



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

Yunguyo, 16 de diciembre del 2024.

OFICIO N° 803 - 2024/ REDESS-Y/DIRESA PUNO,

SEÑOR:

M.C. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REYNOSO.
DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO.

ATENCIÓN: DIRECTOR DE CALIDAD EN SALUD - DIRESA PUNO.

PRESENTE. -

ASUNTO: REMITO AUTOEVALUACIÓN DE HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO 2024.

REF. : OFICIO N°1030-2024-GR-GRDS/DIRESA-PUNO-DR.

Mediante el presente me dirijo usted, con la finalidad de saludarle a nombre de la Unidad Ejecutora - 407 Salud Yunguyo, el motivo de la presente es para **REMITIR LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL APOYO YUNGUYO 2024**, para de esta manera dar cumplimiento a los convenios de Gestión del Indicador de Compromiso de mejora Ficha N° 044: Fortalecimiento de la Autoevaluación del Desempeño de los Establecimientos de Salud de la Unidad Ejecutora 407- Salud Yunguyo.

Al respecto debemos precisar que, en el presente estamos procediendo a adjuntar el **OFICIO N° 047-2024/CALIDAD/RED YUNGUYO/DIRESA-PUNO.**

Sin otro en particular aprovecho la oportunidad para expresar las consideraciones de mi especial estima y deferencia personal.

Atentamente



Juan F. Sacabuco Sacabuco
Lic. Juan F. Sacabuco Sacabuco
DIRECTOR RED DE SALUD YUNGUYO
C.P. 18860

JFSShycc.
C.c. Arch.



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD YUNGUYO

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

Puno, 16 de Diciembre de 2024

OFICIO. Nro. 047 – 2024/CALIDAD/RED. YUNGUYO/DIRESA-PUNO

Señor:

LIC. JUAN FIDEL SUCAPUCA SUCAPUCA

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD YUNGUYO

PRESENTE. -

Asunto : REMITO AUTOEVALUACION DE HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO 2024

Atención : DIRECTOR DE CALIDAD EN SALUD -DIRESA PUNO

.....

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en relación al cumplimiento de los oficios en referencia al requerimiento de remitir la Autoevaluación del HOSPITAL DE APOYO DE YUNGUYO-2024. De esta manera dar cumplimiento a los Convenios de Gestión del Indicador de Compromiso de mejora Ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del Desempeño de los Establecimientos de Salud ara el Cumplimiento de los estándares de Calidad en la Atención de Salud.

Adjunto: - Informe consolidado de la autoevaluación según OFICIO N° 1030- 2024-GR-GRDS/DIRESA-PUNO-DR. de 19 folios para su conocimiento y atención.

- Anexo: Matriz de consolidado fase autoevaluación 2024
- Reporte semaforizado del aplicativo de acreditación

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

Atentamente,



[Handwritten Signature]
YVONNA PARIPIANCA ARCE
LIC. ENFERMERIA
CEP. 40648



Lic. Juan F. Sucapuca Sucapuca
DIRECTOR RED DE SALUD YUNGUYO
CEP. 18606



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD
YUNGUYO

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

Puno, 16 de Diciembre de 2024

OFICIO. Nro. 047 – 2024/CALIDAD/RED. YUNGUYO/DIRESA-PUNO

Señor:

LIC. JUAN FIDEL SUCAPUCA SUCAPUCA

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD YUNGUYO

PRESENTE. -

Asunto : REMITO AUTOEVALUACION DE HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO 2024

Atención : DIRECTOR DE CALIDAD EN SALUD -DIRESA PUNO

.....

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en relación al cumplimiento de los oficios en referencia al requerimiento de remitir la Autoevaluación del HOSPITAL DE APOYO DE YUNGUYO-2024. De esta manera dar cumplimiento a los Convenios de Gestión del indicador de Compromiso de mejora Ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del Desempeño de los Establecimientos de Salud ara el Cumplimiento de los estándares de Calidad en la Atención de Salud.

Adjunto: - Informe consolidado de la autoevaluación según OFICIO N° 1030- 2024-GR-GRDS/DIRESA-PUNO-DR. de 17 folios para su conocimiento y atención.

