



la consolidación de nuestra Independencia, y de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Macusani, 12 de Diciembre del 2024

SEÑOR : M.C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO
DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
ATENCIÓN A : DIRECCIÓN DE CALIDAD
ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 -
CRITERIO 4 DE C.M. FICHA N° 44

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez Remitir formalmente el Informe Técnico de Autoevaluación periodo 2024, siendo este parte del Criterio N° 4 de C.M. Ficha N° 44 de Convenios de Gestión "Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de Salud" a su Dirección de Calidad – DIRESA Puno, se adjunta informe de por la Unidad de Gestión de Calidad en Salud de la Red Carabaya (establecimientos de primer nivel de atención y Hospital San Martín de Porres Macusani)

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a Ud. mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
REDES CARABAYA
M. Carlos A. Gallegos Gallegos
CIRUJANO DENTISTA
COP. 9749
DIRECTOR

INFORME N° 007 -2024-DIRESA PUNO/C.G.C./ UE.RED CARABAYA

DE : C.D. Karen Isabel Herrera Machaca
Coordinador de Sistema de Gestión de Calidad

AL : Mg. Carlos Alberto Gallegos Gallegos
Director de la Red de Salud Carabaya

ASUNTO : ELEVA INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL Y HOSPITAL DE LA RED DE SALUD CARABAYA-2024

FECHA : Macusani 12 de diciembre del 2024



Tenemos a bien de dirigimos a usted, para saludarlo al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, se ha concluido con el proceso de la fase de autoevaluación en cumplimiento del Plan de autoevaluación para la acreditación, realizados en los diferentes establecimientos de salud de la Red Carabaya en los siguientes términos:

PRIMERO: Se inicia con un cronograma de actividades, para lo cual se conforman los comités de acreditación.

SEGUNDO: Se hace la capacitación virtual respectiva sobre lo referente.

TERCERO: Los EE.SS. dan fechas aproximadas para el inicio y termino de autoevaluación de todos los establecimientos de salud, divididos por Micro Redes.

CUARTO: Inicio de Autoevaluación con los Establecimientos de salud, entrega de "Listado de Estándares de acreditación para Establecimientos de Salud".

QUINTO: Hacen alcance de los formatos en forma Grupal, por cada Cabecera de Micro Red.

SEXTO: Digitación de los resultados al aplicativo de Acreditación, y envió virtual del resultado a los jefes y responsables de los comités de los establecimientos de primer nivel

SÉPTIMO: Elaboración de Informe y resultados de cada Establecimiento de salud de primer nivel y Hospital de la Red Carabaya.

Sin otro en particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de estima personal.

Atentamente,



C.D. Karen Isabel Herrera Machaca
C.O.F. 20213
COORDINADORA DE SISTEMA DE GESTIÓN DE SALUD EN SALUD

1. PRESENTACION.

La Autoevaluación es un proceso de reflexión sistemático, una modalidad de evaluación integral, considerando desde la planta física y el equipamiento; hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija, con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido accesible y real y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución, con el propósito de que se puedan emitir juicios, que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para que se consoliden las fortalezas que se detecte, se enmienden los errores ubicados y de esta forma, la institución se retroalimenta para conseguir un mejoramiento en la calidad de sus servicios.

La Red de Salud Carabaya consciente de sus responsabilidades como institución de brindar servicios de calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser para el proceso que nos llevara a la acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, las sugerencias recibidas de las instancias técnicas, se trabajó con el Equipo de Autoevaluación para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, el resultado o producto final es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, así como de mejorar la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortalecimiento sus capacidades en forma continua.

2. OBJETIVOS.

Medir el grado de calidad en el desempeño de los trabajadores de salud en la prestación de servicios a los usuarios, permitiendo determinar el dato inicial o basal para seguir mejorando en forma continua la calidad.

3. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todas las Unidades Orgánicas y Funcionales que conforma la Red de Salud Carabaya, abordándose según macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que se desarrollan en los diferentes Establecimientos de Salud.

4. METODOLOGIA DE EVALUACION:

Entre métodos más utilizados durante el proceso, tenemos las sugeridas en la guía del evaluador.

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, tomando en cuenta el marco normativo, la metodología desarrollada comprendida.

5. EQUIPO EVALUADOR

La Organización de los Evaluadores Internos

Se realizó la comunicación respectiva de inicio de autoevaluación a las instancias correspondientes. Se dio la capacitación de forma virtual a los grupos conformados (comités de Autoevaluación por micro red) y a su vez a los jefes de cada Establecimiento de Salud Y/O a los encargados de comités, para el proceso de Autoevaluación 2024. Aprobado la conformación del equipo de Evaluadores Internos de establecimiento de primer nivel mediante R.D N° 098-2024-DIR-RED de S.CARABAYA/RR.HH, y evaluadores internos de segundo nivel mediante 082-2024-DIR-RED de S.CARABAYA/RR.HH.

Interacción con los responsables de los Establecimientos de Salud

- La reunión y Capacitación a los Comités según cada Micro red, donde cada M.R. presentó el cronograma de inicio y termino.
- El equipo evaluador propone sub equipos con líderes que realice la Autoevaluación de los establecimientos.
- Las Técnicas utilizadas por el equipo de autoevaluación fue de verificación, revisión de documentos, observación y entrevistas.

- Los Instrumentos utilizados fueron el “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría de I-1, I-2, I-3, I-4 y II-2”, el ANEXO 8 provista por el Equipo Técnico del Ministerio de Salud y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con sus formatos.
- Cada Establecimiento con sus Equipos evaluadores Internos, realizaron la Autoevaluación con los Criterios ya Mencionados, haciendo llegar el formato de “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud” de forma virtual, para ingresar al aplicativo y así en colaboración de la oficina de S.G.C.S. se le da la respectiva calificación.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN - DEL PROCESO DE EVALUACION.

El proceso de autoevaluación abarco los puntos o pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, aunque no fueron totalmente secuenciales, pues la dinámica institucional y la realidad de los hechos no siempre garantiza lo teórico; así mismo señalarse que la Guía es como su nombre dice un medio que facilita el trabajo siendo entonces dicho documento un Instrumento y no el objetivo en sí mismo.

Al concluir el proceso de evaluación se presenta el cumplimiento del Plan de Autoevaluación con los resultados y hallazgos, las recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES

Se encuentran varios documentos de gestión sin actualizar, tanto a nivel de la RED como de los establecimientos de primer nivel.

Tanto la infraestructura y la cantidad de personal no son acordes a la categoría del establecimiento.

El personal responsable de realizar la autoevaluación no es el mismo de cada año ya que hay movimientos de personal o son SERUMS.

8. PUNTAJE ALCANZADO.

Adjuntamos los reportes del aplicativo, con calificación por criterios y macroprocesos con el puntaje del resultado final que detalla NO aprobado ó aprobado y otros reportes del aplicativo.

REGISTRO DE RESULTADO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD - RED DE SALUD CARABAYA – 2024

Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud - 2024

CRITERIO 4

	N°	N° RENIPRES	CATEGORIA	NOMBRE DEL EE.SS.	FECHA DE ENTREGA DE LISTADO DE ESTANDARES PARA LA ACREDITACIÓN	RESULTADO DE AUTOEVALUACION	
MICRO RED ISIVILLA	2	2976	I-2	P.S. TANTAMACO	2/09/2024	31%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	3	7404	I-1	P.S. QUELCAYA	7/09/2024	54%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	4	2959	I-1	P.S. CHACACONIZA	27/09/2024	62%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	5	2968	I-2	P.S. CORANI	27/09/2024	57%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	6	7403	I-1	P.S. AYMAÑA	4/12/2024	44%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	7	2978	I-2	P.S. AZAROMA	30/09/2024	66%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	MICRO RED SAN GABÁN	9	2981	I-4	C.S. SAN GABAN	2/12/2024	67%
10		2979	I-1	P.S. CHACANEQUE	3/10/2024	48%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
12		2982	I-1	P.S. CUESTA BLANCA	3/10/2024	80%	No aprobado – subsanar en 6 meses
13		2983	I-1	P.S. LECHEMAYO	3/10/2024	73%	No aprobado – subsanar en 6 meses
14		6701	I-2	P.S. LOROMAYO	11/11/2024	61%	No aprobado – subsanar en 9 meses
MICRO RED AYAPATA	15	2965	I-4	C.S. AYAPATA	2/09/2024	34%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	16	9913	I-1	P.S. KCANA	2/09/2024	20%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	17	2967	I-2	P.S. ESCALERA	2/09/2024	27%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	18	2966	I-1	P.S. TAYPE	25/09/2024	64%	No aprobado – subsanar en 9 meses
MICRO RED TAMBILLO	19	2972	I-2	P.S. TAMBILLO	20/09/2024	79%	No aprobado – subsanar en 6 meses
	20	2971	I-2	P.S. ITUATA	27/11/2024	80%	No aprobado – subsanar en 6 meses
	21	2973	I-2	P.S. UPINA	1/12/2024	68%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	22	10093	I-1	P.S.TAYACCUCHO	1/12/2024	57%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	23	24140	I-1	P.S. PAGO CARABAYA	26/08/2024	51%	No aprobado – subsanar en 9 meses
MICRO RED MACUSANI	24	2974	I-3	C.S. METROPOLITANO	27/09/2024	39%	No aprobado – reiniciar desde la autoevaluación
	25	2964	I-3	C.S. AJOYANI	2/12/2024	58%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	26	2977	I-3	C.S. OLLACHEA	8/11/2024	80%	No aprobado – subsanar en 6 meses
	27	2975	I-2	P.S. PACAJE	21/11/2024	59%	No aprobado – subsanar en 9 meses
	29	31179	II-2	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	12/11/2024	61%	No aprobado – subsanar en 9 meses

INFORMACION BASICA.

