

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



"INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS"

YURIMAGUAS - PERÚ
2024

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

INFORME FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS 2024

I. PRESENTACIÓN

El Hospital Santa Gema de Yurimaguas, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud – Nivel II-2, funciona como órgano desconcentrado de la RED de Salud de Alto Amazonas, de la Dirección Regional de Salud Loreto.

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

La Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 : "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tiene la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud, que los EE.SS de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, las cuales se distribuyen en 22 Macroprocesos: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.

La Autoevaluación es el camino para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, es un proceso de reflexivo y sistemático 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 consolidar las fortalezas, se enmienden los errores ubicados y de esta forma, se retroalimente para conseguir un mejoramiento en la calidad de los servicios.

El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, como Institución Prestadora de Servicios de Salud, preocupada en mejorar sus servicios de salud enmarcados en la calidad prestacional, según disposiciones dictadas por el MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevará a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación, proceso desarrollado en el II trimestre del presente año 2024.

La normativa de "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional encontrada plasmada en el presente Informe Técnico que señala la metodología, Observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas a las diversas instancias evaluadas y anexos correspondientes.

II. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo los estándares y criterios de evaluación de la Calidad para alcanzar la Acreditación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a fin de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud en nuestra IPRESS.

III. ALCANCE

El ámbito de alcance para la Autoevaluación, son todos los servicios asistenciales y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El desarrollo del Proceso de Autoevaluación se realizó considerando los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador, teniendo en cuenta el marco normativo; lo cual comprendió:

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

- a. **Conformación del Equipo de Acreditación:**
Con fecha 15 de enero del 2024, fue aprobado el Equipo de Acreditación, según Resolución Directoral N° 033-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01.
- b. **Conformación del Equipo de Evaluadores Internos**
El Equipo de Evaluadores Internos fue aprobado con Resolución Directoral N° 032-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01., de fecha 15 de enero del 2024.
- c. **Elaboración del Plan de Autoevaluación**
Según Resolución Directoral N° 172-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, de fecha 11 de abril del presente, se aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas año 2024.
- d. **Capacitación del equipo de Evaluadores Internos**
El equipo de Evaluadores fue capacitado en la fecha 13 de junio del 2024, mediante Memorándum Múltiple N° 012-2024-GRL-GRSL/30.37.05.
- e. **Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación**
Así mismo, mediante Oficio N° 0083-2024-GRSL-GRL/30.37.05, se dio a conocer a la GERESA Loreto el inicio de la Autoevaluación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
De igual manera, con Memorándum Múltiple N° 013-2024-GRL-GRSL/30.37.05., se comunicó a las diferentes jefaturas de servicios, áreas, unidades, el inicio de la Autoevaluación.
- f. **Reunión de cierre de la Autoevaluación**
La reunión de cierre del proceso de autoevaluación se realizó el día 15 de julio 2024.
- g. **Presentación del informe de Autoevaluación**
Culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitó los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.
- h. **Seguimiento e Implementación de las Recomendaciones**
 - ✓ Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones
 - ✓ Se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada macroproceso.
 - ✓ Para el 2024, se priorizaron los 12 macro procesos que alcanzaron resultados más bajos durante el 2023, que son:
 - Gestión de insumos y materiales (42.31%)
 - Docencia e Investigación (52.50%)
 - Gestión de la información (56.52%)
 - Gestión de Recursos Humanos (61.76%)
 - Gestión de Equipos e Infraestructura (64.71%)
 - Gestión de Medicamentos (65.38%)
 - Atención de Hospitalización (66.67%)
 - Gestión de la Calidad (67.07%)
 - Direccionamiento (67.65%)
 - Control de Gestión y Prestación (69.23%)
 - Nutrición y Dietética (79.41%)
 - Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (79.55%).

V. EQUIPO EVALUADOR

El Equipo Evaluador estuvo conformado por los siguientes profesionales:

- C.D. Gilmer Manuel Asencio Ortiz
- M.C. Katherine Carol Sandoval Soria
- Lic. Enf. Sammer Herrera Quispe
- Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
- Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

- Lic. Enf. Johana Fabiola Barria Ramírez
- Lic. Enf. Mery Guzmán Campos
- Lic. Enf. Liliana López García
- Lic. Enf. Karen Guadalupe Pizango
- Lic. Enf. Eduardo Del Águila Vásquez
- Lic. Enf. Susan Marubeny Sobrino Su
- Ps. Humberto Castilla Cabello
- Obst. Jean Neil Hernández Angulo
- Q.F. Lljahaira E. Vásquez Gatica

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

- Para dar cumplimiento el desarrollo del Plan de Autoevaluación se contó con:
 - Evaluadores seleccionados y capacitados.
 - Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
 - Listado de estándares de acreditación categorías II-2.
 - Guías del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
 - Hoja de registro de datos para la evaluación.
 - Aplicativo informático Acreditación, para el registro y procesamiento de datos.
- **Fecha de Ejecución del Plan:**
El desarrollo del Plan tuvo fecha de inicio el 17 de junio del 2024, culminando el 15 de julio del mismo año.
- Se elaboró un Cronograma de Evaluación por Macroprocesos.

VII. OBSERVACIONES

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

MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO – (DIR)

DIR1-4	Documentación oficial (ASIS) de identificación de necesidades de salud sólo para algunas etapas de vida.
DIR1-5	No se cuenta con actas de reunión para la formulación participativa del ASIS con las autoridades regionales/locales.
DIR1-7	No se cuenta con guías de práctica clínica oficializadas (en proceso de elaboración).
DIR2-2	No se cuenta con actas de reunión de presentación de informes de resultados de la organización en espacios de participación, para el último año.

MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS – (GRH)

GRH1-2	No se cuenta con procedimiento documentado oficializado de inducción de personal.
GRH1-4	Se verifican reportes e informes de análisis de los resultados de productividad solamente de algunos servicios/departamentos/áreas/unidades.
GRH2-2	No se cuenta con evidencia (Libro de actas de reuniones) de la participación de los equipos de trabajo en la toma de decisiones sobre las alternativas de solución a los problemas priorizados del desempeño de los recursos humanos.
GRH4-1	No se cuenta con el plan de fortalecimiento de competencias en el MAIS para el recurso humano.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

GCA2-4	No se cuenta con documento oficial (aprobado con RD) que garantice la privacidad de la atención del usuario
GCA2-5	No se tiene un informe o reporte de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar.
GCA2-6	No hay evidencia documentaria (informe oficial) de implementación de mejoras para la mejora del acceso de los usuarios a los servicios.
GCA2-8	Solo se cuenta con flujograma oficial de atención general o en algunos servicios.
GCA3-8	No se cuenta con informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora.

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

MRA1-1	No existe documentación que registra las acciones realizadas por los responsables designados para el manejo de los riesgos de la atención.
MRA1-5	No se observa documento oficial que establece los mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos de atención y los cambios por efectuar.
MRA1-6	No existe reporte de análisis de cuán efectiva es la atención materna (indicadores de calidad materno neonatal).
MRA1-11	No existen informes de evaluación del conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.
MRA2-1	No existe documento oficial de análisis/evaluación de indicadores de seguridad transfusional.
MRA2-7	No se observa la implementación de medidas preventivas (formato oficial) luego de la evaluación de pacientes con riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
MRA2-8	No se observa la implementación de medidas preventivas (formato oficial) luego de la evaluación de pacientes con riesgo de aspiración.
MRA2-9	No se observa la implementación de medidas preventivas (formato oficial) luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición en pacientes internados.
MRA3-1	No se cuenta con documento oficial que establece métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.
MRA4-3	No se evidencia informe de evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia según el registro de infecciones intra hospitalarias (cepa prevalente).
MRA5-1	No se cuenta con guías de atención de enfermería oficializadas y actualizadas.
MRA6-1	Menos del 80% del personal usa indumentaria de protección según normas de bioseguridad en su área de trabajo.
MRA6-5	No se cuenta con documento oficial (informe) que dispone acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante.
MRA6-6	No existe documento oficial que contenga instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones a cumplirse entre el personal.
MRA6-7	No existe informe de evaluación de la implementación de programas preventivos de patologías según mapa de riesgos.
MRA6-9	Menos del 80% del personal aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES – (GSD)

GSD1-6	Documentos oficiales muestran la identificación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional sólo en las áreas críticas y no en todas las áreas del establecimiento.
GSD2-1	No se cuenta con informe de evaluación trimestral del Plan Anual de Actividades del Comité Hospitalario de Defensa Civil.
GSD2-8	No se cuenta con documento de difusión al personal de las guías oficiales para el manejo de emergencias masivas y desastres.