- Anexo: Matriz de consolidado fase autoevaluación 2024
- Reporte semaforizado del aplicativo de acreditación

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

Atentamente,



[Handwritten Signature]
VIRGINIA PARIWHEA ARCE
LIC. ENFERMERA
087 4849

**PERÚ****Ministerio
de Salud****DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO****RED DE SALUD
YUNGUYO**

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

INFORME. Nro. 019 – 2024/RED. YUNGUYO/DIRESA-PUNO

A : LIC. GILBERTO JAEN BALDARRAGO
DIRECTOR DE CALIDAD EN SALUD

PUNO. –

DE : LIC. VIRGINIA PARIPANCA ARCE
COORD. DE CALIDAD EN SALUD

Asunto : REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION DE HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO
2024

REF. : OFICIO N°1030-2024-GR-GRDS/DIRESA-PUNO-DR

1. PRESENTACION:

El presente informe se centra en el proceso y resultados de la fase de Autoevaluación para la acreditación del Hospital de Apoyo de Yunguyo de la Red de Salud Yunguyo (nivel y categoría II-1) habiéndose realizado este proceso con:

Fecha de inicio de autoevaluación : 14 de Octubre del 2024

Fecha de término de autoevaluación : 22 de Octubre 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 Hospital de Apoyo Yunguyo 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 de los establecimientos, logrando así obtener un puntaje de 458 que representa el 79%.

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.

2. OBJETIVOS**2.1. OBJETIVO GENERAL:**

Conseguir que el HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO cumplan progresivamente con los estándares establecidos en la norma vigente según corresponda a su categoría, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conformar los equipos de acreditación y el equipo de autoevaluación internos, con acto resolutivo.
- Ejecutar el plan de autoevaluación de acuerdo a los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo recurriendo a la interacción con los responsables de las áreas o servicios, alas fuentes auditables de cada macro proceso y el usuario externo del establecimiento.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación que ha de contener las conclusiones de la autoevaluación por establecimientos de salud, así como las respectivas recomendaciones.



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

3. ALCANCE

El alcance del proceso de Autoevaluación en la RED DE SALUD YUNGUYO en los diferentes IPRESS abarcó a todos los servicios que ejercen algunas funciones contenidas en los macro procesos expuestos en la Norma Técnica N° 050 MINSA/ DGSR – V.02.

4. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador, tomando en cuenta el marco normativo, la metodología desarrollada comprendió:

A. TECNICAS DE EVALUACIÓN:

- Verificación/revisión.
- Observación
- Entrevista
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoria

B. INSTRUMENTO PARA LAS EVALUACIONES:

- Listado de estándares de acreditación.
- Formatos para la evaluación:
 - Hoja de registro de datos.
 - Hoja de recomendaciones.

5. EQUIPO EVALUADOR

5.1. Equipo de evaluadores internos del HOSPITAL DE APOYO YUNGUYO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	LIC. JUAN FIDEL SUCAPUCA SUCAPUCA	PRESIDENTA
2	MC. VALERIA J. GUERRA CASTILLO	SECRETARIO
3	M.C. PERCY COACALLA RUELAS	Integrante del equipo
4	M.C. MARIA RENE CRUZ BUENO	Integrante del equipo
5	Lic. Enf. NIMIA VASQUES ALVARES	Integrante del equipo
6	M.C.ESP. YURI YANARICO ZEA	Integrante del equipo
7	Lic. Enf. MIRIAM C. MAMANI CANAZA	Integrante del equipo
8	CD. ERICK A. CAYO CALSIN	Integrante del equipo
9	QUIM. MAYRA Y. GODOY SUAREZ	Integrante del equipo

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

Aunque el nivel de desarrollo y avance en la implementación de los planes es diferente en cada HOSPITAL de salud, esto depende de los recursos asignados, del compromiso de los equipos de gestión y de los trabajadores.

Se cumplió con el cronograma de actividades establecido en el Plan de Autoevaluación para la Acreditación, realizándose el proceso desde el 14 de Octubre hasta el 22 del 2024.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD
YUNGUYO

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

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 HOSPITAL DE APOYO de Yunguyo y Servicios Médicos de Apoyo", de la cual se tomó las pautas para la recolección de información y verificación de documentación necesaria para el proceso realizándose las siguientes actividades:

- Reunión de apertura
- Presentación del listado de estándares de acreditación al personal
- Revisión de la documentación del cumplimiento del Estándar
- Visita de las instalaciones del Puesto de salud
- Despliegue de las técnicas de evaluación
- Despliegue de los instrumentos para las evaluaciones
- Reunión de cierre

Para evaluación de los macroprocesos el equipo evaluador usó el "Listado de Estándares de Calidad"; realizando la verificación de cada criterio de los estándares, logrando concretar el proceso satisfactoriamente.