8.1. Equipo evaluador

Compuesto por los siguientes trabajadores según R.D N° 098-2024-DIR-RED de S.CARABAYA/RR.HH, y 082-2024-DIR-RED de S.CARABAYA/RR.HH.



Resolución Directoral

Macusani, 23 de Mayo del 2024

VISTO:

El Expediente N° 4906-2024 que contiene el OFICIO N° 002-2024/DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C. de fecha de 23 de Mayo de 2024, de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, que solicita la emisión de acto resolutorio de conformación del EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA RED DE SALUD CARABAYA, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la Salud, es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término acreditación como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de Salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Normas Técnicas de Salud para la acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo Institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el "Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud.

Que, mediante OFICIO N° 002-2024/DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C. de fecha de 23 de Mayo de 2024, la Unidad de Sistema de Gestión de Calidad en Salud, solicita la emisión de acto resolutorio de CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DE LA RED DE SALUD CARABAYA, conforme a lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Normas Técnicas de Salud para la acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención en las diferentes establecimientos de salud del ámbito de la Red de Salud Carabaya, por lo cual es pertinente emitir el acto resolutorio respectivo, conforme a la propuesta presentada;

Que, de conformidad Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02; la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01; la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA; Resolución Ministerial N° 405 - 2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en Salud en cada Región y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones y la estructura orgánica de la Dirección de Salud de Puno; y



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
RED DE SALUD CARABAYA
Jr. Grau N° 811



Resolución Directoral

Macusani, 23 de Mayo del 2024

Estando a lo dispuesto por la Dirección de la Red de Salud Carabaya – Macusani y lo informado por la Unidad de Recursos Humanos, con la visación de la Oficina de administración y asesoría Jurídica de la Red de Salud Carabaya;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- CONFORMAR a partir de la fecha EL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA RED DE SALUD CARABAYA 2024, el mismo que estará integrado por los siguientes Profesionales:

MICRO RED ISIVILLA

EE.SS	N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO DE EQUIPO
C.S. ISIVILLA	1	COLOUEHUANCAHAÑARI, MARY CELIA	OBSTETRA	PRESIDENTE
	2	SUPO GALINDO, PILAR DORIS	LICENCIADO EN ENFERMERIA	SECRETARIO
	3	TEVEZ COYLA, ATILIO JUAN	BIOLOGO	VOCAL
	4	MORALES ZAMUDIO, LYN NALUZ	QUIMICO FARMACEUTICO	VOCAL
P.S. TANTAMACO	1	CATELLANOS MENENDEZ, ELENA EVELYNG	OBSTETRA	PRESIDENTE
P.S. QUELCAYA	1	QUISPE PÉREZ, TANIA ESTHER	OBSTETRA	PRESIDENTE
P.S. CHACACONIZA	1	CHATA MAMANI EDITH YESSICA	OBSTETRA	PRESIDENTE
P.S. CORANI	1	MENDOZA CACERES, YEMINA	CIRUJANO DENTISTA	PRESIDENTE
P.S. AYMAÑA	1	LLACSA MAMANI, SONIA	LICENCIADO EN ENFERMERIA	PRESIDENTE
P.S. AZAROMA	1	CARRASCO DE LA CRUZ, NURY PIERINNA	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
P.S. PUMACHANCA	1	MAITA RAMOS, SONIA	LICENCIADO EN ENFERMERIA	PRESIDENTE

MICRO RED SAN GABAN

EE.SS.	N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO DE EQUIPO
C.S. SAN GABAN	1	MAMANI CCARITA, MANUELA	OBSTETRA	PRESIDENTE
	2	MACEDO ZANABRIA, JESSICA	LICENCIADA EN ENFERMERIA	SECRETARIO
P.S. Chacaneque	1	MAQUE CHECA, GIANNY MIRELLA	OBSTETRA	PRESIDENTE
P.S. Puerto Manoa	1	GONZALES VIDANGOS, HELMUT FERNANDO	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
P.S. Cuesta Blanca	1	CCALLATA PEQUEÑA MAYCOL MAGQUIVER	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
P.S. Lechemayo	1	BUSTAMANTE YUJRA, GUINA SOLEDAD	CIRUJANO DENTISTA	PRESIDENTE
P.S. Loromayo	1	CCORIMANYA SACCA HECTOR PAUL NELSON	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE

MICRO RED AYAPATA

EE.SS.	N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO DE EQUIPO
C.S. AYAPATA	1	YUPANQUI AZA, ADOLFO CESAR	MEDICO	PRESIDENTE
	2	MENDIZABAL QUILCA, JHIOMARA	CIRUJANO DENTISTA	SECRETARIO
	3	ARAQZ MAMANI, AYDEE	BIOLOGA	VOCAL
P.S. KCANA	1	MAMANI CHOQUEHUANCA, YANETTY LISBETH	OBSTETRA	PRESIDENTE
P.S. ESCALERA	1	FLORES LOPEZ JESHU EMANUEL	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE



Resolución Directoral

Macusani, 23 de Mayo del 2024

P.S. TAYPE	1	QUISPE BALDEON, CARMEN YAHAIRA	OBSTETRA	PRESIDENTE
------------	---	--------------------------------	----------	------------

MICRO RED TAMBILLO

EE.SS.	Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO DE EQUIPO
P.S. TAMBILLO	1	BALCONA LUJANO, VICENTE YTALO	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
	2	MAMANI APAZA CRISTHIAN POOL	LICENCIADO EN ENFERMERIA	SECRETARIO
P.S. ITUATA	1	DUEÑAS CASTILLO, ANA MARÍA	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
P.S. UPINA	1	HUAMÁN LOAYZA, YOMIRA CLAUDIA	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
P.S. TAYACCUCHO	1	FLORES VELANQUEZ, WILFREDO	LIC. ENFERMERÍA	PRESIDENTE
P.S. PAGO CARABAYA	1	ALIAGA ANCO, BLANCA METALIT	LIC. ENFERMERÍA	PRESIDENTE

MICRO RED MACUSANI

EE.SS.	Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO DE EQUIPO
C.S. METROPOLITANO	1	GONZALES TITO, HERMOGENES	LICENCIADO EN ENFERMERIA	PRESIDENTE
	2	COLOQUE COORI, LARISA	LICENCIADO EN ENFERMERIA	SECRETARIO
	3	CONDORI GONZALES, GUADALUPE	LICENCIADO EN ENFERMERIA	VOCAL
	4	MOROCCO CCAMA, DELIA VERONICA	LICENCIADO EN ENFERMERIA	VOCAL
C.S. AJOYANI	1	QUISPE HUAMAN, ELVIA ELIZABETH	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
	2	APAZA SUCA, EDIE SAUL	CIRUJANO DENTISTA	SECRETARIO
C.S. OLLACHEA	1	HUAMAN BACHLO, HANNER STEVEN	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
	2	LEON PERES, WILLIAM ANTONIO	CIRUJANO DENTISTA	SECRETARIO
P.S. PACAJE	1	PÉREZ APAZA, MARILENA TERESA	OBSTETRA	PRESIDENTE

ARTICULO SEGUNDO.- TRANSCRIBIR Y NOTIFICAR la presente Resolución al interesado, Oficinas e instancias administrativas respectivas, para su conocimiento y fines correspondientes.

ARTICULO TERCERO.- DEJAR SIN EFECTO todo acto administrativo que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO.- DISPONER a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución y Reglamento en el Portal Institucional de la entidad.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

C.c.
Dirección,
Oficina de RR.HH.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
MACUSANI
Mg. Carlos A. Gallegos Gallegos
CIRUJANO DENTISTA
DIRECTOR

8.2 Instrumentos utilizados:

- Norma técnica de salud, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo NT N° 50-MINSA/DGSP-V.02 aprobada con RM N° 456-2007/MINSA.
- Aplicativo de acreditación.
- Listado de estándares de acreditación de establecimientos.
- Guía Técnica del evaluador RM N° 270-2009/MINSA
- Formatos de registro de datos.
- Anexo 8 para la acreditación.

8.3 Funciones cumplidas:

- Autoevaluación de los Establecimientos de salud.
- Se cumplió con todos los procesos de evaluación interna.
- Calificación objetiva y concordada entre los miembros de evaluadores de cada cabecera de Micro Red.
- También se determinó a los responsables para el cumplimiento de la mejora.

8.4 Adjuntamos: los reportes del aplicativo, con calificación por criterios y macroprocesos con el puntaje del resultado final que detalla NO aprobado ó aprobado y otros reportes del aplicativo (en Anexos).

9. RECOMENDACIONES GENERALES

- Los jefes de los establecimientos son responsables de la mejora de los criterios encontrados como débiles.
- El Comité del Centro de Salud, está comprometido a iniciar con el proceso de mejora de la calidad.
- El equipo de Calidad de la REDES es la encargada del soporte técnico, así como del monitoreo y seguimiento.
- El director de la REDES es responsable de generar los proyectos de inversión, su aprobación y de buscar financiamiento.

VI. ANEXOS

Copia del Formato de Registro para autoevaluación donde está el puntaje obtenido del Criterio de evaluación según Macroprocesos de los establecimientos de primer nivel de atención e informe del segundo nivel Hospital San Martín de Porres Macusani II-2.

Es cuanto informamos para su conocimiento y demás fines.