MACROPROCESO 06: CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN – (CGP)

CGP2-1	Menos del 80% del personal responsable de áreas y servicios está capacitado (Certificados de capacitación de 60 horas a más) para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.
CGP2-5	No se evalúa la aplicación de la guía de práctica clínica (GPC) en las atenciones de emergencia.
CGP2-6	No se evalúa la aplicación de la guía de práctica clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales.
CGP2-8	No se cuenta con documento oficial (Informe) sobre la identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión.
CGP2-9	Los reportes de auditoría muestran que los procesos de atención no cumplen con los estándares establecidos por la organización.

MACROPROCESO 07: ATENCIÓN AMBULATORIA – (ATA)

ATA1-4	No se cuenta con una política (Documento oficial) que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria.
ATA2-1	No se cuentan con guías de práctica clínica según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.
ATA2-3	Menos del 80% de las historias clínicas sigue los lineamientos de las guías de práctica clínica.
ATA2-4	Resultados de la evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal (FON) por debajo de lo esperado.
ATA3-2	No se cuenta con informe de actividades educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.
ATA3-6	Se cuenta con evidencia documentaria del desarrollo de programas de prevención sólo para algunas de las patologías más frecuentes.

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

ATH1-1	Solo se cuenta con registros oficiales de identificación de las causas más frecuentes de internamiento en menos del 50% de los servicios.
ATH1-2	No existen documentos oficiales de implementación de disposiciones orientadas a mejorar la atención por parte de los servicios.
ATH1-3	Se verifica el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia sólo en algunos casos de atención de parto.
ATH2-1	Menos del 80% de las necesidades de los servicios es atendido por parte de la alta dirección.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

ATH2-2	Los servicios de internamiento no cuentan con guías de práctica clínica (GPC) oficializadas (Aprobadas con R.D.)
ATH2-3	No se cuenta con documentos oficiales de las disposiciones orientadas a mejorar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente para el último trimestre.
ATH3-1	Menos del 70% del personal cumple con las medidas de bioseguridad en los procedimientos sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.
ATH3-2	No se cuenta con evidencia documentaria (Acta de reuniones) del análisis de la evaluación de los registros de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos.
ATH4-1	Los servicios de internamiento no cuentan con guías de práctica clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.
ATH4-3	No se realiza la evaluación para verificar la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) correspondiente a las 10 patologías más frecuentes por cada equipo de trabajo en los servicios.
ATH4-4	No se realiza la evaluación sobre adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).
ATH7-4	Se verifica que menos del 50% de planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica (GPC) para las últimas 20 historias clínicas.
ATH7-5	No existe evidencia documentaria del análisis y evaluación del manejo de complicaciones obstétricas para el último mes.
ATH7-6	No se cuenta con documento oficial que dispone la implementación de recomendaciones de los informes de las auditorías internas.

MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)

EMG1-4	Aún no se cuenta con guías de práctica clínica oficializadas (Aprobadas con R.D.) para las 10 patologías más frecuentes en emergencia.
--------	--

MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA – (ATQ)

ATQ1-1	No se cuenta con programación (Documento oficial) de actividades del centro quirúrgico del último año
ATQ1-2	No se cuenta con manual de procedimientos de centro quirúrgico.
ATQ1-3	Se verifica que menos del 60% de personal aplica las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.
ATQ3-8	No se cuenta con documento oficial que establece disposiciones para disminuir la ocurrencia de complicaciones y eventos adversos.
ATQ3-11	No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
ATQ4-1	No existen documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el servicio con base en los resultados de los informes de auditoría.
ATQ4-2	No se implementan proyectos de mejora continua (Cada trimestre) en base al análisis de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.
ATQ4-3	No se cuenta con política de confidencialidad (Aprobado con D.R.) respecto a la información del paciente.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – (DIV)

DIV1-2	No se cuenta con libro de actas de reuniones del Comité Docente Asistencial Hospitalario en el último semestre.
DIV1-3	Los trabajos de investigación de los últimos 2 años no cumplen con las políticas para investigación establecidas oficialmente.
DIV1-7	Informe de actividades académicas de pregrado no concuerdan con el reglamento de docencia en relación a las actividades realizadas el último semestre.
DIV1-9	No se evidencia informes de cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos del pre grado en el último año.
DIV2-5	No se cuenta con documento oficial de incorporación del inventario actualizado de materiales de capacitación e investigación a la biblioteca.
DIV2-6	El personal y/o alumnos tiene acceso a los servicios bibliográficos, pero no de acuerdo a los horarios establecidos por la institución, sobre una muestra aleatoria de 10 alumnos.

MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO – (ADT)

ADT1-1	No cuentan con manual de procedimientos en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados mediante R.D.
ADT3-1	No se cuenta con R.D. que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes.
ADT3-2	Se cuenta con informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos, pero no hay informe de Control de Calidad de los procedimientos realizados.
ADT3-4	No se cuenta con Guía de Procedimientos para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.
ADT3-5	No se cuenta con documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
ADT3-6	No existe evidencia documentaria oficial de la capacitación al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra.
ADT3-7	No se cuenta con documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir las complicaciones y/o reacciones adversas analizadas en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA – (ADA)

ADA1-3	No existe informe/reporte oficial en donde se identifica los aspectos críticos del proceso diario de recojo /archivo de historias clínicas.
ADA1-5	No se cuenta con documentación oficial (Plan e informe de capacitación) donde el personal de admisión haya sido capacitado en el último año para la realización de sus actividades.
ADA3-1	No existe un informe de monitoreo del cumplimiento del proceso de alta.
ADA3-2	No existe evidencia documentaria de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio.

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA – (RCR)

RCR1-1	No se cuenta con documento oficial que formaliza el proceso de referencias y contrareferencias del hospital
RCR3-1	No existe evidencia (informe/certificados) de capacitación del personal responsable del SRCR.
RCR3-2	No se cuenta con evidencia documentaria (Informe mensual de cumplimiento de indicadores) que demuestre que el porcentaje de casos referidos coincide con los resultados esperados.
RCR3-4	No se cuenta con evidencia documentaria (Informe mensual de cumplimiento de indicadores) que demuestre que la relación porcentual entre referencias y contrareferencias coinciden con lo esperado según normatividad.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS – (GMD)

GMD1-1	No se realizan compras de medicamentos según el petitorio nacional
GMD2-5	No se cuenta con evidencia documentaria (Informe de los jefes de servicio) con la implementación de medidas correctivas para disminuir los errores de prescripción de medicamentos.
GMD3-2	No se cuenta con evidencia documentaria de la implementación de medidas correctivas para mejorar el porcentaje de prescripciones de medicamentos no atendidos.
GMD3-4	No se evidencia documentación (Constancia o certificados de capacitación) que demuestre que el personal de farmacia ha sido capacitado (Mínimo, el 80% del personal debe estar capacitado).

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

GIN1-1	No se cuenta con actas de reuniones del personal de distintas áreas en las cuales se realiza la identificación de necesidades de información con el Equipo de Estadística e Informática.
GIN1-3	Se verifica que menos del 50% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de la muestra de 30 trabajadores seleccionados aleatoriamente por áreas.
GIN1-5	No se evidencia documentación (Constancia o certificados de capacitación) que demuestre que el personal de Estadística e Informática ha sido capacitado en el último año sobre Gestión de la Información (Mínimo, el 90% del personal debe estar capacitado).
GIN1-6	No se cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
GIN1-7	No se cuenta con evidencia documentaria de la implementación de las disposiciones del "Sistema de Gestión de Información" del último trimestre.
GIN3-1	No se cuenta con documentos que registran el mecanismo de retroalimentación (Actas de reuniones) luego del análisis de información.
GIN3-4	No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información de manera semestral para el último año.

