICA - (NYD)**

NYDI-2	No todo el personal se encuentra capacitado.
NYD2-2	No se realiza hasta la fecha.
NYD2-4	Se tiene un ánfora y un cuaderno para registrar las quejas pero no se esta utilizando aun, solo se hace de forma verbal.

**MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES - (GIM)**

GIMI-1	No se cuenta con ambiente propio.
GIMI-2	No se cuenta con ambiente propio.
GIMI-3	El depósito es prefabricado
GIMI-4	Dependemos de la unidad ejecutora de Redes de Salud Melgar.
GIM2-1	Dependemos de la unidad ejecutora de Redes de Salud Melgar.
GIM2-2	La unidad de Logística de la Red de Salud Melgar es encargada de las adquisiciones.





GIM2-3	Dependemos de la Unidad Ejecutora.
GIM2-4	Los encargados son del área de adquisiciones de la Unidad de logística de la Red Malgar.

### MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA - (EIF)

EIF1-1	Falta de equipamiento.
EIF1-3	No cuenta para todos los procesos.
EIF1-4	No contamos con el personal indicado para el mantenimiento.
EIF1-7	Si cuenta, pero no es conocido por el personal responsable.
EIF1-8	Falta control de obras y de áreas críticas.
EIF1-9	El personal no opina, no conoce a cerca del mantenimiento.
EIF2-1	Falta actualización mensual de la norma técnica para todo el personal.
EIF2-2	Falta implementar la programación de equipos.
EIF2-3	Se recomienda mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.

### 9. PUNTAJE ALCANZADO

PUNTAJE TOTAL: 77%

- El puntaje total obtenido fue de 77%, resultado no apropiado, lo cual nos indica subsanar las observaciones encontradas en 6 meses.



### RESULTADOS SEGÚN CATEGORÍAS

RESULTADOS POR CATEGORIA		
CATEGORIA	PUNTAJE	PORCENTAJE
GER. GERENCIA	148.32	73.41
PRE. PRESTACIÓN	202.20	87.57
APD. APOYO	92.28	63.94

#### Según categorías:

- La categoría de Prestación, alcanzo el mayor puntaje con 87.57%
- Siendo la Categoría de Apoyo la de menor puntaje 63.94%

#### Según Macroprocesos:

- El macroproceso Gestión de medicamentos (GDM) obtuvo un puntaje mayor 96.15%
- El macroproceso atención de Hospitalización (ATH) obtuvo un puntaje de 93.00%, seguido de Atención de Emergencia (EMG) que obtuvo un 92.11% y Atención ambulatoria (ATA) 87.50%.
- En quinto lugar se encuentra el macroproceso Admisión y alta (ADA) con 84.29%.
- El menor puntaje lo obtuvo Gestión de insumos y materiales (GIM) con un 29.92%.



## IQ. CONCLUSIONES

- El proceso de Autoevaluación es una tarea permanente que se viene en nuestra institución durante los últimos años, con el objetivo de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital San Juan de Dios de Ayaviri cuenta con la capacidad de brindar prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos, según nuestro nivel de complejidad correspondiente.
- La Autoevaluación no tiene carácter sancionador. Por el contrario, la Autoevaluación busca promover una cultura de prestación de servicios de calidad al establecimiento de salud a través de la identificación de problemas dentro de cada UPSS y también busca promover la participación de todo el personal dentro de los planes para una continua de la institución.

## II. RECOMENDACIONES

- **Alineamiento:** Generación de espacios para compartir las experiencias de éxito en el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Educación:** Continuidad y la formación de equipos de mejora, manejo de riesgo en la atención, manejo de prácticas clínicas basadas en la evidencia, manejo de insumos críticos.
- **Comunicación:** Desplegar y sostener estrategias de comunicación orientadas al usuario interno con la finalidad de promover mejores niveles de aceptación, apropiación e involucramiento.
- **Clima y cultura:** Diseñar y sostener incentivos de prestigio como la publicación trimestral de los servicios que logran mejores niveles de cumplimiento de objetivos de calidad, premiar a los colaboradores con mejor desempeño en prácticas de calidad y que sean seleccionados por los equipos de trabajo.
- **Control:** Poner especial atención a los servicios de Medicina, Enfermería y Obstetricia para que sostengan acciones de control según las normas institucionales. El responsable de Gestión de la Calidad apoyara en el sostenimiento de las acciones de control a través del Comité de Auditoría.
- **Mejoramiento continuo:** se recomienda la elaboración de acciones de mejoramiento continuo para instaurar prácticas de manejo de casos basadas en evidencias, el problema de calidad es el bajo nivel de adherencia a las guías técnicas.





12. ANEXOS

ANEXO 01

TABLA DE RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN  
MATRIZ CONSOLIDADA FASE DE AUTOEVALUACION2024 - PAES

DIRESA/GERESA/DIRIS/RED : DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PUNO

Nº TOTAL DE IPRESS	Nº DE ORDEN	DENOMINACIÓN DE LA IPRESS	CATEGORÍA	RED	MICRO RED	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA AUTOEVALUACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO	DOCUMENTOS SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO			
								CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4
1	1	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI	II-1	MELGAR	S/M	Del 06 de octubre del 2024 al 31 de octubre del 2024	77%	OFICIO Nº 0922-2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO	OFICIO Nº 1250-2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO	OFICIO Nº 1459-2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO	OFICIO Nº 1872-2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO







PERU

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL PUÑO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUÑO

RED DE SALUD HESLAR

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

### ANEXO 02

Establecimiento : 00003156-SAN JUAN DE DIOS  
 Tipo de Establecimiento : II-1  
 Fase : AutoEvaluación  
 Año : 2024  
 Período : 4

Macroprocesos	Criterios real	Número total criterios				MACROPROCESO			CATEGORIAS		
		E	P	R	T	Puntaje Obtenido por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimie nto x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimie nto x categoría
		Total	Total	%	Total	Total	%				
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	30.87	58.82	202.05	148.32	73.41
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	31.26	79.41			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	35.28	78.83			
Manejo del riesgo de atención	30	10	39	1	30	45.92	38.35	83.52			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	10.07	76.79			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	22.71	69.23	230.91	302.35	87.27
Atención ambulatoria	14	6	6	0	14	45.92	40.18	87.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	28	5	12	7	24	45.92	42.71	93.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	42.29	92.11			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	35.66	77.66	144.32	82.25	83.94
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	9.32	56.82			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	13.82	84.29			
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13	16.40	11.48	70.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	15.77	96.15			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	11.05	67.39			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	11.03	67.24			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	8.20	50.00			
Nutrición y dieta	10	4	5	1	10	16.40	11.09	67.65			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	4.42	26.92			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	6.88	52.94			
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>125</b>	<b>159</b>	<b>41</b>	<b>328</b>	<b>577.28</b>	<b>434.24</b>		<b>577.26</b>	<b>443.00</b>	
									<b>Puntaje Final 70</b>	<b>77</b>	

**RESULTADO FINAL**

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

**Calificaciones :**

NO aprobado - Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)  
 NO aprobado - Subsanan en 6 meses (50%-69%)  
 NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)  
 Aprobado (85% o más)



*[Handwritten Signature]*

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUÑO  
 DIRECTORA  
 HESLAR SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

*[Handwritten Signature]*

LIC. EN ENFERMERIA  
 Ana Maria Araya Quiroga  
 CEP: 89546