Atentamente,

MICRO RED ISIVILLA

Establecimiento : 00002976-PUESTO DE SALUD TANTAMACO

Tipo de Establecimiento : I-2

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Periodo : 1

MACROPROCESO CATEGORIAS

Macroprocesos	Criterios eval			Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	E	P	R	T	R	T						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	11.37	53.85				
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.92	50.00				
Gestión de la calidad	16	6	5	7	16	18.48	0.75	4.05				
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	5.17	28.00				
Gestión de seguridad ante desastres	6	5	3	0	6	5.28	1.68	31.82				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	5.40	40.91				
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	6.67	36.11				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	10.33	55.88				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Docencia e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00				
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	6.60	0.97	14.71				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45				
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.40	36.36				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.41	21.43				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73	11.11				
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	1.10	16.67				
Total	132	63	54	15	132	200.64	62.21					
						200.64	61.42					
							Puntaje Final (%)					
												31

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

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)

[Signature]
EDUARDO RAMÍREZ
 COORDINADOR
 P.S. TANTAMACO

[Signature]
RED DE SALUD CAMBAYA
 MR ISIVILLA, MS. TANTAMACO
 Tulumayo, Carapalza, Zavalaga, Suacasa
 MEDICINA CAMBAYA
 C.M.P. 107617

[Signature]
Gregorio Quispe Quispe
 TEC. ENF.

[Signature]
Red de Salud Toledo Quispe
 Lic. EN ENFERMERIA
 CEP. 011126
 P.S. TANTAMACO

Establecimiento : 00002968-PUESTO DE SALUD CORANI
 Tipo de Establecimiento : I-2
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Período : 1

Macroprocesos	Criterios eval				Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	E	P	R	T	E	P	R	T						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	16.25	76.92	Total	%	Total	%		
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	5.66	35.71	Total	%	70.22	47.85		
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	4.00	21.62	Total	%	80.26	71.46		
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	12.57	69.00	Total	%	200.64	113.85		
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	0.96	18.18	Total	%	200.64	113.85		
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.80	36.36	Total	%	200.64	113.85		
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	10.27	55.56	Total	%	200.64	113.85		
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	10.87	58.82	Total	%	200.64	113.85		
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00	Total	%	200.64	113.85		
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67	Total	%	200.64	113.85		
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	5.44	82.35	Total	%	200.64	113.85		
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45	Total	%	200.64	113.85		
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.10	31.82	Total	%	200.64	113.85		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00	Total	%	200.64	113.85		
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.57	38.89	Total	%	200.64	113.85		
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	0.00	0.00	Total	%	200.64	113.85		
Total	132	63	54	15	132	200.64	107.94		113.85		57			

RESULTADO FINAL

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

Calificaciones :

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

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

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

Aprobado (85% o más)

Establecimiento : 00007403-PUESTO DE SALUD AYMAÑA

I-1

Tipo de Establecimiento :

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Período : 1

Macroprocesos	Criterios eval				Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso		Puntaje Obtenido a Macro proceso		Cumplimiento nro x Macro proceso		Puntaje Obtenido a Categoría		Puntaje Máx. x categoría		Cumplimiento a categoría	
	E	P	R	T	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	Total	Total	%		
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	9.04	50.00	18.08	9.04	50.00	60.12	20.95	49.82					
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	8.72	64.29	13.56	8.72	64.29								
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	2.35	14.86	15.82	2.35	14.86								
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	9.29	58.70	15.82	9.29	58.70								
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.67	59.09	4.52	2.67	59.09								
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	7.35	65.00	11.30	7.35	65.00								
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	10.99	69.44	15.82	10.99	69.44								
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	7.91	50.00	15.82	7.91	50.00								
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	0.00	0.00	15.82	0.00	0.00								
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	2.83	50.00	5.65	2.83	50.00								
Referencia y contrareferencia	8	6	0	2	8	5.65	3.53	62.50	5.65	3.53	62.50								
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.04	71.43	5.65	4.04	71.43								
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	1.70	30.00	5.65	1.70	30.00								
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	2.83	50.00	5.65	2.83	50.00								
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	0.00	0.00	5.65	0.00	0.00								
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00								
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	2.51	44.44	5.65	2.51	44.44								
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	1.41	25.00	5.65	1.41	25.00								
Total	113	56	43	14	113	171.76	77.14		171.76	77.14		171.76	75.19	44					

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

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)

Dr. Nelson P. Flores Montoya
MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 10.2.154
 P.S. AYMAÑA

Somayra S. Asamani
LIC. ENFERMERA
 P.S. AYMAÑA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD
CARABAYA

MR. ISMILLA

PS. AZAROMA

Azaroma, 30 noviembre del 2024

OFICIO N° 81 – 2024 – P.S.A./M.R.I./RED CARABAYA

SEÑOR: DR. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS

DIRECTOR RED DE SALUD CARABAYA

PRESENTE

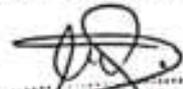
ASUNTO RESULTADO DE AUTOEVALUACION

ATENCION UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Mediante el presente me dirijo a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo. Presentar el RESULTADO DE AUTOEVALUACION (CUADRO SEMAFORIZADO) para la acreditación del establecimiento de salud según su categoría .

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi mayor consideración

ATENTAMENTE


Ana Tacuri
OBSTETRA
COP. 27040
P.S. AZAROMA

Establecimiento : 00002978-AZAROMA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO					CATEGORÍAS					
	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento a categoría
		E	P	R	T						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	21.12	100.00			
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	12.45	78.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.99	64.96			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	14.41	78.00			
Gestión de seguridad ante desastres	6	5	3	0	6	5.28	3.12	59.09			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	8.40	63.64			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.83	69.44			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	14.13	76.47			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	6.05	91.67			
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.49	52.94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.50	68.18			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.66	85.71			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	4.77	72.22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	138.90		200.64	131.80	
									Puntaje Final (%)	66	

RESULTADO FINAL

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

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)



MICRO RED SAN GABAN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

San Gabán, 02 diciembre del 2024, CARABAYA

OFICIO N° 120-2024-MINSA/RDSC/MRSG-CS.SAN GABAN

CONTROL DE RECEPCIÓN
TRAMITE DOCUMENTARIO

02 DIC 2024

Reg. N°: 11697 FOLIO: 02

HORA: 15:06 FIRMA: H

**SEÑOR : CD MG. CARLOS GALLEGOS GALLEGOS
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA**

**DE : LIC JESSICA ALICIA MACEDO ZANABRIA
JEFE DE LA MICRORED SAN GABAN**

**ATENCION: CD KAREN HERRERA
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SISTEMA DE GESTION DE
CALIDAD EN SALUD.**

Presente. -

**ASUNTO: ENTREGA DE LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION
PARA EESS CATEGORIA I-4**

Mediante el presente me dirijo a Ud. Con respeto para saludarle y así mismo hacer llegar a su despacho el **CUADRO SEMAFORIZADO** del resultado de la **AUTOEVALUACION** del Centro de Salud San Gabán.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para expresarles las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente;



RED DE SALUD CARABAYA
C.S. SAN GABAN

Lic. Jessica Alicia Macedo Zanabria
JEFE MICRORED
CES 10275

Calidad



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
AREQUIPA

Mg. Carlos A. Gallegos Gallegos
COORDINADOR GENERAL
DIRECCION

02/12/24

03 DIC 2024

78



00002851-SAN GABAN

Establecimiento :

Tipo de Establecimiento : I-4

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Período : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO					CATEGORIAS				
	Criterios eval.	E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Cumplimiento x categoría
Dirigido	11	6	4	1	11	40.64	33.47	82.35		
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	19.72	64.71		
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	26.02	73.17		71.00
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	20.00	56.25		
Gestión de seguridad ante emergencias	19	13	6	0	19	10.16	6.50	64.00		
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	20.52	80.77		
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	32.82	92.31		
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	35.56	100.00		
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	14.10	39.66		
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	30.88	86.84		
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Docencia e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	4.62	36.36		
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	6.86	54.00		
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13	12.70	10.80	85.00		
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	9.40	74.00		
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	4.99	38.24		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	3.78	29.63		
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	4.82	36.36		
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	1.95	15.38		
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	1.87	14.71		
Total	254	115	113	26	254	434.34	288.33		434.35	292.69
										67

RESULTADO FINAL

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

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)



REO DE SALUD GABARVA
C.S. SAN GABAN

Dr. Jesus Alberto Alvarez Zumbado
C.E. P. 19875



Prof. Aracelis Cruzada
VICER. INTERNA
C.E. P. 19875
C.S. SAN GABAN



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CARABAYA

PUESTO DE SALUD CHACANEQUE

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

INFORME N°011-2024/PSCB/MRSG/RESESS-CARABAYA/DIRESA-PUNO



PARA : MR CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA

DE : OBST. GIANNY MIRELLA MAQUE CHECA JEFE DEL PUESTO DE SALUD CHACANEQUE

ASUNTO : "AUTOEVALUACIÓN (CUADRO SEMAFORIZADO)"

FECHA : CHACANEQUE, 02 DE DICIEMBRE DEL 2024

Me es grato dirigirme a Usted y hacerle conocimiento sobre información solicitada por la Acreditación de Establecimiento de Salud 2024.

Se a presentado el anillado de Autoevaluación para la acreditación del Establecimiento de Salud Chacaneque, con la fechade 03/10/2024, teniendo un resultado de 48%. Cómo no aprobado.