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

DLDE2-5	No se lleva un control por escrito (informe de supervisión mensualizado) del libro de registros de los procedimientos de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos
DLDE3-1	Se observa que menos del 90% del personal que realiza la recolección y lavado de la ropa se encuentra debidamente protegido según normas de salud ocupacional sobre una muestra de 10 trabajadores.
DLDE4-4	No se cuenta con evidencia documentaria de la implementación de mejoras en la limpieza del establecimiento con base a los resultados de la percepción de los usuarios.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

MRS2-1	No se cuenta con evidencia documentaria de la implementación de mecanismos de financiamiento en el último año.
--------	--

MACROPROCESO 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA - (NYD)

NYD1-1	No se cuenta con manual de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética aprobado con R.D.
NYD1-6	No se obtiene una respuesta afirmativa según la encuesta realizada a usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimientos nutricionales en relación a sus necesidades, sobre una muestra aleatoria de 10 individuos.
NYD2-4	No se cuenta con evidencia documentaria (Informe mensualizado) del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos e implementación de medidas correctivas.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

GIM1-1	No se cuenta con documento (aprobado con RD) que establezca las líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del establecimiento.
GIM1-2	No se cuenta con documento oficial que contiene las disposiciones que garanticen la calidad de los bienes estratégicos contenidas en el plan anual de necesidades por servicios.
GIM1-3	No se cuenta con manual de buenas prácticas (aprobado con RD) de almacenamiento de insumos y materiales
GIM1-4	No se cuenta con manual de procedimientos (aprobado con RD) para el control de insumos y materiales.
GIM2-1	No existe evidencia documentaria del cumplimiento de los procedimientos para el requerimiento de bienes estratégicos según el plan de adquisiciones.
GIM2-2	No se cuenta con manual de procedimientos (aprobado con RD) para la adquisición de insumos y materiales.
GIM2-4	No existe ningún registro oficial de la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en menos del 60% de procesos.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

EIF1-1	Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física (infraestructura) y servicios básicos, pero no está incorporado en el POA
EIF1-2	Se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos, pero no está incorporado en el POA.
EIF1-3	No se cuenta con personal capacitado para elaboración de proyectos de inversión y no se elaboran proyectos de inversión.
EIF1-4	No se cuenta con evidencia documentaria de capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos.
EIF1-5	No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento.
EIF1-7	No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las Instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
EIF1-8	No se cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
EIF1-9	No se cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica).
EIF2-3	No se cuenta con un informe trimestral del libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos (Porcentaje de soluciones oportunas).

VIII. PUNTAJE ALCANZADO

El Puntaje total obtenido fue de 75%, resultado no aprobatorio, lo cual indica subsanar en 6 meses las observaciones encontradas.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Establecimiento :		00000210-HOSPITAL SANTA										
Tipo de Establecimiento :		II-2										
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	54.56	40.12	73.53	221.99	172.32	77.63	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	30.09	73.53				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	41.34	86.59				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	36.99	77.47				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.64	13.15	96.43				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.10	23.61	69.23	253.70	189.45	74.67	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	32.22	67.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	28.29	59.26				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.74	45.23	94.74				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	35.04	73.40	158.57	111.99	70.62	
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	34.10	27.28	80.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.05	9.30	54.55				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	14.13	82.86				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.05	12.54	73.53				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	15.41	90.38				
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	10.38	60.87				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.05	13.23	77.59				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	15.50	90.91				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.05	14.04	82.35	634.26	473.76		
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	8.02	47.06				
Total	341	133	167	41	341	634.26	473.77		634.26	473.76		
									Puntaje Final (%)	75		

RESULTADO SEGÚN CATEGORÍAS

Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER.Gerencia	172.32	77.63%
PRE.Prestación	189.45	74.67%
APO.Apoyo	111.99	70.62%

Según Categorías:

- La Categoría Gerencia alcanzó el mayor puntaje (77.63%).
- Siendo la Categoría de Apoyo la de menor puntaje (70.62%).

Según Macroprocesos:

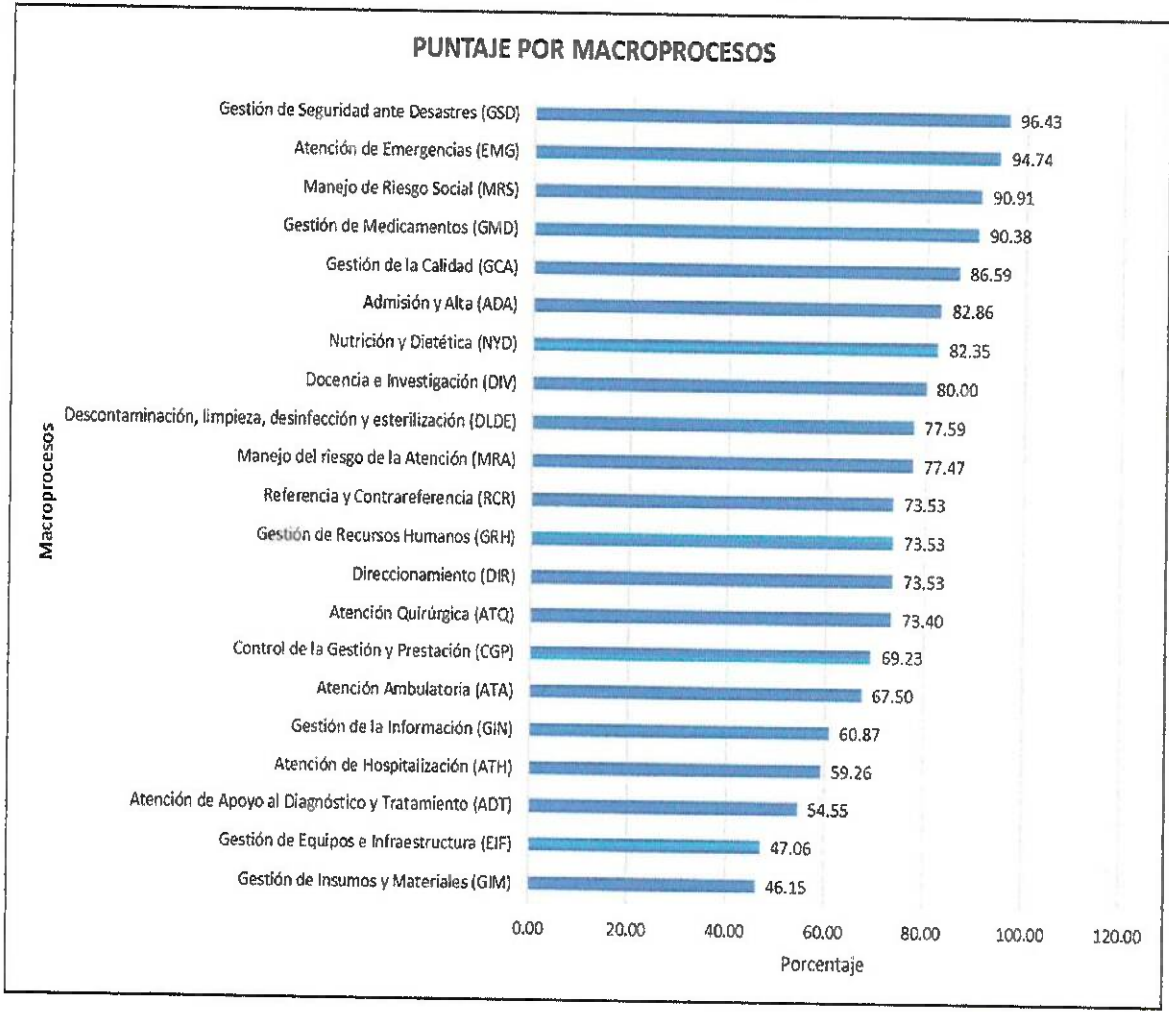
- El Macroproceso Gestión de seguridad ante desastres (GSD) obtuvo un puntaje mayor (96.43%).

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

- El Macroproceso Atención de Emergencias (EMG) obtuvo un puntaje de 94.74%, seguido de Gestión de la Calidad (GCA) 86.59%, Admisión y Alta (ADA) con 82.86%.
- En quinto lugar, se encuentra el Macroproceso Nutrición y Dietética con 82.35%.
- El menor puntaje lo obtuvo el Macroproceso Gestión de insumos y materiales con un 46.15%.