7. OBSERVACIONES:



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Acto del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio	Criterio	Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
ADA	Atención y Alta	ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	elaboración del MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.	Plan de Capacitación del área a realizar
		ADA-3	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural.	Implementación del Libro de Ocurrencias sobre las identificaciones de necesidades de atención por parte del personal de admisión
				ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.	Implementación del estudio de Tiempos en Consultorio Externo
				ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acorde a lo establecido por la institución.	Implementación del Libro de Registro de citas que no se efectivizaron y el análisis
				ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	Implementar la programación acorde a la necesidad.
				ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramados de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.	Implementación del Libro de registro de llamadas o electrónico de citas atendidas en el ESS con el análisis de porcentaje de reprogramación de citas que muestra resultados en los niveles esperados.
				ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.	Envío de Historias clínicas de acuerdo a la normatividad vigente.
				ADA2-8	Se monitorea el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.	Implementación de proyectos de Mejora, para mejorar la satisfacción del usuarios externos referente a la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta registrados.
				ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	ADA3-3
		ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	ADA4-1	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario envíe sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a esta.	Implementación del documento oficial que fomenta el recojo de quejas y sugerencias en pacientes que han estado hospitalizados y los Mecanismos de escucha en pacientes hospitalizados implementados y accesibles.



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Himno del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Oferta		Código Oferta	Criterio	RECOMENDACIONES
ADT	Atención de apoyo diagnóstico y terapéutica	ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.	Implementar la Resolución Directoral de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y el Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos
		ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial e institucional.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	Implementar RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes.
		ADT3-5		Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.	Implementar el Libro de Registro de Demanda Insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento con el Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha y adecuar un Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	
DLDE	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.	Implementar la RD que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización y realizar las Encuestas de conocimiento al personal del área responsable
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes, salas destinadas al paciente, tocadores de cama, la zona de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por...	Implementar la RD que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización y realizar las Encuestas de conocimiento al personal del área responsable
				DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.	Implementar la RD de conformación de Unidades o Centrales de Esterilización, Desinfección y Limpieza, MCE - MAPRO y Plan Operativo Anual
		DLDE2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas.	Implementar la RD que aprueba el cumplimiento de las disposiciones del Manual de Seguridad Ocupacional, realizar el Informe de supervisión al personal de servicio sobre medidas de protección de bioseguridad con verificación de la Lista de chequeo sobre bioseguridad al personal
		DLDE2-2		El personal en su servicio clínico y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.	Implementar Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad	



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de los Héroicos Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES	
OLDE	Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.	DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	Implementar las Guías de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada y realizar las Encuestas de conocimiento al personal del área responsable	
				DLDE3-3	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.	Implementar el Libro de registro de Reclamos y quejas en el servicio de lavandería y realizar el informe mensualizado del libro de registros con implementación de medidas de mejora	
				DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	Implementación de la Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfección y Esterilización y realizar las encuestas de conocimiento del Manual de Desinfección y Esterilización	
		OLDE-4		Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería particip(a)n activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.	Implementar las Actas de reunión del Comité con el respectivo Informe de supervisión de los procesos de Desinfección y Esterilización
					DLDE4-4	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.	Implementación del proyecto de mejora de acuerdo a el Informe de la encuesta
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructuras operativos y en buen estado.		EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.	Informe de Capacitación del personal de mantenimiento
					EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	Implementar la RD que aprueba la Manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias con el respectivo Informe de los procedimientos realizados de acuerdo con el manual y la verificación de la Lista de chequeo en función del procedimiento
					EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	Implementar la RD que aprueba la Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras con el respectivo Informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual y la verificación de la Lista de chequeo de los procedimientos realizados según manual de procedimientos
				EIF1-9	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.	Implementar la RD que aprueba la Manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos y el Informe de las actividades realizadas según el manual con verificación de la Lista de chequeo del cumplimiento del manual	