Se adjunta CUADRO SENAFORIZADO

Sin otro particular agradezco anticipadamente su atención y hago propicia la oración para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente

[Signature] Gianni Mirella Maque Checa OBSTETRA COF. 38827 P.S. CHACANEQUE

Establecimiento : 00002979-CHACANEQUE

I-1

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Período : 1

Macroprocesos	Nro total criterios				MACROPROCESO			CATEGORÍAS			
	Criterios eval	E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18,08	3,87	21,43			
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13,56	6,30	46,43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15,82	2,78	17,57			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	9,97	63,04			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4,52	2,26	50,00			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11,30	0,57	5,00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	4,39	27,78			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15,82	3,69	23,33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15,82	15,82	100,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5,65	3,77	66,67			
Referencia y contrareferencia	8	6	0	2	8	5,65	3,53	62,50			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5,65	4,84	85,71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5,65	1,13	20,00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5,65	4,52	80,00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5,65	5,65	100,00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5,65	3,45	61,11			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	2,83	50,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	79,37		171,76	82,40	
											48

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

Calificaciones :

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

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

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

Aprobado (85% o más)





Ministerio de Salud

RED DE SALUD PUNO

RED SALUD CARABAYA

MICRO RED SAN GABÁN

PUESTO DE SALUD CUESTA BLANCA

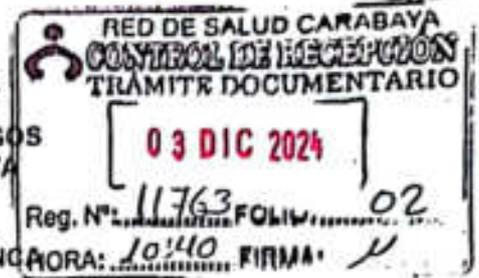
INFORME NRO:025 -2024 /PSCB-MR-SG REDESS CARABAYA

PARA : C.D. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS
 : DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA

DE : HERMINIA LUCANA CCALLO
 : JEFE DEL PUESTO DE SALUD CUESTA BLANCA

ASUNTO : AUTOEVALUACION (CUADRO SEMAFORIZADO)

FECHA : CUESTA BLANCA, 02 DE DICIEMBRE DEL 2024.



Mediante el presente me es grato saludarlo y hacerle de conocimiento sobre información solicitada por la Acreditación de Establecimientos de Salud 2024.

Se ha presentado el anillado de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de Salud Cuesta Blanca. con la fecha 03.10.2024 con un resultado de 80%. Como no aprobado.

Se adjunta:
CUADRO SEMAFORIZADO

Sin otro particular agradezco anticipadamente su atención y hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración y estima personal.



Atentamente



04 DIC 2024



Establecimiento : 00000962-CUESTA BLANCA
 Tipo de Establecimiento : 1-1
 Fecha : AutoEvaluación
 Año : 2024
 Período : 1

MACROPROCESO CA TERCERAS

Macroproceso	Hrs total operario					Puntos Unidad por hora operario	Total	Puntos Operario por hora operario	Total	Puntos Categoría Categoría	Total	%
	Operario	E	P	A	T							
Directivos	2	2	0	0	0	18.08	12.81	71.42				
Soporte de recursos humanos	8	4	0	0	0	13.66	13.08	98.43				
Control de la calidad	10	8	5	7	16	15.82	11.76	74.32				
Mantenimiento del equipo de atención	13	4	6	1	13	15.82	15.82	100.00				73.82
Soporte de logística para farmacia	8	6	5	0	4	4.82	3.70	81.82				
Control de la gestión y producción	6	3	2	1	4	11.20	1.13	10.00				
Atención al paciente	11	4	7	0	11	15.82	12.20	77.78				
Mantenimiento estructural	12	8	3	0	12	15.82	11.60	73.33				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00				83.70
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Diferencia e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención diagnóstica y terapéutica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Administración y otros	2	1	1	0	2	8.65	8.65	100.00				
Mantenimiento y conservación	8	8	0	2	8	8.65	4.47	79.17				
Atención de medicamentos	4	1	3	0	4	8.65	8.65	100.00				
Control de la información	4	3	1	0	4	8.65	4.82	80.00				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	8.65	8.65	100.00				
Mantenimiento del equipo auxiliar	2	0	1	1	2	8.65	8.65	100.00				
Administración y logística	6	0	0	0	6	0.00	0.00	0.00				
Control de recursos y materiales	8	2	2	1	3	8.65	8.65	100.00				
Control de procesos e infraestructura	3	2	0	0	2	8.65	8.65	100.00				
Total	113	50	45	14	110	171.78	135.38		171.78	137.26	80	

RESULTADO FINAL
 NO aprobado - Subsananar en 6 meses (70%-84%)

Calificación:
 NO aprobado - Subsananar desde Subnivel 1 (30%)
 NO aprobado - Subsananar en 3 meses (20%-80%)
 NO aprobado - Subsananar en 6 meses (70%-84%)
 No calificado (0% a más)



3	NO aprobado - Subsananar desde la Subcategoría - Nivel 3 (30%)
4	NO aprobado - Subsananar desde la Subcategoría - Nivel 3 (30%)
5	NO aprobado - Subsananar en 3 meses (20%-80%)
6	NO aprobado - Subsananar en 6 meses (70%-84%)
7	NO aprobado - Subsananar en 6 meses (70%-84%)
8	NO aprobado - Subsananar en 6 meses (70%-84%)

73

Establecimiento : 00002983-LECHEMAYO
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				MACROPROCESO		CATEGORÍAS	
		E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Máximo categoría	Cumplimiento categoría
						Total	%	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	100.00	18.08	100.00
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	85.71	11.62	85.71
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	59.46	9.41	59.46
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	95.65	15.13	95.65
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	98.18	3.08	98.18
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	60.00	6.78	60.00
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	94.44	14.94	94.44
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	50.00	7.91	50.00
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	100.00	15.82	100.00
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	100.00	5.65	100.00
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	75.00	4.24	75.00
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	0.00	0.00	0.00
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	90.00	5.09	90.00
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	100.00	5.65	100.00
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	0.00	0.00	0.00
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	22.22	1.26	22.22
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	0.00	0.00	0.00
Total	113	56	43	14	113	171.76		124.65	
								171.76	
								25.45	
								73	

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)



INFORME N°014-2024/PSL/MRSG/RESDESS-CARABAYA/DIRESA-PUNO

PARA : C.D CARLOS A. GALLEGOS GALLEGOS
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA

DE : OBST. REYNA SOLEDAD VILCA VILCA
JEFE DEL PUESTO DE SALUD LOROMAYO

ASUNTO : AUTOEVALUACIÓN (CUADRO SEMAFORIZADO)

FECHA : LOROMAYO 03 DE DICIEMBRE DEL 2024

OFICINA DE SALUD CARABAYA
DIRECCIÓN DE SALUD CARABAYA
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000

03 DIC 2024

Reg. N°: 11199 FOLIO: 22

1543 FIRMA: //

Me es grato dirigirme a Usted con el fin de saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo hacerle conocimiento sobre información solicitada, por la Acreditación de Establecimiento de Salud 2024. Se a presentado el anillado de Autoevaluación para la acreditación del Establecimiento de Salud LOROMAYO I-II, con un resultado de . Como no aprobado.

Se adjunta
CUADRO SENAFORIZADO

Sin otro particular agradezco anticipadamente su atención y hago propicia la oración para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente



Reyna Soledad Vilca Vilca
OBSTETRA
COP 38773
P.S. LOROMAYO

Servicio de Salud.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD CARABAYA
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000
CALLE 10 DE ABRIL N° 1000

04/12/24

04 DIC 2024

Establecimiento : 00006701-LOROMAYO
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

MACROPROCESO CATEGORÍAS

Macroprocesos	Criterios eval				Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento a Macro proceso %	Puntaje Máx x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría %
	E	P	R	T	E	P	T						
Dirigenciamiento	9	5	4	0	9	21.12	21.12	100.00					
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	12.45	78.57					
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	2.25	12.16			70.22	47.80	68.07
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	12.57	68.00					
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	6.28	4.32	81.92					
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	10.20	77.27					
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	15.40	83.33					
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	13.04	70.59					
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			80.26	54.56	67.96
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00					
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00					
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.89	55.98					
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00					
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.10	31.92			50.10	19.18	36.24
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.77	57.14					
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00					
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.93	44.44					
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	1.10	16.07					
Total	132	63	54	15	132	200.64	120.78		200.64	121.54	61		

RESULTADO FINAL

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

Calificaciones :

- NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval (< 50%)
- NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
- NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
- Aprobado (85% o más)

Director General
 INSTITUCIÓN VITAL
 C/RES 18113
 LOROMAYO

MICRO RED AYAPATA

Establecimiento : 00009913-KCANA

Tipo de Establecimiento : I-2

Fase : AutoEvaluación

Año: 2024

Periodo : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO										CATEGORIAS				
	Criterios eval			Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso		Puntaje Obtenido x Macro proceso		Cumplimiento Máximo x Macro proceso		Puntaje Obtenido x Categoría		Cumplimiento x categorías
	E	P	R	T	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%			
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	7.31	34.62							
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.92	50.00							
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	4.00	21.62							
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	2.59	14.00							
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.16	40.91							
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	0.00	0.00							
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	6.67	36.11							
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	3.26	17.65							
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00							
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67							
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	6.60	0.97	14.71							
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	2.40	36.36							
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.20	18.18							
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	0.94	14.29							
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00							
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.00	0.00							
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	0.00	0.00							
Total	132	63	54	15	132	200.64	42.17								
						200.64	40.45								
						Puntaje Final (%)	20								

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

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)




Dr. Carlos Wilson Domínguez
 OBSJETRA
 COP. 30024
 PROFESION MEDICA


Denisse S. Ruiz Condori
 Lic. en ENFERMERIA
 CEP. 109034
 P.S. KCANÁ

Establecimiento : 00002967-ESCALERA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO				CATEGORÍAS				
	Criterios eval	Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Cumplimiento to x Macro proceso	Puntaje Obtenido x Categoría	Puntaje Max. x categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R					
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	7.31	34.62	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	9.05	57.14	
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	1.00	5.41	
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	6.65	36.00	
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	0.24	4.55	
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.80	36.36	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	5.13	27.78	
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	7.07	38.24	
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00	
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	1.65	25.00	
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	6.60	2.14	32.35	
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.20	63.64	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	0.94	14.29	
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	1.98	30.00	
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.00	0.00	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	1.10	16.67	
Total	132	63	54	15	132	200.64	56.56		
						200.64	54.28		
									Puntaje Final (%)
									27