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	40.12	73.53%
GRH.Gestión de recursos humanos	30.09	73.53%
GCA.Gestión de la calidad	41.34	86.59%
MRA.Manejo del riesgo de atención	36.99	77.47%
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	13.15	96.43%
CGP.Control de la gestión y prestación	23.61	69.23%
ATA.Atención ambulatoria	32.22	67.50%
AEX.Atención extramural	0.00	0.00%
ATH.Atención de hospitalización	28.29	59.26%
EMG.Atención de emergencias	45.23	94.74%
ATQ.Atención quirúrgica	35.04	73.40%
DIV.Docencia e Investigación	27.28	80.00%
ADT.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	9.30	54.55%
ADA.Admisión y alta	14.13	82.86%
RCR.Referencia y contrareferencia	12.54	73.53%
GMD.Gestión de medicamentos	15.41	90.38%
GIN.Gestión de la información	10.38	60.87%
DLDE.Descontaminacion, limpieza, desinfeccion, esteriliz.	13.23	77.59%
MRS.Manejo del riesgo social	15.50	90.91%
NYD.Nutrición y dietética	14.04	82.35%
GIM.Gestión de insumos y materiales	7.87	46.15%
EIF.Gestión de equipos e infraestructura	8.02	47.06%



IX. CONCLUSIONES

- El proceso de Autoevaluación es una tarea permanente que se viene realizando todos los años en nuestra institución con el objetivo de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital Santa Gema de Yurimaguas cuenta con la capacidad de brindar prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos, según nuestro nivel de complejidad.
- La Autoevaluación no tiene carácter sancionador. Todo lo contrario, la Autoevaluación busca promover una cultura de calidad en el establecimiento de salud a través de la identificación de problemas dentro de cada Área/Servicio/Unidad/Oficina y también busca promover la participación de todo el personal dentro de los planes de mejora continua de la institución.

X. RECOMENDACIONES

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

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO - DIR

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
DIR1-4	Elaborar documento oficial de identificación de necesidades de salud para todas las etapas de vida.
DIR1-5	Implementar un cuaderno de actas de reunión donde se evidencie la participación de las autoridades y jefes de los diferentes servicios en la formulación del ASIS.
DIR1-7	Adoptar las Guías de Práctica Clínica y aprobarlas con R.D.
DIR2-2	Los responsables de las diferentes actividades deberán presentar el informe de resultados de los mismos.

MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS – (GRH)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GRH1-2	El responsable de RR.HH. elaborará y ejecutará un Plan de inducción del personal.
GRH1-4	Realizar el análisis de los resultados de productividad en todos los servicios
GRH2-2	Realizar reuniones con la participación de los equipos de trabajo para buscar solución a los problemas priorizados del desempeño de los recursos humanos.
GRH4-1	Elaborar el plan de fortalecimiento de competencias del recurso humano en salud, tomando en cuenta el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) por curso de vida.

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

Criterios / Código	Recomendaciones
GCA2-4	Elaborar una política oficial (Aprobado con R.D.) que garantice la privacidad de la atención al usuario.
GCA2-5	Elaborar un informe periódico de la identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios con propuestas de acciones de mejora.
GCA2-6	Se implementará Planes de mejora para disminuir las barreras de acceso de los usuarios, por tanto, y se emitirán los informes de avance respectivos.
GCA2-8	El responsable de consultorios externo elaborará el flujograma de atención general por servicios.
GCA3-8	Se elaborará directivas administrativas de los procesos asistenciales y administrativos priorizados.

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

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
MRA1-1	Mediante emisión de memorándum, se designará a los responsables de manejo de riesgos de la atención.
MRA1-5	Se implementará un mecanismo para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar.
MRA1-6	El responsable de Salud materno realizará el Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna neonatal.
MRA1-11	Se implementará un sistema para Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno en las áreas / unidades del hospital.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MRA2-1	El responsable del Banco de Sangre elaborará el análisis de la seguridad transfusional acorde a la normatividad vigente.
MRA2-7	Contar con GPC para evaluar el riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y trombo embolismo.
MRA2-8	GPC de evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial.
MRA2-9	GPC de evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición en pacientes hospitalizados con formato oficial.
MRA3-1	Elaborar métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.
MRA4-3	Realizar el registro e informar las infecciones e identificación de la cepa y antibioticoterapia no acorde a normas.
MRA5-1	Elaborar e implementar las Guías de atención de Enfermería por cada servicio.
MRA6-1	Supervisar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte del personal de salud.
MRA6-5	Elaborar protocolo o guía (Aprobado con R.D.) para el manejo de accidentes del personal con material punzocortante
MRA6-6	Elaborar las instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones a tener.
MRA6-7	Implementar programas preventivos contra hepatitis B, TBC, y otras patologías infectocontagiosas – VIH, y riesgos de radiaciones, incendio.
MRA6-9	Contar con el Manual de Prevención y Atención de Riesgos, y aplicarlo.

MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y DESASTRES – (GSD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GSD1-6	Se deberá elaborar un informe de la identificación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas las áreas del establecimiento.
GSD2-1	Elaborar un informe trimestral de la ejecución del Plan Anual de Actividades del Comité Hospitalario de Defensa Civil.
GSD2-8	Socializar al personal de los diferentes servicios, el Plan para el Manejo de Emergencias Masivas y Desastres (Aprobado con R.D.)

MACROPROCESO 06: CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN – (CGP)

Criterios/ Código	RECOMENDACIONES
CGP2-1	Se gestionará la capacitación de los responsables de realizar las auditorías, supervisión y evaluación de los procesos.
CGP2-5	Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia.
CGP2-6	Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
CGP2-8	Realizar el Informe de los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados.
CGP2-9	Los jefes de cada servicio deberán implementar acciones de mejora según las recomendaciones brindadas de los reportes de auditoría de la calidad de procesos de atención.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 07: ATENCIÓN AMBULATORIA – (ATA)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATA1-4	Establecer una política (Disposiciones aprobadas con R.D.) para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria los días solicitados.
ATA2-1	Oficializar las GPC oficializadas por etapas de vida.
ATA2-3	Evaluación permanente del cumplimiento de los lineamientos de las GPC en las historias clínicas.
ATA2-4	Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado.
ATA3-2	Elaborar plan e informe de actividades educativas para mejorar en la mujer, la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.
ATA3-6	Desarrollar programas de prevención para las 10 patologías más frecuentes

MACROPROCESO 09: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATH1-1	Identificar, socializar y publicar de forma oficial, las causas más frecuentes de internamiento.
ATH1-2	Los jefes de servicio deberán establecer reuniones a fin de identificar las necesidades de mejora de la atención de los servicios, mediante planes de mejora.
ATH1-3	Verificar el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia sólo en algunos casos de atención de parto.
ATH2-1	La Alta Dirección tiene el compromiso de atender y abastecer con el requerimiento del cuadro de necesidades a todos los servicios.
ATH2-2	Solicitar a los servicios las guías de práctica clínica (GPC), para la atención en cada área y para todas las patologías.
ATH2-3	Gestión de la Calidad realizará la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.
ATH3-1	Evaluación permanente del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad por parte del personal.
ATH3-2	Implementar Acta de reuniones donde se evidencie el análisis de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos.
ATH4-1	Las jefaturas de los servicios hospitalarios se agenciarán de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.
ATH4-3	Se vigilará la implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las historias clínicas.
ATH4-4	Se realizará la medición y seguimiento de la adherencia a las GPC.
ATH7-4	Todas las historias clínicas deben contar con planes de trabajo contenidos acorde con las Guías de Práctica Clínica (GPC).
ATH7-5	Registrar, analizar y evaluar las complicaciones obstétricas y su manejo de acuerdo con los protocolos de las GPC.
ATH7-6	Los servicios deberán elaborar un plan de acción donde se dispone la implementación de recomendaciones en base a los informes de las auditorías internas.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
EMG1-4	Aprobar mediante R.D. y hacer uso de las GPC para las atenciones de las 10 patologías más frecuentes.

MACROPROCESO 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA – (ATQ)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ATQ1-1	La jefatura deberá socializar el Plan Anual de Actividades del Servicio de Centro Quirúrgico.
ATQ1-2	La jefatura de servicio deberá socializar el manual de procedimientos de Centro Quirúrgico
ATQ1-3	El personal deberá aplicar las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes.
ATQ3-8	Registros mensuales oficiales de las tasas de complicaciones y eventos adversos (indicador) para el último semestre.
ATQ3-11	Evaluar la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
ATQ4-1	Realizar evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por las guías de atención quirúrgica.
ATQ4-2	Implementar proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso.
ATQ4-3	Elaborar política de confidencialidad (Aprobado con D.R.) respecto a la información del paciente.