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio	Criterio	Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES	
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	EIF-2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizados (equipos con etiquetas visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	Implementar la RD que aprueba el Procedimiento de Verificación de inventario además del informe trimestral de verificación de inventario	
				EIF-2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.	Implementar el Informe trimestral de evaluación del Plan de mantenimiento preventivo de equipos	
GIN	Gestión de Insumos y materiales	GIM-1	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	GIM-1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	Implementar la R. D que aprueba el manual de procedimiento para el control de insumos y materiales con el respectivo Informe de implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén con verificación de la Lista de chequeo del cumplimiento del manual	
				GIM-1-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Implementar el Plan anual de adquisiciones, Evaluar el Plan Anual de Adquisiciones y realizar el Informe de los bienes adquiridos según el Plan Anual de Adquisiciones	
		GIM-1-3		Se identifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	Implementar el Libro de registro manual o electrónico de entrega de insumos y materiales de acuerdo la programación de requerimientos y realizar el Informe de evaluación del libro de registro de entrega de insumos y materiales.		
		GIM-1-4		Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales.	Implementación del Libro de registro manual o electrónico de opinión de técnicos en el proceso de la adquisición de insumos y materiales con el respectivo Informe de Auditoría de los procesos de adquisición con verificación de la Lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales		
	Gestión de la Información	GIN-2	GIN-2-1	El establecimiento de salud tiene mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.	GIN-2-1		Implementar un Proyecto de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información
					GIN-2-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.	Implementación de la Encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de información
GMD	Gestión de medicamentos	GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	GMD-3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	Informe de capacitación al personal de farmacia Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia	
				MRS-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de atención de los usuarios las 24 horas del día.	Implementar la RD que aprueba el Sistema de Evaluación Socioeconómica Institucional	
MRS	Manejo del riesgo social	MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS-1-3	El servicio salud cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENEC.	Equipamiento con Equipos de Computación con Internet para realizar la Lista de chequeo para verificar el cruce de información con ESSALUD y RENEC	



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Comercialización de los Productos Básicos de Justicia y Equidad

Código	Macroproceso	Código Objeto		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
NYD	Nutrición y dietética	NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	NYD1-4	El establecimiento cuenta con las normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.	Implementar la RD que aprueba el Manual de Manipulación de alimentos de acuerdo a normatividad vigente además del Informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos con verificación de la Lista de chequeo para verificar el Cumplimiento del Manual de Manipulación de Alimentos.
				NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.	Implementar la RD que aprueba el Manual de Buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles con verificación de la Lista de chequeo en función de la norma.
RCR	Referencia y contrarreferencia	RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.	Implementar los informes manuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrarreferidos.
		RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	RCR4-3	El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrarreferencia comunal y los registra.	Implementar los formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal.
CGP	Control de la gestión y prestación	CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.	Certificados de capacitación de 60 horas o más, en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable.
				CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.	Mejorar con los indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias regionales.
				CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.	Evaluación de la aplicación de las GPC en algunas de las atenciones de emergencia de forma continua.
				CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.	Intensificar la auditoría de la atención en emergencias obstétricas y neonatales de acuerdo al GPC además del Informe de PCM.
				CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.	Realizar auditorías o informes o Reportes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los últimos dos trimestres para que los resultados sean en los niveles esperados.
CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.	Mejorar en la identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión Informe de procesos de mejora establecidos.				



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO*Acto del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de los Heroicos Batallas de Junín y Ayacucho*

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
RIR	Diseccionamiento	DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia, y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.	actualización del ASIS de acuerdo a la necesidades por etapas de vida.
				DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.	actualización del ASIS de acuerdo a la necesidades por etapas de vida y actas de reuniones para formulación del ASIS
				DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.	Los diferentes servicios deben de contar con la R.D. de aprobación de Guías de Práctica Clínica
				DIR1-8	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).	cumplimiento del Plan Operativo Anual
		DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencia son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud.	se debe de regularizar Documento de asignación a responsables de las actividades del Plan de Contingencia
		DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.	mejorar el avance a más del 80% de acuerdo al POA.		
GCA	Gestión de la calidad	GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.	Constancias de capacitación
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación.	implementar el Documento oficial de conformación de los equipos de mejoramiento continuo, actas de reuniones de las actividades e informes de avance de los proyectos de mejora continua
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad.	implementar el Documento con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados
		GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brinda a sus usuarios y es adecuado mutuamente según realidades locales.	Documento oficial que ha definido y difunde el paquete de información al usuario. Trípticos, panfletos, spots, culturalmentes.
		GCA2-5	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónica, económica, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar...	propuesta de acciones factibles de implementar.		