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

Calificaciones :

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

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

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

Aprobado (85% o más)



MICRO RED TAMBILLO

Tipo de Establecimiento : I-2
 AutoEvaluación
 Fase: 2024
 Año: 1
 Período :

MACROPROCESO CATEGORÍAS

Macroprocesos	Criterios eval			Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Max categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	E	P	R	T	R	T						
Direccionamiento	0	5	4	0	0	0	21.12	21.12	100.00			
Gestión de recursos humanos	0	4	5	0	0	0	15.84	13.01	82.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	15	18	18.48	9.99	54.05			
Manejo del riesgo de atención	14	4	0	1	14	15	15.52	15.52	84.00			
Gestión de seguridad ante desastres	6	5	3	0	8	5	5.28	4.58	86.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13	13.20	12.60	95.45			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18	18.48	14.89	80.66			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18	18.48	13.59	73.53			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	1	1.68	1.68	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6	6.60	3.30	50.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	16	6.60	6.21	94.12			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	11	6.60	4.80	72.73			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	11	6.60	4.20	63.64			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6	6.60	4.71	71.43			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	3	6.60	2.64	40.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	8	6.60	3.67	55.56			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6	6.60	3.30	50.00			
Total	132	63	54	15	132	200.64	156.59	200.64	100.00	79	157.54	79

RESULTADO FINAL

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

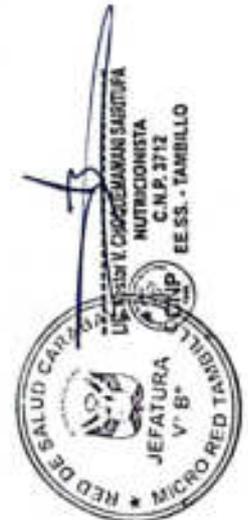
Calificaciones :

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)



Dr. Diana A. Echegaray Casos
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 10853
 P.S. TAMBILLO

Dr. José María Huancico
 OBSTETRA
 COP. 27036
 P.S. TAMBILLO



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

RED DE SALUD CARABAYA
COMITÉ DE CALIDAD
TRAMITE DOCUMENTO
04 DIC 2024
11857
CARABAYA... FOLIO...
HORA: 11:25... FIRMA

INFORME Nro. 0025-2024-P.S.ITUATA/M.R. TAMBILLO/ REIT CARABAYA

PARA : DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA
Mg. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS

ATENCIÓN : COORDINACIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD
C. D. KAREN ISABEL HERRERA MACHACA

DEL : EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL P.S. ITUATA
M.C. ANA MARIA DUEÑAS CASTILLO

ASUNTO : ELEVA INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN
INTERNA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
RED DE SALUD CARABAYA 2024.

FECHA : Ituata, 04 de diciembre del 2024.

Tenemos a bien dirigimos a usted, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, se ha concluido con el proceso de la fase de autoevaluación en cumplimiento del Plan de evaluación para la acreditación, realizado en el Puesto de Salud Ituata de Categoría I – 2, de la Red de Salud Carabaya en los siguientes términos:

I. PRESENTACIÓN.

La autoevaluación es un proceso de reflexión sistemático, una modalidad de evaluación integral, considerando desde la planta física y el equipamiento; hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija, con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido accesible y real y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución, con el propósito de que se puedan emitir juicios, que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para que se consoliden las fortalezas que se detecten, se enmienden los errores ubicados y de esta forma, la institución se retroalimenta para conseguir un mejoramiento en la calidad de sus servicios.

05 DIC 2024

Calidad
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE PUNO
Mg. Karen Isabel Herrera Machaca
COORDINADORA
C.O.C. PUNO
C.O.M.E.C. PUNO
05/12/24

62

II. OBJETIVOS.

Medir el grado de calidad en el desempeño de los trabajadores de salud en la prestación de servicios a los usuarios, permitiendo determinar el dato inicial o basal para seguir mejorando en forma continua la calidad.

III. ALCANCE.

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todas la Unidades Orgánicas y Funcionales que conforman la Red de Salud Carabaya, incluyendo al Puesto de Salud Ituata abordándose según macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que se desarrollan en el Puesto de Salud.

IV. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.

La Autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, tomando en cuenta el marco normativo, la metodología desarrollada comprendida.

Entre los métodos más utilizados durante el proceso, tenemos las sugeridas en la guía del evaluador.

- Verificación/Revisión de documentos.
- Observación especialmente los procedimientos de prestación.
- Entrevista a los usuarios internos y externos, según sea el caso.
- Un trabajo en equipo de los evaluadores internos.

V. EQUIPO EVALUADOR

Compuesto por los siguientes trabajadores según RD N°098-2024-DIR-RED de S. CARABAYA/RR.HII.

- M.C. ANA MARÍA DUEÑAS CASTILLO.

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN – DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.

El proceso de autoevaluación abarcó los puntos y pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, aunque no fueron totalmente secuenciales, pues la dinámica institucional y la realidad de los hechos no siempre garantiza lo teórico; así mismo señalar que la Guía es como su denominación dice un medio que facilita

el trabajo siendo entonces dicho documento un Instrumento y no el objetivo en sí mismo.

Al concluir el proceso de evaluación se presenta el cumplimiento del Plan de Autoevaluación con los resultados y hallazgos, las recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de calidad.

VII. OBSERVACIONES.

Los hallazgos encontrados son: Infraestructura y equipamiento.

VIII. PUNTAJE ALCANZADO.

Adjuntamos los reportes del aplicativo, con la calificación por criterios y macroprocesos con el puntaje del resultado final que detalla no aprobado o aprobado y otros reportes del aplicativo.

IX. RECOMENDACIONES GENERALES.

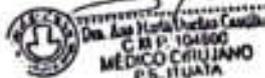
- a) El jefe del establecimiento es responsable de la mejora de los criterios encontrados como débiles.
- b) El Comité del Puesto de Salud, está comprometido a iniciar con el proceso de mejora de calidad.
- c) El equipo de Calidad de la REDES es el encargado del soporte técnico, así como el monitoreo y seguimiento.

X. ANEXOS.

- a) Se adjunta Anexo N° 01 (Reporte del aplicativo semaforizado con calificación a colores).

Es cuanto informamos para su conocimiento y demás fines.

Atentamente,



Dr. Ana María Medina Castillo
C.R.P. 10480
MÉDICO CIRUJANO
P.S. TUATA

00002971-PUESTO DE SALUD ITUATA

Establecimiento : I-2
 Tipo de Establecimiento : AutoEvaluación
 Fase: 2024
 Año: 1
 Período :

Macroprocesos	Nro total criterios					MACROPROCESO		CATEGORIAS	
	Criterios eval	E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	84.62		
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	78.57		
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	68.92	56.66	80.69
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	88.00		
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.64		
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	12.60	70.22	
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	17.45		
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	16.85		
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00		
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	76.41	95.20
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00		
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00		
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	6.60		
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	1.94		
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40		
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.30		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.16	
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28		
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00		
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73		
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20		
Total	132	63	54	15	132	200.64	156.09	200.64	160.39
								Puntaje Final (%)	80

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)

[Firma]
 J. Yessy Alvarado Quijón
 ENFERMERA
 C.E.P. 62097
 RED DE SALUD CASAMAY
 P.S. ITUATA

[Firma]
 Lidia Arhuatanga Coopa
 OMI: 01311540
 TÉCNICA EN ENFERMERIA



Establecimiento : 00002973-LUPINA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

Macroprocesos	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	Criterios eval	E	P	R						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	14.62	69.23		
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	9.05	57.14		
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.99	59.48		
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	12.94	70.00		
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64		
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.00	45.45		
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.83	69.44		
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	12.50	67.65		
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00		
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00		
Referencia y contra referencia	10	6	1	3	10	6.60	5.82	88.24		
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.50	68.18		
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.60	54.55		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	2.36	35.71		
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00		
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.57	38.89		
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33		
Total	132	63	54	15	132	200.64	131.72		200.64	136.11
									Puntaje Final (%)	68

RESULTADO FINAL

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

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)

Tipo de Establecimiento : I-1
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Período : 1

MACROPROCESO CATEGORÍAS

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

Macroprocesos	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	Criterios eval	E	P	R						
Direccionamiento	6	3	2	0	5	18.08	7.75	42.86		
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.66	7.75	57.14		
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	8.84	43.24	22.60	37.69
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	3.78	23.91		
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	1.44	31.82		
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	2.26	20.00		
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	7.03	44.44		
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	6.33	40.00		
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00	42.24	61.46
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Docencia e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	2.83	50.00		
Referencia y contrarreferencia	6	6	0	2	8	5.65	4.00	70.83		
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71		
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	2.26	40.00	42.94	53.26
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	0.00	0.00		
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.39	60.00		
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00		
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	2.51	44.44		
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	4.24	75.00		
Total	113	56	43	14	113	171.76	83.07		171.76	87.77
									Puntaje Final (N)	51

Calificaciones :
 NO aprobado, Reiniciar desde Autoeval (< 50%)
 NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
 NO aprobado - Subsanan en 8 meses (70%-84%)
 Aprobado (85% o más)

Blanca M. Chirre
 OBSTETRA
 COP. 39837
 P.S. PAGO CARABAYA

Susan V. Parí Quillia
 LIC. ENFERMERA
 COP. 068348
 P.S. PAGO CARABAYA

M.J. DUBELLO
 P.S. PAGO CARABAYA
Yenny Huérfano Pantoja
 LIC. ENFERMERA
 CML 1040088