MACROPROCESO 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – (DIV)

Criterios/ Código	RECOMENDACIONES
DIV1-2	Implementar libro de actas de reuniones del Comité Docente Asistencial Hospitalario.
DIV1-3	Hacer cumplir que los trabajos de investigación sigan las políticas de investigación establecidas en la institución.
DIV1-7	Informe de actividades académicas de pregrado no concuerdan con el reglamento de docencia en relación a las actividades realizadas el último semestre.
DIV1-9	Evaluar el cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos de pregrado mediante un informe.
DIV2-5	Realizar el inventario actualizado oficial de los materiales de capacitación e investigación
DIV2-6	Establecer horarios definidos para el acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales por parte del personal y los alumnos.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO – (ADT)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ADT1-1	Disponer de normas y guías de procedimiento en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados.
ADT3-1	Aprobar el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento mediante R.D.
ADT3-2	Elaborar informe del Control de Calidad de los procedimientos realizados en el Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
ADT3-4	Implementar un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.
ADT3-5	Implementar medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
ADT3-6	Capacitar al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra.
ADT3-7	Implementar medidas correctivas para disminuir las complicaciones y/o reacciones adversas analizadas en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

MACROPROCESO 14: ADMISION Y ALTA – (ADA)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
ADA1-3	Elaborar Manual de Procedimientos del proceso diario de recojo o archivamiento de historias clínicas. Realizar informe trimestral sobre problemas detectados en las entradas y salidas de las historias clínicas.
ADA1-5	Capacitar anualmente al personal de admisión para la realización de sus actividades.
ADA3-1	Oficializar el proceso de alta mediante RD.
ADA3-2	Realizar el registro de las estancias hospitalarias prolongadas e implementar acciones de mejora.

MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA – (RCR)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
RCR1-1	Elaborar un documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe
RCR 3-1	Capacitar al personal responsable sobre la identificación y análisis de los aspectos críticos del proceso de referencia y contrareferencia y proponer acciones de mejora.
RCR3-2	La jefatura deberá hacer seguimiento del indicador: Porcentaje de casos referidos y esto, coincida con los resultados esperados por la institución.
RCR3-4	La jefatura deberá hacer seguimiento del indicador: Relación porcentual entre referencias y contrareferencias y esto, coincida con los resultados esperados por la institución.

MACROPROCESO 16: GESTION DE MEDICAMENTOS – (GMD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GMD1-1	La jefatura deberá gestionar que las compras de medicamentos deberán ser según el petitorio nacional.
GMD2-5	La jefatura dispondrá de un sistema de registro de los errores de prescripción.
GMD3-2	La jefatura deberá adoptar medidas referentes al porcentaje de prescripciones no atendidas.
GMD3-4	La Jefatura deberá capacitar al 100% de su personal a cargo sobre los procedimientos de farmacia.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

Criterios / código	RECOMENDACIONES
GIN1-1	La jefatura deberá establecer reuniones a fin de identificar las necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos.
GIN1-3	Se deberá socializar al personal sobre el sistema de acopio de información (Página web, boletines informativos, ect)
GIN1-5	Capacitar anualmente al personal de Estadística e Informática sobre la Gestión de Información.
GIN1-6	La jefatura deberá documentar el procedimiento que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
GIN1-7	Evaluar trimestralmente el "Sistema de Gestión de Información" e implementar acciones de mejora.
GIN3-1	Establecer mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.
GIN3-4	Identificar las percepciones del usuario interno sobre el manejo de información.

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

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
DLDE2-5	Evaluar mensualmente el libro de registros de los procedimientos de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos
DLDE3-1	Supervisar que todo el personal que realiza la recolección y lavado de la ropa se encuentra debidamente protegido según normas de salud ocupacional.
DLDE4-4	Implementar acciones de mejora relacionado a la limpieza del establecimiento, con base a los resultados de la percepción de los usuarios.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
MRS2-1	Elaborar informes trimestrales relacionados a la implementación de mecanismos de financiamiento de usuarios económicamente vulnerables.

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICA - (NYD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
NYD1-1	Elaborar manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.
NYD1-6	Brindar información a los usuarios sobre los requerimientos nutricionales en relación a sus necesidades.
NYD2-4	Evaluar el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos e implementar de medidas correctivas.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GIM1-1	La Unidad de Logística debe implementar las Líneas de Acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del Hospital, según normatividad vigente.
GIM1-2	Incluir dentro del plan anual de necesidades por servicios, las disposiciones que garanticen la calidad de los bienes estratégicos.
GIM1-3	La Unidad de Logística, mediante Directiva Administrativa, deberá implementar medidas de protección de insumos y materiales.
GIM1-4	Elaborar documento oficial que contenga las medidas para el control de insumos y materiales.
GIM2-1	Realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo con el cronograma del plan anual de adquisiciones.
GIM2-2	Implementar manual de procedimientos aprobado por RD para la adquisición de insumos y materiales.
GIM2-4	Registrar en un libro manual o electrónico la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
EIF1-1	Elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos.
EIF1-2	El Plan de Reemplazo y Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de los equipos debe estar incorporado dentro del Plan Operativo Institucional oficial.
EIF1-3	Deberá contar con personal capacitado en proyectos de Inversión (documentar).
EIF1-4	Capacitar al personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos.
EIF1-5	Elaborar manual de procedimientos para los procesos de adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación.
EIF1-7	Elaborar manual de procedimientos para el mantenimiento de las Instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.
EIF1-8	Elaborar manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras.
EIF1-9	Elaborar y oficializar el manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica).
EIF2-3	Elaborar informe trimestral del porcentaje de soluciones oportunas según las solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ
COP. N° 40338
EQUIPO TÉCNICO GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

XI. ANEXOS

Anexo 1

R.D. Comité de Acreditación



PERÚ

Ministerio de Salud



GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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

N° 033 – 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de enero del 2024



Visto el Expediente N° 00586-2024, que contiene el Oficio N° 0017-2024-DRSL/GRL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de la conformación del “EQUIPO DE ACREDITACION, AÑO 2024”, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:



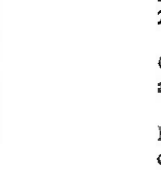
Que, el Decreto Supremo 013-2006-SA, que Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo Artículo 2° define el término acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de atención a través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



Que, por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se Aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02- “NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO” estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el 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 Evaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad Institucional;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se Aprueba la “GUIA TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO”, Y EL “LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO” como Guía de referencia nacional, de aplicación en los Establecimientos de Salud Publicas y Privados del Sector;



Que, mediante 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 de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud;

Que, con los Documentos de Visto, el Director Ejecutivo mediante Memorando N° 0050-GRL-GRSL/30.37, Autoriza la proyección del Acto Resolutivo de la Conformación del “EQUIPO DE ACREDITACION, AÑO 2024” del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024



PERÚ

Ministerio de Salud



GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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

N° 033 – 2024-GRI-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de enero del 2024

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- CONFORMAR, el “**EL EQUIPO DE ACREDITACION- 2024**”, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que estará conformado por los siguiente profesionales:

• DIRECTOR EJECUTIVO	PRESIDENTE
• JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIO DE LA CALIDAD	SECRETARIO
• DIRECTOR ADMINISTRATIVO	MIEMBRO
• JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	MIEMBRO
• JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE RIESGOS	MIEMBRO
• JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA	MIEMBRO
• JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA	MIEMBRO
• JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA	MIEMBRO
• JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACION-DOCENCIA-INVESTIGACIO	MIEMBRO

Artículo 2°.- El Equipo de Acreditación que se conforma con la presente Resolución, contara con un Coordinador elegido por sus miembros, y designado oficialmente, según establece el rubro VI Disposiciones Específicas, numeral 1, acápite c) de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, antes citada.

Artículo 3°.- Transcribase la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.

Artículo 4°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
.....
M.C. JORGE ALBERTO ARCEADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 62751 RNE: 04037

JAMS/IOR/DCSM/azg.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 2

Comité Evaluadores Internos



GERESA - LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD



HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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

N° 032 - 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de enero del 2024

Visto el Expediente N° 00586-2024, que contiene el Oficio N° 0017-2024-DRSL/GRL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS, AÑO 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26482 - Ley General de Salud, en su Artículo N° 38° establece que los Establecimientos de Salud y Servicios quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de Nivel Nacional dicta las Norma de Evaluación y Control y de Auditoría correspondiente;

Que, el Decreto Supremo 013-2006-SA, que Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Artículo 96° establece que, a fin de garantizar la calidad y seguridad de atención a los pacientes, los Establecimientos de Salud y servicios médicos de Apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan; y el inciso b) del Artículo 99° establece que las actividades o procesos de evaluación incluyen la acreditación del Establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Que, por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se Aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02-"NORMA TECNICA DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO" con la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud o servicios médicos de apoyo, según nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la Precitada Norma Técnica, define que la Autoevaluación del proceso de acreditación, en la cual los Establecimientos de Salud, cuentan con un Equipo Institucional de evaluadores Internos previamente formados, quienes 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se Aprueba la "GUIA TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO", con la finalidad de estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestaciones y de apoyo;

Que, de conformidad con el numeral 72.2 del Artículo 72° del TUP de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, señala que "TODA ENTIDAD ES COMPETENTE PARA REALIZAR LAS TAREAS MATERIALES INTERNAS PARA EL EFICIENTE CUMPLIMIENTO DE SU MISION Y OBJETIVOS, ASI COMO PARA LA DISTRIBUCION DE LAS ATRIBUCIONES QUE SE ENCUENTREN COMPRENDIDAS DENTRO DE SU COMPETENCIA".