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Plan del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestras Independencias, y de la Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
GCA	Sesión de la calidad	GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los	GCA2-B	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y satisfacción.	Implementar Fluxogramas actuales general, por servicio y Elementos de satisfacción.
		GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	GCA3-5	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.	Implementar la evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.
				GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Informe mensual de atención de quejas o reclamos
				GCA3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Documento que defina metas de usuarios satisfechos por la atención recibida
				GCA3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su entorno laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Implementar el Documento que defina metas de trabajadores satisfechos en su entorno laboral y el Informe de Encuestas de Clima Organizacional
				GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.	Implementar Proyectos de mejora e Informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora
GRH	Gestión de recursos humanos	GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.	Implementar MOF aprobado con RD
				GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.	Implementar Procedimientos documentados oficializado de inducción del personal a todo el personal.
		GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.	Implementar Libro de actas de reuniones para realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional periódicamente.
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos y además Informe de propuestas al área respectiva	Implementar las Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos y además Informe de propuestas al área respectiva



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Plata del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestras Independencias, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
GRH	Gestión de recursos humanos	GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cuidar la salud del personal asistencial.	manejo y socialización del Manual de bioseguridad y el Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario
		GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.	Plan anual de capacitación implementado en el MAIS y el Informe de evaluaciones trimestrales del plan
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.	actualizar el Plan anual de capacitación de los recursos humanos e Informe de evaluaciones trimestrales del plan
GSD	Gestión de seguridad ante desastres	GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	adjuntar el Certificado de Inspección Técnica, vigente
		GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-2	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.	Guías de manejo de emergencias masivas y documento de difusión al personal de las guías oficiales para estas situaciones.
		GSD-3	Se dispone de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alterna en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.	Implementar Sistema alterno de comunicación.
MRA	Manejo del riesgo de atención	MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	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.	implementar documento oficial de rechazo al procedimiento o tratamiento
				MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.	Implementar los Documento oficial que contenga los Mecanismos para hacer pública
				MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cómo efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas.	implementar informes de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna.
				MRA1-7	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 46 horas).	Intervenir para la reducción de la tasa de mortalidad materna de manera sostenida.
				MRA1-8	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previo información al paciente acerca de riesgos y beneficios de...	implementación de formatos de consentimiento informado para no todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Acto del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroínas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio	Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES		
MRA	Manejo del riesgo de atención	MRA-1		El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	MRA1-0	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí mismo su consentimiento o cuando se trata de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado...	Implementación de Formatos de consentimiento informado
		MRA-4		El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión recolección, análisis y reporte.	MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibiología.	Implementar el seguimiento y el informe mensual de la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias.
					MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles.	Implementación del registro de infecciones y del Plan oficial de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
		MRA-5		El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y confiables.	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica los guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas.	Implementación de Guías de atención de enfermería actualizadas aprobadas con R.D. y su difusión al personal.
		MRA-6		El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas.	Implementación del más del 80% de la indumentaria de protección para sus labores acorde a los riesgos del personal.
					MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios.	Implementación del documento y difusión que contenga instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y las precauciones por adoptarse.
					MRA6-5	El personal del establecimiento aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	difusión del Manual de prevención y atención de riesgos
		MRA-7		El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-1	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal.	difusión del Manual para la eliminación de residuos sólidos
		MRA-8		El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	MRA8-1	El establecimiento de salud 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 externos, garantizando el acceso a este servicio.	referativos de documentos de coordinación
MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de las obras elevadas.				referativos de documentos de coordinación		



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Himno del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio	Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES	
ATA	Atención ambulatoria	ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-1	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.	Cartera de servicios publicada con mensajes no son comprensible por los usuarios
				ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.	Inducción y capacitación de personal a documento de capacitación
				ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días sofisticados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.	Implementación de mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria.
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria.	Implementación de los mecanismos de atención preferencial en todas las áreas de la atención ambulatoria.
		ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.	Implementación de Guías de práctica clínica abordando patologías más frecuentes identificadas en las diversas etapas de vida.
				ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.	Evaluar cumplimiento de las guías de práctica clínica e informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año.
				ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención presencial y sus resultados están dentro de los rangos esperados.	Seguimiento de los resultados
		ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de las principales afecciones crónico-degenerativas, transmisibles y prevalentes.	ATA3-2	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.	Implementa estrategias educativo comunicacionales