MICRO RED MACUSANI

Establecimiento : 00002974-METROPOLITANO
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Período : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO										CATEGORÍAS		
	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	Total	%
		E	P	R	T								
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	2.77	8.82					
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	5.88	25.00					
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	3.01	10.98			23.75	22.05	
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	9.15	33.33		107.70			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	2.27	28.95					
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	7.19	36.67					
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	16.58	60.42					
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	13.72	50.00					
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	12.86	46.88		123.09	64.54	52.43	
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	9.80	100.00					
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	8.98	91.67					
Referencia y contrareferencia	12	8	1	3	12	9.80	4.90	50.00					
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	4.90	50.00					
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	3.75	38.24					
Descontaminación, Umpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	2.67	27.27		76.93	31.62	41.10	
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	0.00	0.00					
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	0.54	5.56					
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	0.70	7.14					
Total	196	95	83	18	196	307.72	109.67		307.72	110.91			
											Puntaje Final (N)	39	

RESULTADO FINAL

NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)

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)





 Hospital General de Especialidades (HGE)
 Calle 101 No. 101
 CP. 10100
 Ciudad de La Habana


 Larisa Coloque Coop. LUC
 CCP 87902

Establecimiento : 00002964-AJOYANI
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2024
Periodo : 1

		MACROPROCESO							CATEGORIAS			
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	24.90	79.41	107.70	53.89	50.04	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	9.24	39.29				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	10.37	37.80				
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	17.91	65.28				
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	5.57	71.05				
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	0.65	3.33				
Atención ambulatoria	18	8	8	0	18	27.44	21.72	79.17	123.09	88.45	71.85	
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	18.56	67.65				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	18.87	68.75				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	6.24	63.64	76.93	36.26	47.13	
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	8.98	91.67				
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	7.99	81.58				
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	7.47	76.19				
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	1.15	11.76				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	5.35	54.55				
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	0.00	0.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	0.54	5.56				
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	3.85	39.29				
Total	196	95	83	18	196	307.72	169.38		307.72	178.60		
									Puntaje Final (%)	58		



 Edie Saul Apaza Suca
 C.M.F. 000305
 MEDICO CIRUJANO
 C.S. AJOYANI





 Edie Saul Apaza Suca
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 55570
 C.S. AJOYANI



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SERVICIOS DE SALUD CARABAYA

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

INFORME N° 21 2024/CS I-3/OLLACHEA/M.R. MACUSANI/RED CARABAYA

A: C.D. CARLOS GALLEGOS GALLEGOS
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA
ATENCION: C.D. KAREN ISABEL HERRERA MACHACA
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD
DE :M.C. HAINNER STEVEN HUAMÁN BACILIO
MÉDICO CIRUJANO DEL CENTRO DE SALUD I-3 OLLACHEA
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL EESS

RED DE SALUD CARABAYA
CENTRO DE SALUD I-3 OLLACHEA
CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

27 NOV 2024

Reg. N° 11530 02
HORA: 15:39 FIRMA: H.

ASUNTO :RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL C.S. I-3 OLLACHEA

Tengo el agrado de dirigirnos a su despacho, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, se ha concluido con el proceso de la fase de autoevaluación en cumplimiento del Plan de evaluación para la acreditación, así mismo el equipo de evaluadores designados hacemos la entrega del reporte del aplicativo semaforizado con calificación a colores de los resultados de dicha evaluación, realizado en el C.S. OLLACHEA de Categoría I-3, de la Red Carabaya.



William A. Leon Perez
WILLIAM A. LEON PEREZ
DNI. 02432842
CIRUJANO DENTISTA
CENTRO DE SALUD OLLACHEA

Calidad
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
RED DE SERVICIOS DE SALUD CARABAYA
M.R. Carlos A. Gallegos Gallegos
COORDINADORA DE CALIDAD
DNI. 02432842
28/11/24

28 NOV 2024

Establecimiento : 00002975-PACAJE
 Tipo de Establecimiento : I-2
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2024
 Período : 1

Macroprocesos	MACROPROCESO										CATEGORIAS	
	Criterios eval	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	%						
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	13.00	61.54				
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	8.49	53.57				
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	4.50	24.32	70.22	35.02	49.87	
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.46	62.00				
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.84	50.00				
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.00	45.45				
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.32	66.67				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	11.41	61.76				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	80.26	61.11	76.14	
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	6.05	91.67				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	1.75	26.47				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.00	90.91				
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.80	27.27				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	2.83	42.86				
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.10	16.67				
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	3.30	50.00				
Total	132	63	54	15	132	200.64	111.12		200.64	117.81		
									Puntaje Final (%)	58		

RESULTADO FINAL

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

Calificaciones :

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

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

NO aprobado - Subsanan en 5 meses (70%-84%)

Aprobado (85% o más)


 L.C. Luz M. Toledo Quispe
 ENFERMERA
 C.E.P. 1923
 F.E. PACAJE



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CARABAYA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Macusani, 12 de diciembre del 2024

OFICIO N° 1431 – 2024/DIRESA PUNO/RSC/HMPPM

SEÑOR :
CD. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA
PRESENTE. -



ASUNTO : REMITO INFORME DE AUTOEVALUACIÓN – 2024

ATENCIÓN : DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD-DIRESA

Tengo el agrado dirigirme a usted, asimismo reciba un cordial saludo a nombre del Hospital "San Martín de Porres" – Macusani, a través del presente **REMITO INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES del año 2024**, todo ello en atención al **INFORME TÉCNICO N° 002-2024/DIRESA PUNO/RSC/HMPPM/U.G.CALIDAD** el cual se adjunta al presente.

Sin otro particular, expreso a usted mi consideración y estima.

Atentamente,



CL/ANA
Del NCT/1008

AV. SIMÓN BOLÍVAR N° 1102 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI

Web site: www.hsmmacusani.gob.pe

Email: info@hsmmacusani.gob.pe

Facebook: HOSPITALSMPMACUSANI



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

INFORME TÉCNICO N° 002-2024/DIRESA PUNO/RSC/HSMPPM/U.G.CALIDAD

A : Dr. HERNAN JOSE CONDORI YANQUI
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES.

DE : LIC. ENF. LIDIA L. ESPINOZA QUISPE
ENCARGADA DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.

ASUNTO : AUTOEVALUACION HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES
MACUSANI 2024.

ATENCIÓN : DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD
DIRESA- PUNO.

FECHA : Macusani, 10 de diciembre del 2024

10 DIC 2024
8878
HORA: 15:54
FIRMA: [Signature]

Por medio del presente es grato dirigirme a usted, para informar a su despacho y remitirle el informe técnico de autoevaluación 2024 del Hospital San Martín de Porres - Macusani.

I. ANTECEDENTES

El proceso de acreditación del Hospital San Martín de Porres de Macusani, comprende la primera fase de Autoevaluación; la cual se desarrolla sobre la base de estándares previamente definidos por el Ministerio de Salud, contenidos en el listado de estándares de acreditación y que enfocan esta nueva propuesta en el marco de gestión por procesos.

Para el desarrollo del proceso de autoevaluación se estableció un Equipo de Evaluadores Internos, reconocido por Resolución Directoral N° 082-2024-DIR-RED de S. CARABAYA/RR.HH.

Los evaluadores son profesionales de la salud y/o técnicos, asistenciales y administrativos encargados de las diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades con relación a la acreditación, fueron capacitados y autorizados para ejercer esta función, así como también representantes de la Oficina de Gestión de la Calidad, que son encargados de fortalecer la transparencia de la fase de Autoevaluación.

Actualmente, las UPSS y UPS de salud deben evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua, en este marco de acreditación se constituye un elemento esencial en el proceso de alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión y de esta manera el proceso de atención de salud logre el resultado esperado.

Procedido N° PSC
Trámite MIDEPLAN
 Otro: _____
Macusani, _____
DIRECTOR



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Por tanto, la Autoevaluación debe ser percibida como una acción de evaluación participativa y por decisión propia, y no como una exigencia o requisito de la autoridad institucional, al mismo tiempo se orienta hacia la calidad de atención del usuario en general.

I. OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar continuamente la calidad de las UPSS y UPS de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicando tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Brindar elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención.
- Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.
- Lograr la acreditación del Hospital San Martín de Porres de Macusani, para garantizar calidad de atención en sus UPSS y UPS.

II. ALCANCE:

El proceso de Autoevaluación tuvo alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital, abordándose según los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que incluyen los estándares de acreditación hospitalaria según nivel II-2

III. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN:

La evaluación de la acreditación es un proceso que ha sido diseñado de tal forma que las evaluaciones son aplicadas por personal asistencial o administrativo que reúna y demuestre competencia para ello.

a) La organización de los evaluadores internos:

Se realizó la comunicación respectiva de inicio de la autoevaluación a las instancias correspondientes; previamente al inicio de la autoevaluación, la Unidad de Gestión de la Calidad socializo en Dirección del Hospital, del inicio de las Autoevaluaciones así mismo a los jefes de los diferentes unidades, UPSS, UPS y áreas; para la participación en el proceso de autoevaluación, según macroproceso correspondiente.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE
LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

b) Cumplimiento de la Autoevaluación:

La I etapa para la Acreditación 2024 del Hospital como nivel II-2, se inició con la primera fase, la autoevaluación, con la finalidad de identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, a fin de mejorar las capacidades organizacionales, profesionales, las relaciones interpersonales, el entorno, y por tanto brindar servicios de calidad para lograr la satisfacción del usuario interno y externo. En desarrollo de los macroprocesos se dio todo el mes de noviembre del año 2024.

c) Observaciones:

De las UPSS y UPS autoevaluados se observa la puntuación esperada por macroproceso es 651.31 y los estándares de acreditación alcanzado fue de 407.09 obteniendo un promedio de 61%, en la primera etapa por lo que calificamos como **NO APROBADO**, porque se obtuvo un puntaje entre 50%-69%, del cumplimiento de los estándares, por lo que es necesario realizar la subsanación de la fase de autoevaluación dentro de los 9 meses. Es necesario realizar asistencia técnica y capacitaciones en aspectos gerenciales a los evaluadores internos, quienes serán los responsables de la calidad de cada departamento, oficina o servicio, pues deberán recibir todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES -00000031179