Que, con los Documentos de Visto, el Director Ejecutivo mediante Memorando N° 0051-GRL-GRSL/30.37, Autoriza la proyección del Acto Resolutivo de la Conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS, AÑO 2024" del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024



PERU

Ministerio de Salud



LORETO

GERESA – LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAQUAS

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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

N° 032 – 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de enero del 2024

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- CONFORMAR, el “**ÉL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS - 2024**”, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que estará conformado por los siguiente profesionales:

• LIC. ENF.	FABRICIA REATEGUI DAVILA DE FLORES	PRESIDENTE
• C.D.	GILMER MANUEL ASENSIO ORTIZ	COORDINADOR
• M. C.	KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA	MIEMBRO
• LIC. ENF.	SAMMER CAROLEYNE HERRERA QUISPE	MIEMBRO
• LIC. ENF.	GRETTE FIORELLA TORRES TELLO	MIEMBRO
• LIC. ENF.	BONNIE VON BANCELS ANGULO	MIEMBRO
• LIC. ENF.	EDUARDO DEL AGUILA VASQUEZ	MIEMBRO
• LIC. ENF.	DENIZ AREVALO CASTRO	MIEMBRO
• LIC. ENF.	LILIANA LOPEZ GARCIA	MIEMBRO
• PS.	HUMBERTO CASTILLA CABELLO	MIEMBRO
• QF.	LLAJHAIIRA ELIZABETH VASQUEZ GATICA	MIEMBRO
• OBST.	JEAN NEIL HERNANDEZ ANGULO	MIEMBRO

Artículo 2º.- Transcribese la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.

Artículo 5º.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAQUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 52751 RNE: 040837

JAMS/TOR/DCSM/seg.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 3

R.D. Plan de Auto Evaluación

PERU Ministerio de Salud
LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

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

N° 172 - 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 11 de abril del 2024

Visto el Expediente N° 004745-2023 que contiene el Oficio N° 063-2024-GRL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de Aprobación mediante Resolución del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO - 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala literalmente que: "Los Establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de Gestión deberán cumplir los requisitos que disponen los Reglamentos y Normas Técnicas que dicha autoridad de Salud de Nivel Nacional en relación a la planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgo relacionados con los agentes ambientales, físicos, químicos biológicos y orgánicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los Establecimientos de Salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador" para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencencia nacional, de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la III-1, en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021 - MINSA/DGSP-V.03. "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del Sistema de Salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante documentos de Visto, el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 0511-2024-GRL-GRSL/30.37, la Aprobación mediante Acto Resolutivo del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO 2024" del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, con la finalidad de cumplir con los objetivos funcionales de Apoyo en este Nosocomio;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR, el "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO 2024" DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, el mismo que contiene DIEZ (10) FOLIOS y CUATRO (04) ANEXOS es parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Unidad de La Gestión de la Calidad del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento.

Artículo 3º.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transferencia estándar del Hospital II - 2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;

JAMS/CARL/DCSM/uzg.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MENDOZA BLANCA
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP-5275-8

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 4

Comunicado Inicio de Autoevaluación 2023



PERÚ

Ministerio de Salud



LORETO

Gerencia Regional de Salud

GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Unidad Funcional de Gestión de la

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

CARGO

Yurimaguas, 04 de junio del 2024.

OFICIO N° 0083-2024-GRSL/GRL/30.37.05.

SEÑOR:

M.C. Yuri Alfonso ALEGRE PALOMINO.

Gerente Regional Salud Loreto-GERESA-Loreto.

Presente. -

ASUNTO

: COMUNICA INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2024.

ATENCIÓN

: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – GERESA LORETO.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente, y a la vez, Comunicarle el INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN – 2024, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, la misma que se iniciará el día **lunes 17 de junio** del año en curso.

Sin otro particular, me suscribo de Usted, deseándole éxitos y parabienes en el desarrollo de su Gestión.

Atentamente:



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JORGE ALBERTO INDAJIO SEANCAS

DIRECTOR EJECUTIVO

CMP-57751 ONP-14707

C.c

Archivo.

JAMS/FRD/trd.

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DIRECCIÓN: Calle Ucayali 67 Mz. 9 – Loreto – Alto Amazonas – Yurimaguas

Correo: direccion@h2yurima.gov.pe

26

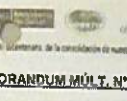
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”
 INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 5
 Memorándums



GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD



LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Unidad de Gestión de la Calidad

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

MEMORANDUM MÚLT. N° 012-2024-GRJ-GRSJ/30.37.05.

A :

Lic. Enl. Fabricea Reallegui Davila
 C.D. Gilmer Manuel Asencio Ortiz
 M.C. Katherine Sandoval Soria
 Lic. Enl. Sammer Herrera Quispe
 Lic. Enl. Gretty Florella Torres Tello
 Lic. Enl. Bonnie Von Bancela Angulo
 Lic. Enl. Eduardo del Águila Vasquez
 Lic. Enl. Luz Gabriela Vergas Montoya
 Lic. Enl. Liliana López García
 Pn. Humberto Castilla Cabello
 Q.F. Yolly Pinedo Pinedo
 Obst. Jean Neil Hernández Angulo

CARGO

Asunto : CONVOCA A REUNIÓN

Fecha : Yurimaguas, 06 de junio del 2024.

Por la presente, esta Dirección convoca a usted, a la reunión de coordinación para la ejecución y cumplimiento del Proceso de Autoevaluación, Compromiso de Mejora que se encuentra dentro de los Convenios de Gestión 2024 y que dará inicio este 17 de junio

Fecha: jueves 13 de junio 2024
 Hora: 10:00 hrs
 Lugar: Biblioteca del HSGY

Atentamente,



M.C. JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
 DIRECTOR GENERAL

Archivo





GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD



LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Unidad de Gestión de la Calidad

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

MEMORANDUM MÚLT. N° 013-2024-GRJ-GRSJ/30.37.05.

A : CARGO

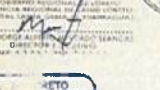
Asunto : SOCIALIZACIÓN PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Fecha : Yurimaguas, 05 de junio del 2024.

Por la presente, esta Dirección convoca a usted a la reunión de Socialización sobre el Proceso de Autoevaluación, actividad que se dará inicio el 17 de junio; la misma, se encuentra como Compromiso de Mejora dentro de los Convenios de Gestión 2024, para la obtención del bono anual del cumplimiento de metas.

Fecha: viernes 14 de junio 2024.
 Hora: 11:00 hrs.
 Lugar: Auditorio del HSGY.

Atentamente,



M.C. JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
 DIRECTOR GENERAL







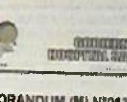
Archivo





GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD



LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Unidad de Gestión de la Calidad

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

MEMORANDUM (M) N°013-2024-GRJ-GRSJ/30.37.05.

A :

Director Administrativo
 Jefe de Enfermería
 Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
 Jefe de la Unidad de Economía
 Jefe de la Unidad de Logística
 Jefe de la Unidad de Control Patrimonial
 Jefe de la Unidad de Estadística e Informática
 Jefe del Servicio de Epidemiología – Salud Ambiental

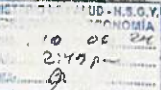
CARGO

Asunto : COMUNICA DESARROLLO DE AUTOEVALUACIÓN.

Fecha : Yurimaguas, 10 de junio del 2024.

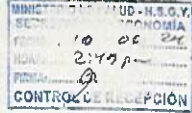
Mediante la presente, se hace de su conocimiento, que en el marco del Cumplimiento de los Convenios de Gestión año 2024, a partir del día LUNES 17 DE JUNIO del año en curso, se estará desarrollando el Proceso de la Autoevaluación, el cual culminará hasta el día viernes 05 de julio, por lo que se solicita brindar las facilidades a los evaluadores, asimismo deberá designar un representante de su servicio, unidad o área para el acompañamiento respectivo

Atentamente,



M.C. JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
 DIRECTOR GENERAL





Archivo





GERESA – LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD



LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Unidad de Gestión de la Calidad

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

MEMORANDUM (M) N°013-2024-GRJ-GRSJ/30.37.05.