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Acta del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Héroicas Batallas de Junín y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
ATH	Atención de hospitalización	ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.	mejorar los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio con implementación de las mismas.
				ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto.	encuestas a familiares o pareja del acompañamiento de la gestante en la atención de parto.
		ATH-2	El establecimiento de salud ofrece las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad.	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender las cuotas de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada.	mejorar la atención del cuadro de necesidades, regulaciones y peticas de los servicios hospitalarios o SIGA.
		ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario.	ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.	mejorar con el Registro de Infecciones Intrahospitalarias y eventos adversos y el análisis respectivo.
		ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados.	ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guía de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.	elaborar el ASIS Institucional o documento similar y /o guías de práctica clínica aprobadas con RD.
				ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.	evolución e informe trimestral/semestral de indicadores (FON), según norma.
		ATH-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento.	ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica.	mejorar el reporte de concordancia de Planes de trabajo de las Historias clínicas y las guías de práctica clínica.
ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.			seguimiento de informes recomendaciones posteriores.		
ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución.			encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)		
ATQ	Atención quirúrgica	ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas.	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico.	regularizar la Programación de actividades del centro quirúrgico del último año y el informe de evaluación de actividades del centro quirúrgico del último año.
				ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo consulta y lo aplica.	implementar el Manual de procedimientos (MAPRO) del centro quirúrgico aprobado y verificar la Lista de chequeo en base al MAPRO del servicio.
				ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-obstétrica-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación perioperatoria y consulta de anest. ...)	socializar las Guías de manejo quirúrgico y anestésico de las diez intervenciones más frecuentes que se realizan y el respectivo informe de cumplimiento.



PERÚ

Ministerio
de SaludRED DE SALUD
YUNGUYO

Plan del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Reconstrucción de las Heroicas Batallas de Junco y Ayacucho

Código	Macroproceso	Código Criterio		Código Criterio	Criterio	RECOMENDACIONES
ATQ	Atención quirúrgica	ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos.	ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.	análisis e informe de las cirugías suspendidas y el informe/actas de implementación de medidas correctivas
				ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas.	análisis de las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.
				ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.	análisis de las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y la toma de acciones correctivas
		ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	ATQ4-2	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.	implementación de Proyectos de mejora continua producto de las auditorías
EMG	Atención de emergencias	EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio.	implementar lista de chequeo de mecanismos de información al usuario de emergencia y Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio
				EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptada con respeto de la interculturalidad según realidad.	implementar Cartel sobre atención de usuarios con enfoque de interculturalidad según realidad local
		EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.	implementación de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia las 24 horas.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL DE
SALUD PUNO

RED DE SALUD
YUNGUYO

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

8. PUNTAJE ALCANZADO:

El puntaje final es de 79% de autoevaluación para la acreditación. Además, se Identificó la necesidad de implementar acciones de mejora sobre los macroprocesos que obtuvieron puntaje menor del 85%.

9. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones están dadas según observaciones en cada ítem de cada macroproceso.

10. ANEXOS

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

Establecimiento : 00003349-YUNGUYO
Tipo de Establecimiento : II-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Periodo : 4

Macroprocesos	Criterios eval					Nro total criterios			MACROPROCESO				CATEGORÍAS	
	E	P	R	T		P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Máx. x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
									Total	Total	%	Total	Total	%
Direcciónamiento	11	6	4	1	11				52,48	38,59	73,53			
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11				39,36	25,47	64,71			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22				45,92	40,32	87,80			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50				45,92	33,56	73,08			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21				13,12	11,25	85,71			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15				32,80	22,71	69,23			
Atención ambulatoria	14	6	6	0	14				45,92	32,14	70,00			
Atención extramural	0	0	0	0	0				0,00	0,00	0,00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24				45,92	35,82	78,00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14				45,92	44,71	97,37			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24				45,92	40,06	87,23			
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	13,42	81,82			
Admisión y alta	16	3	7	6	16				16,40	10,31	62,86			
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13				16,40	14,35	87,50			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15				16,40	14,82	90,38			
Gestión de la información	14	6	7	1	14				16,40	12,12	73,91			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17				16,40	12,16	74,14			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6				16,40	14,91	90,91			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10				16,40	14,47	88,24			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8				16,40	14,51	88,46			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12				16,40	10,13	61,76			
Total	328	128	159	41	328				577,28	455,61		577,28	458,71	
												Puntaje Final (%)	79	

RESULTADO FINAL

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

Calificaciones :

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

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

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

Aprobado (85% o más)