Establecimiento: II-2
 Tipo de Establecimiento: Autoevaluación
 Fase: 2024
 Año: 1
 Período:

Macroprocesos	CRITERIOS EVAL	NRO TOTAL CRITERIOS						Puntaje Máximo por Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Mej. x categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	%						
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.74	25.27	52.94	211.25	143.32	67.84		
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	47.74	37.91	79.41					
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	29.11	60.98					
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	33.05	69.23					
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	47.74	34.10	71.43					
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	47.74	34.89	73.08					
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	29.84	62.50					
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	17.68	37.04					
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	17.05	13.01	76.32					
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	17.05	13.97	81.91					

AV. SIMÓN BOLÍVAR N° 1102 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI
 Telf: 051 985 8290300 y 823100 ■ Email: info@hospitalsanmartin.org.pe
 www.hospitalsanmartin.org.pe



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	47.74	31.03	65.00
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	1	9	1	11	17.05	7.75	45.45
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	8.28	48.57
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.05	16.55	97.06
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	14.75	86.54
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	7.78	45.65
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	34.10	13.52	39.66
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	15.50	90.91
Manejo de nutrición de pacientes	10	4	5	1	10	17.05	12.54	73.53
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	7.87	46.15
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	5.01	29.41
Total	341	133	167	41	341	651.31	409.42	
								150.89
								88.15
								58.42
								603.57
								370.27
								Puntaje Final (%)
								61

FUENTE:

E: CRITERIO EN PROCESO 1

P: CRITERIO IMPLEMENTADO 2

R: CRITERIO SIN INICIO DE ACCIÓN 0

AV. SHERIDAN BLVD N° 1102 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES (ANCASH)
 Telf: 054 202 2300000 ext: 2018 ■ Email: info@hosp-sanmartin-punoblog.com
 Facebook: HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES (ANCASH)



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 03: GESTIÓN DE LA CALIDAD		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	5	0	0	5
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	5	4	0	9
GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	7	1	0	8

INTERPRETACIÓN: Cuenta con 22 criterios de evaluación, en GCA-1, GCA-2 y GCA-3 tiene 17 criterios que están en proceso de implementación: procedimientos documentados de procesos asistenciales y administrativos priorizados, programa de gestión de o mejora de calidad para la organización que responda a necesidades de usuarios internos y externos, identificación periódica y disminución de barreras de acceso a los usuarios que son factibles de implementar desde la institución, cartera de servicios, flujograma de atención general, publicación de derechos de pacientes en zonas de contacto, evaluación de la satisfacción del usuario interno - externo y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud, porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro labor y el nivel debe ser el esperado, entre otros.

MACROPROCESO N° 04: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	3	7	1	11
MRA-2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	0	9	0	9
MRA-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	1	3	0	4
MRA-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	1	3	0	4
MRA-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	0	5	0	5
MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	4	6	0	10
MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	1	3	0	4
MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	0	3	0	3



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

INTERPRETACIÓN: Este macroproceso cuenta con 50 criterios de evaluación de los cuales se cumplió con 39 criterios, sin embargo, hay 10 criterios que están proceso de implementación, por otro lado, no se ha iniciado ninguna acción: análisis de cuan efectiva es la atención materna mediante indicadores, metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgos de atención, análisis de la situación de seguridad transfuncional mediante indicadores acordes a normas, medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden causar eventos adversos, evaluación del riesgo de desarrollar úlceras de presión y medidas preventivas, evaluación del riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, evaluación del riesgo de desarrollar riesgo de desnutrición y utilización de medidas clínicas para evitarlo, implementación de acciones de mejora para aquellos condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal, procedimiento documentado sobre descontaminación y lavado de ropa de personal, instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y precauciones por adoptarse disponibles en las UPSS y UPS, participación en coordinación con gobierno local en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados, entre otros.

MACROPROCESO N° 05: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	6	1	0	7
GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	3	5	0	8
GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	5	1	0	6

INTERPRETACIÓN: Este macroproceso cuenta con 21 criterios de evaluación, de los cuales 07 criterios se cumplieron y 14 criterios están en proceso de implementación: certificado de inspección técnica de seguridad en Defensa Civil solicitado al gobierno local, señales de seguridad en todas las áreas según criterios y estándares establecidos en la norma, señalización de conductos y tuberías de fluidos peligroso que existen, plan de emergencias y desastres con programa de respuesta difundido entre el personal, revisión y actualización de plan de respuesta ante emergencias periódicamente con autoridades de Defensa Civil, guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento de personal, stock de medicamentos de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para atención de emergencias y desastres.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 06: CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACIÓN		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	2	0	0	2
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	3	9	1	13

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 14 criterios de evaluación, en el CGP-1 se cuenta con 2 criterios los cuales están en proceso de implementación, el CGP-2 cuenta con 13 criterios de los cuales se cumple con 9 criterios, sin embargo, hay 3 criterios que están en proceso de implementación y para 1 criterio no ha iniciado acción: evaluación de la aplicación de las guías de práctica clínica en emergencia y atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.

MACROPROCESO N° 07: ATENCIÓN AMBULATORIA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	3	2	0	5
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	3	1	0	4
ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	1	2	0	3
ATA-4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	1	1	0	2

INTERPRETACIÓN: Del total de 14 criterios de evaluación, en el ATA-1 cuenta con 5 criterios de los cuales ha cumplido con 2 criterios y 3 criterios están en proceso de implementación, en el ATA-2 hay 4 criterios de los cuales 1 criterio se cumplió con implementar y 3 criterios están en proceso de implementación, en el ATA-3 hay 3 criterios de evaluación de los cuales 2 criterios se cumplió con implementar y 1 criterio está en proceso de implementación y en el ATA-4 hay 2 criterios de los cuales 1 criterio se implementó y 1 criterio está en proceso de implementación. Las que están en procesos de implementación son: número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria, cartera de servicios publicada, adopta o adapta guías de práctica clínica y su evaluación de cumplimiento.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 09: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	Proceso	Cumplido	Inicio	Total
ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	1	2	0	3
ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	1	2	0	3
ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	0	2	2	4
ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	2	2	1	5
ATH-5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	0	1	1	2
ATH-6	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas, así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (interinstitucionales e interinstitucionales.)	0	2	0	2
ATH-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	1	3	3	7

INTERPRETACIÓN: De 26 criterios de evaluación, en el ATH-1 hay 3 criterios de los cuales se ha cumplido con 2 criterios y 1 criterio está en proceso de implementación, en el ATH-2 hay 3 criterios de los cuales 2 ha cumplido y 1 criterio está en proceso de implementación, en el ATH-3 se observa 4 criterios de los cuales se cumplió 2 criterios y no ha iniciado ninguna acción a 2 criterios: casos de mortalidad por enfermedades transmisibles ocurridas en hospitalización tienen que ser auditadas y acompañamiento de la gestante por pareja o familiar en atención del parto, en el ATH-4 hay 5 criterios de los cuales 2 criterios se cumplió con implementar mientras que 2 criterios están en proceso de implementación y para 1 criterio no ha iniciado una acción para implementar: niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos y evidencia de cumplimiento de las guías de práctica clínica en la historia clínica, monitorización al cumplimiento de las guías de práctica clínica, en el ATH-5 hay 2 criterios de los cuales 1 criterio se cumplió pero 1 de ellos no ha iniciado una acción: consentimiento informado para atención en el internamiento, en el ATH-6 tiene 2 criterios de los cuales se cumplió, el ATH-7 cuenta con 07 criterios de los cuales se cumplió con 3 criterios ; 1 criterio está en proceso de implementación y 3 criterios no se ha iniciado ninguna acción: planes de trabajo en las historias clínicas está de acuerdo con las guías de práctica clínica, manejo de complicaciones obstétricas de acuerdo a guías de práctica clínica, evaluación de la satisfacción del usuario en la atención del parto.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	1	4	1	6
EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	5	0	0	5
EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	0	1	2	3

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que cuenta con 14 criterios de evaluación, el **EMG-1** tiene 6 criterios que se cumplió 4 criterios que se cumplió, luego 1 está en proceso de implementación y para 1 criterio no se ha iniciado acción: guías de práctica clínica para la atención de las 10 primeras causas más frecuentes en emergencia de cada una de las etapas de vida, el **EMG-2** tiene 5 criterios que están en proceso de implementación y el **EMG-3** tiene 3 criterios de los cuales 1 está en proceso de implementación y para 2 criterios no se ha iniciado acción: cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para emergencia, atención del triaje debe realizarlo profesional de salud capacitado.

MACROPROCESO N° 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	5	0	0	5
ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	0	4	0	4
ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	1	4	6	11
ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	1	3	0	4

INTERPRETACIÓN: De 24 criterios de evaluación, en el **ATQ-1** se evidencia que hay 5 criterios los cuales están en proceso de implementación, en el **ATQ-2** hay 4 criterios que se cumplió, en el **ATQ-3** hay 11 criterios de los cuales 4 criterios se cumple, pero 1 criterio está en proceso de implementación y 6 criterios no se ha iniciado la implementación: evaluación de la satisfacción del paciente en URPA, tasas de cirugías suspendidas y el análisis de las razones para la toma de acciones correctivas, tasas de reintervenciones quirúrgicas inmediatas y/o tardías: análisis de causas y medidas correctivas, guías de manejo quirúrgico y anestésico, evaluación de actividades de centro quirúrgico, falta de tiempos preestablecidos para traslado de paciente del centro quirúrgico, evaluaciones periódicas preventivas de cirugías más frecuentes verificando el



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica y el ATH-4 cuenta con 4 criterios de los cuales se cumplió con 3 criterios y 1 está en proceso de implementación.