A :

Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
 Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética
 Jefe del Servicio de Pediatría
 Jefe del Servicio de Neonatología
 Jefe del Servicio de Cirugía y Traumatología
 Jefe del Servicio de Centro Quirúrgico y Anestesiología
 Jefe del Servicio de Emergencia
 Jefe del Servicio de Cuidados Críticos

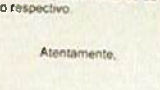
CARGO

Asunto : COMUNICA DESARROLLO DE AUTOEVALUACIÓN.

Fecha : Yurimaguas, 10 de junio del 2024

Mediante la presente, se hace de su conocimiento, que en el marco del Cumplimiento de los Convenios de Gestión año 2024, a partir del día LUNES 17 DE JUNIO del año en curso, se estará desarrollando el Proceso de la Autoevaluación, el cual culminará hasta el día viernes 05 de julio, por lo que se solicita brindar las facilidades a los evaluadores, asimismo deberá designar un representante de su servicio, unidad o área para el acompañamiento respectivo

Atentamente,

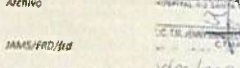


M.C. JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
 DIRECTOR GENERAL





Archivo



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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 6

Cronogramas

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 - A

ACTIVIDADES		Enero	Marzo	Junio					Julio			
				12	13	14	17 al 21	24 al 28	1 al 5	8 al 12	15	16
Conformación del Comité de Acreditación 2023.		X										
Conformar el Equipo de Evaluadores Internos 2023.		X										
Elaborar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023.			X									
Aprobación del Plan de Autoevaluación mediante Resolución Directoral.			X									
Designación del Evaluador Líder, quien comandará el desarrollo del Proceso de Autoevaluación.				X								
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para socializar los contenidos del plan y designar los responsables de cada componente a evaluar.				X								
Capacitación de los miembros del Equipo de Evaluadores Internos.				X								
Socialización del Plan de Autoevaluación para la Acreditación, a las jefaturas de Unidades, Servicios, y otros.					X							
Designar responsables por servicios/áreas/unidades/ que interactuarán con los evaluadores internos.					X							
Visita y reconocimiento de las instalaciones por el equipo evaluador.						X						
Preparación del material que se utilizará en el desarrollo del proceso.						X						
Comunicar a la DIRESA Loreto, el inicio del desarrollo de la Autoevaluación.						X						
Desarrollo del Proceso de Autoevaluación según cada Macroproceso:												
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)					X					
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)					X					
	3	Gestión de la Calidad (GCA)					X					
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)					X					
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)					X					
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)					X					
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)						X				
	8	Atención de Hospitalización (ATH)						X				
	9	Atención de Emergencias (EMG)						X				
	10	Atención Quirúrgica (ATQ)						X				
	11	Docencia e Investigación (DIV)						X				
Apoyo	12	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						X				
	13	Admisión y Alta (ADA)						X				
	14	Referencia y Contrareferencia (RCR)						X				
	15	Gestión de Medicamentos (GMD)							X			
	16	Gestión de la Información (GIN)							X			
	17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)							X			
	18	Manejo de Riesgo Social (MRS)							X			
	19	Nutrición y Dietética (NYD)							X			
	20	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)							X			
	21	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)							X			
Procesamiento y Análisis de datos										X		
Elaborar el informe preliminar y presentar los hallazgos a la Dirección del Hospital										X		
Revisión y elaboración del Informe Final											X	
Remitir e informe final a la GERESA Loreto												X

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN RESPONSABLES 2024 - B

ACTIVIDADES		Responsable	Junio										Julio				
			17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO	X	X	X	X	X									
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X	X									
	3	Gestión de la Calidad (GCA)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X	X									
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)	C.D. GILMER MANUEL ASENSIO ORTIZ	X	X	X	X	X									
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE	X	X	X	X	X									
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE	X	X	X	X	X									
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)	M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA					X	X	X	X	X					
	9	Atención de Hospitalización (ATH)	LIC. ENF. LILIANA LOPEZ GARCIA LIC. ENF. MERY ELIZABETH GUZMAN CAMPOS					X	X	X	X	X					
	10	Atención de Emergencias (EMG)	LIC. ENF. JOHANA FABIOLA BARRIA RAMIREZ					X	X	X	X	X					
	11	Atención Quirúrgica (ATQ)	LIC. ENF. LILIANA LOPEZ GARCIA					X	X	X	X	X					
	12	Docencia e Investigación (DIV)	PS. HUMBERTO CASTILLA CABELLO					X	X	X	X	X					
	13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO					X	X	X	X	X					
Apoyo	14	Admisión y Alta (ADA)	LIC. ENF. LILIANA LOPEZ GARCIA					X	X	X	X	X					
	15	Referencia y Contrareferencia (RCR)	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO					X	X	X	X	X					
	16	Gestión de Medicamentos (GMD)	LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ										X	X	X	X	X
	17	Gestión de la Información (GIN)	LIC. ENF. SUSAN MARUBENY SOBRINO SU										X	X	X	X	X
	18	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO										X	X	X	X	X
	19	Manejo de Riesgo Social (MRS)	LIC. ENF. SUSAN MARUBENY SOBRINO SU										X	X	X	X	X
	20	Nutrición y Dietética (NYD)	LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ										X	X	X	X	X
	21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	LIC. ENF. MERY ELIZABETH GUZMAN CAMPOS										X	X	X	X	X
	22	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	Q.F. LIAHARA ELIZABETH VASQUEZ GATICA										X	X	X	X	X

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

Anexo 7: Hoja de Recomendaciones

MACROPROCESO: 01 DIRECCIONAMIENTO

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
DIR 1-4	La Jefatura de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental deberá elaborar el Análisis de Situación de Salud – ASIS en un plazo de 6 meses. Así mismo, en el ASIS se deberá realizar la identificación de las necesidades de salud por etapas de vida.
DIR 1-5	La Jefatura de Epidemiología y Salud Ambiental deberá implementar un cuaderno de actas de reunión donde se evidencie la participación de las autoridades y jefes de los diferentes servicios en la formulación del ASIS.
DIR 1-7	Las Jefaturas de los Departamentos Asistenciales (Gineco-Obstetricia, Medicina, Pediatría y Cirugía) deberán elaborar según corresponda las Guías de Práctica Clínica Según Prioridades Sanitarias de acuerdo con el ASIS del 2013, en un plazo de 60 días.
DIR 2-2	La Jefatura de la Oficina de Planeamiento en coordinación con la Dirección deberán presentar los resultados de la organización en espacios de participación de la comunidad en un plazo de 45 días.

MACROPROCESO: 02 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
GRH 1-2	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos deberá coordinar con quien corresponda la elaboración de los Informes de inducción del personal entrante de junio del presente en un plazo de 15 días.
GRH 1-4	La Jefatura de la Unidad de Estadística deberá elaborar Informes de los análisis de productividad individual por áreas y unidades en forma permanente.
GRH 2-2	La Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos deberá identificar y proponer soluciones para mejorar el desempeño de los recursos humanos
GRH 4-1	La Jefatura de la Unidad de Apoyo a la Docencia y Capacitación deberá elaborar el plan de fortalecimiento de competencias del recurso humano en salud (PLANDES), tomando en cuenta el MAIS (Modelo de Atención Integral en Salud) por curso de vida.

MACROPROCESO: 03 GESTIÓN DE CALIDAD

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
GCA 2-4	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá elaborar una política (Aprobado con R.D.) que garantice la privacidad de la atención al usuario.
GCA 2-5	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad a través de la PAUS, deberá elaborar un informe periódico de la identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios con propuestas de acciones de mejora.
GCA 2-6	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá implementar mejoras para disminuir las barreras de acceso de los usuarios en un plazo de 90 días.
GCA 2-8	La Jefatura de Consulta Externa deberá coordinar para la implantación de flujogramas de atención general en todos los servicios y debidamente señalizados en un plazo de 45 días. La Jefatura de la Unidad de Gestión

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

	de la Calidad deberá monitorizar la implementación de la recomendación antes mencionada en un plazo de 60 días.
GCA 3-8	La Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad en coordinación con los Departamentos asistenciales deberán identificar los procesos de atención críticos y priorizar su mejora en un plazo de 60 días.