MACROPROCESO N° 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación.	8	0	0	8
DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo.	0	6	0	6

INTERPRETACIÓN: Cuenta con 14 criterios de evaluación de los cuales el DIV-1 cuenta con 8 criterios que están en proceso de implementación: cumplimiento de requisitos en el Sistema Nacional de Pregrado SINAPRESS, aplicación de los consentimiento informados para investigación humana, plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado, investigación de patologías aprobadas por el comité de investigación y de ética /bioética, contar con biblioteca en medio físico y virtual y acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales en horarios establecidos, el DIV-2 se cumple en su totalidad.

MACROPROCESO N° 13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

COD ESTANDAR	PROCESO	N° TOTAL CRITERIOS			
		PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	1	1	0	2
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	0	2	0	2
ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, su sectorial o institucional.	0	6	1	7

INTERPRETACIÓN: Del total de 11 criterios de evaluación, se observa que en el ADT-1 tiene 2 criterios de los cuales ha cumplido 1 criterio y el otro está en proceso de implementación: aplicación de normas y guías de procedimientos y programas de control de calidad, en el ADT-2 se evidencia que cuenta con 2 criterios de los cuales los 2 ha cumplido, en el ADT-3 hay 7 criterios de los cuales 6 criterios ha cumplido y 1 criterio todavía no ha iniciado la implementación: desarrollo de indicadores de calidad de la entrega oportuna de productos y de garantía de calidad para producción de insumos, implementación de medidas correctivas frente a complicaciones y/o reacciones adversas.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 14: ADMISIÓN Y ALTA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD. ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
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.	3	2	0	5
ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	0	3	5	8
ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	0	1	1	2
ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	0	1	0	1

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que, del total de 16 criterios de evaluación, en el **ADA-1** contiene **5 criterios**, de los cuales se cumplió 2 criterios, quedando 3 observaciones en proceso de implementación como es el aplicativo de Admisión porque todavía no está incluido en el Manual de Procedimientos del Hospital, con respecto a **ADA-2** contiene **8 criterios**, de los cuales se cumplió 3 criterios y todavía no se ha iniciado la implementación de 5 criterios las cuales: no existe registro de usuarios no atendidos en porcentaje, registro de citas no atendidas, control de calidad de las historias clínicas, porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta, en el **ADA-3** contiene **2 criterios** de los cuales 1 criterio ya se implementó, pero 1 criterio está en proceso de implementación: registro de estancias hospitalarias prolongadas-análisis y medidas correctivas, y en el **ADA-4** contiene 1 criterio que ya se cumplió.

MACROPROCESO N° 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD. ESTÁNDAR	ESTÁNDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	4	0	0	4
RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	2	0	0	2
RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	0	1	3	4
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.	0	0	0	0

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 10 criterios de evaluación de los cuales hay 6 criterios que están en proceso de implementación y para 3 criterios que



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

no se ha iniciado acciones: implementación y control de aspectos críticos del proceso y establece acciones para mejorar, se cuantifica la relación de referencias y contrarreferencias en todas las etapas de vida y el nivel es el esperado por la organización, seguimiento de pacientes referidos las 24 horas en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva.

MACROPROCESO N° 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS.		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	1	4	0	5
GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	0	5	0	5
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	3	2	0	5

INTERPRETACIÓN: Cuenta con 15 criterios de evaluación, de los cuales 11 criterios se cumplió y 4 criterios están en proceso de aprobación: falta implementar mecanismos de información al paciente al momento de la dispensación, evaluación del porcentaje de prescripciones no atendidas y adopción de medidas correctivas, capacitación del personal de farmacia en procedimientos de farmacia en relación con medicamentos, mantener el normoestock de ítems para funcionamiento de las UPSS Y UPS críticos (emergencia, centro obstétrico).

MACROPROCESO N° 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	6	2	0	8
GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	0	2	0	2
GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	0	3	1	4

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 14 criterios de evaluación, de los cuales se cumplió con 7 criterios, para 1 criterio todavía no se ha iniciado acción: capacitación de personal en el último año para la gestión de la información, generación de espacios de participación de análisis de información y deben ser documentados, espacio donde muestra la información relevante y actualizada de proyectos de mejora continua de la información, identificación semestral de las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información. Hay 6 criterios de evaluación que están en proceso de implementación: identificar anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y debe estar incluido en el plan de adquisiciones.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE
LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	3	0	0	3
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	0	6	0	6
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.	2	1	1	4
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	2	1	1	4

INTERPRETACIÓN: Este macroproceso cuenta con 17 criterios de evaluación, de los cuales el DLDE tiene 3 criterios que están en proceso de implementación, el DLDE-2 tiene 6 criterios cumplidos, el DLDE-3 tiene 4 criterios de los cuales 2 están en proceso de implementación, 1 criterio se cumplió y 1 criterio no se ha iniciado acción: procedimiento establecido para el tratamiento de la ropa contaminada, cuantificación de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en entrega y almacenamiento de enseres de cama y ropa de acuerdo a normas, en el DLDE-4 hay 1 criterio que no ha iniciado acción: cuantificación de satisfacción de los usuarios internos y externos respecto a la limpieza e implementación de acciones para su mejora.

MACROPROCESO N° 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL.		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	2	2	0	4
MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	1	1	0	2

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 06 criterios de evaluación de los cuales se ha implementado con 3 criterios, para 3 criterios se ha iniciado acciones: contar con mecanismos de financiamiento para atención de población pobre y en extrema pobreza y estos debe de aplicarse.



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
 "AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MACROPROCESO N° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	3	3	0	6
NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	1	2	1	4

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 10 criterios de evaluación, de los cuales se cumplió con 5 criterios, para 4 criterios se estableció acciones las cuales están en proceso de implementación: actualización de Manual, norma y procedimientos técnico-administrativos de atención nutricional y dietética, aplicación de buenas practicas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. Para 1 criterio no se ha iniciado acción: registro de porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y la toma de medidas correctivas

MACROPROCESO N° 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES.		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	4	0	0	4
GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	0	3	1	4

INTERPRETACIÓN: Se cuenta con 8 criterios de evaluación; de los cuales se cumplió con 3 criterios, para 1 criterio no se ha iniciado acción: aplicación de medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central, procesos de adquisición (RD que aprueba el MAPRO de la unidad de logística, lista de chequeo de cumplimiento de la norma). Hay 4 criterios que están en proceso de implementación: R.D. que aprueba el manual de procedimientos para control de insumos y materiales, informe de implementación de medidas recomendadas del manual en almacén, lista de chequeo del cumplimiento del manual.

MACROPROCESO N° 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA		N° TOTAL CRITERIOS			
COD ESTANDAR	ESTANDAR	PROCESO	CUMPLIDO	INICIO	TOTAL
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la norma para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	0	2	7	9
EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	0	3	0	3



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE
LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

INTERPRETACIÓN: Cuenta con 12 criterios de evaluación, el EIF-1 tiene 07 acciones que implementar las cuales son: contar con plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de planta física y servicios básicos incorporado en el POA, desarrollo del mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos con personal capacitado en el último año, registro de operatividad de equipos e instrumentos, aplicación de manual para mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias, manual de mantenimiento de áreas críticas, manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de equipos y servicios básicos, cuantificación de porcentaje de soluciones oportunas ante llamada de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos, el EIF-2 se cumplió con los criterios.

CONCLUSIONES

- La evaluación de la adhesión del personal a las guías de práctica clínica no se evidencio a nivel de todos las UPSS y UPS del Hospital, también considerar la evaluación de la aplicación de las guías de práctica clínica en emergencia y atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
- Publicación de derechos de pacientes en zonas de contacto, evaluación de la satisfacción del usuario interno - externo y el resultado debe ser el esperado para el establecimiento de salud y no se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro labor y el nivel debe ser el esperado.
- No se evidencia la evaluación del riesgo de desarrollar úlceras de presión y medidas preventivas, evaluación del riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, evaluación del riesgo de desarrollar riesgo de desnutrición y utilización de medidas clínicas para evitarlo,
- Implementación de acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal.
- No se evidencia el cumplimiento de las guías de práctica clínica en la historia clínica.
- La atención del triaje debe realizarlo profesional de salud capacitado.
- No existe registro de usuarios no atendidos, registro de citas no atendidas, control de calidad de las historias clínicas, porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.
- Falta implementar un espacio donde muestra la información actualizada de proyectos de mejora continua de la información, identificación semestral de las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información.

RECOMENDACIONES

- Elaborar e implementar las guías de práctica clínica, luego deberá de ser evaluada la aplicación de las guías de práctica clínica en todos las UPSS y UPS del Hospital, esta elaboración lo deberá realizar el Médico Especialista de cada UPSS, asimismo las guías de procedimientos lo deberán de elaborarlo los jefes de las UPSS y UPS (diagnóstico por Imagen, Patología Clínica y Anatomía Patológica, lavandería y otros).



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE
LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

- Se deberá de capacitar a todo el personal en deberes y derechos de los usuarios y trato digno, asimismo se debe publica los derechos de pacientes en zonas de contacto.
- Implementar la evaluación del riesgo de desarrollar úlceras de presión y ~~medidas preventivas, evaluación del riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar~~ en todas las UPSS y UPS del Hospital.
- Implementar el procedimiento sobre descontaminación y lavado de ropa de personal.
- Implementar la biblioteca en medio físico y virtual y tener acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales en horarios establecidos.
- Establecer el registro de usuarios no atendidos, registro de citas no atendidas por la Unidad de Estadística e Informática.

Es cuanto tengo que informar en honor a la verdad y para los fines que vea por conveniente.

Atentamente;


Lic. EN ENFERMERIA
C.E.P. 46900