MACROPROCESO: 04 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
MRA1-1	La Subdirección deberá definir responsables por servicios y/o áreas para el manejo de los riesgos de la atención en un plazo de 30 días.
MRA1-5	El Comité de Manejo de Riesgos en coordinación con el área de comunicaciones deberá implementar mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar, en un plazo de 60 días.
MRA1-6	El Jefe de Servicio de Gineco-obstetricia realizará el análisis de cuan efectiva es la atención materna de acuerdo con los indicadores establecidos según normatividad.
MRA1-11	El Comité de Manejo de Riesgos deberá implementar la metodología para evaluar al usuario interno sobre el manejo de los riesgos en la atención, en un plazo de 45 días.
MRA2-1	El Comité Transfusional deberá garantizar la seguridad transfusional mediante documento oficial, generando análisis e informe, en un plazo de 30 días.
MRA2-7	El Departamento de Enfermería deberá elaborar el Guías de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en un plazo de 30 días.
MRA2-8	El Departamento de Enfermería deberá elaborar las Guías de Aspiración, en un plazo de 30 días.
MRA 2-9	La Jefatura del Servicio de Nutrición deberá implementar la Guía de Evaluación del Riesgo de Desarrollo de Desnutrición en pacientes hospitalizados y deberá ser aprobado mediante R.D.
MRA3-1	El comité de Infecciones Intrahospitalarias deberá establecer métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres, en un plazo de 25 días.
MRA4-3	El Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnostico deberá coordinar con quien corresponda que la identificación de las cepas prevalentes y antibiótico terapias deberán estar acorde con las normas vigentes, en un plazo de 15 días.
MRA5-1	La Jefatura de Enfermería deberá elaborar las Guías de Procedimientos de los diferentes servicios, en un plazo de 45 días.
MRA6-1	La Jefatura de Enfermería deberá verificar de manera permanente que todo su personal deba usar indumentaria de protección según normas de bioseguridad.
MRA6-6	La Coordinación de Enfermedades Infectocontagiosas deberá elaborar e implementar y difundir los riesgos de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, en un plazo de 30 días.
MRA6-7	La Subdirección deberá implantar programas preventivos contra la radioactividad, explosiones e incendios en un plazo de 45 días. Los Coordinadores de los programas preventivos contra hepatitis B, TBC VIH, deberán identificar las medidas preventivas y establece acciones de mejora en forma continua.
MRA6-9	El Comité de Seguridad del Trabajo deberá definir los procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral en un plazo de 45 días.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

ATA3-6	El Jefe de la Unidad de Promoción de la Salud deberá desarrollar programas de prevención para las 10 patologías más frecuentes en coordinación con los diferentes servicios asistenciales.
--------	--

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ATH 1-1	El Jefe de Consultorio Externo deberá socializar y registrar en Libro de Actas la sociabilización y aprobación de los GPC y actualizar GPC en plazo de 45 días. Los Jefes de Medicina y Pediatría deberán terminar proceso de elaboración y aprobación RD de GPC en un plazo de 60 días.
ATH 1-2	Los Jefes de Departamentos de Medicina y Pediatría deberán identificar necesidades de mejoras de la atención y establecerán la implementación orientadas a la mejora, documentados oficialmente. Sociabilizar en Reunión, con registro en libro de Actas y documentos oficiales de plan de mejora y sociabilizarlo en su servicio, en un plazo de 45 días.
ATH 1-3	La responsable del programa Salud Materno Neonatal deberá vigilar el cumplimiento del acompañamiento de la gestante por parte de la pareja o la familia durante la atención de parto sin complicaciones.
ATH 2-1	El Jefe de la Oficina de Logística verificará la atención de las necesidades de los servicios confrontando las órdenes de requerimiento con las órdenes de abastecimiento en un plazo de 30 días.
ATH 2-2	El Jefe de Consultorio Externo deberá socializar y registrar en Libro de Actas la sociabilización y aprobación de los GPC y actualizar GPC en plazo de 45 días. Los Jefes de Medicina y Pediatría deberán terminar proceso de elaboración y aprobación RD de GPC en un plazo de 60 días.
ATH 2-3	Las Jefaturas de los cuatro Departamentos (Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), deberán implantar y ejecutar la medición de tiempo de espera entre solicitud y la hospitalización en un plazo de 30 días. 8 con doc. Oficial y pedido de RD, con socialización y registro diario de pacientes en el libro.
ATH 3-1	La Jefatura de Enfermería deberá realizar monitoreo permanente sobre el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y evidenciar los avances durante un plazo de 45 días.
ATH 3-2	La Jefatura de Epidemiología y Salud Ambiental deberá implementar un libro de acta de reuniones donde se evidencie el análisis de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos.
ATH 4-1	Las Jefaturas de Pediatría y Medicina deberán realizar la adopción de las GPC de las 10 primeras causas de morbilidad en su servicio en un plazo de 45 días.
ATH 4-3	Las Jefaturas de los cuatro Departamentos (Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), deberán implementar e informar a cada miembro del equipo de trabajo el uso de las GPC en un plazo de 15 días.
ATH 4-4	Las Jefaturas de Cirugía, Ginecoobstetricia, deberán implementar y ejecutar la medición y monitoreo de adherencia de las GPC en un plazo de 30 días, la Jefatura de Pediatría y de Medicina en un plazo de 60 días.
ATH 7-4	Las Jefaturas de los 4 Departamentos mediante los círculos de auditoría realizarán la evaluación de la concordancia de las GPC y plan de trabajo en un plazo de 30 días.
ATH 7-5	La Jefatura del Servicio de Gineco-obstetricia evaluará el registro de las complicaciones obstétricas y realizará el análisis respectivo para su manejo en un plazo de 30 días.
ATH 7-6	Los Jefes de cada servicio deberán elaborar un plan de acción donde se dispone la implementación de recomendaciones en base a los informes de las auditorías internas.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
EMG 1-4	Elaborar y validar las guías de Práctica Clínica, de cada especialidad, según 10 primeras causas más frecuentes de emergencia, actualizados, en un plazo de 03 meses.

MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ATQ 1-1	La jefatura deberá socializar el Plan Anual de Actividades del Servicio de Centro Quirúrgico la Unidad de Gestión de la Calidad.
ATQ 1-2	El Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro quirúrgico deberá exigir la RD para su MAPRO presentado y luego de obtenido socializarlo, en un plazo de 02 meses.
ATQ 1-3	Se debe de realizar evaluación periódicamente del cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las 10 más frecuentes y elevar informe a las Instancias que corresponde (Dirección y la Unidad de Calidad), en un plazo de 01 mes.
ATQ 3-8	Implementar el informe de eventos adversos intra y post operatorio y realizar el análisis de la evaluación de estas para implementación de medidas correctivas e informar a la Dirección y la Unidad de Calidad y así mismo socializarlo, en un plazo de 01 mes.
ATQ 3-11	El Jefe de Centro Quirúrgico deberá evaluar de manera periódica la satisfacción del paciente por la atención recibida en el servicio.
ATQ 4-1	Realizar evaluaciones periódicas preventivas de las Cirugías más frecuentes con verificación del cumplimiento de las Guías de atención quirúrgica, realizar informes de la Auditoría y establecer disposición documentadas orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el Servicio con base en los resultados de los Informes de Auditoría e implementar medidas correctivas, lo cual debe ser informado a la Dirección y Unidad de Calidad, en un plazo de 03 meses.
ATQ 4-2	Elaborar el Plan de mejora continua de su Servicio y elevar a la Dirección para su aprobación, en un plazo de 05 meses.
ATQ 4-3	El Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad deberá elaborar una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.

MACROPROCESO: 12 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
DIV 1-2	El Comité Docente Asistencial Hospitalario deberá implementar un libro de actas de reuniones mensuales.
DIV 1-3	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá hacer cumplir que los trabajos de investigación sigan las políticas de investigación establecidas en la institución.
DIV 1-7	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá hacer cumplir el reglamento de docencia a las actividades académicas de pregrado programadas en el último semestre.
DIV 1-9	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá evaluar el cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos de pregrado mediante un informe en un plazo de 60 días.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

DIV 2-5	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá realizar el inventario actualizado oficial de los materiales de capacitación e investigación
DIV 2-6	El Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación deberá establecer horarios definidos para el acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales por parte del personal y los alumnos en un plazo de 60 días.

MACROPROCESO: 13 APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Código de criterio de evaluación	Recomendaciones
ADT 1-1	Los jefes de los servicios de ADT, deberá hacer el seguimiento, para obtener la RD de aprobación de las guías de Procedimientos de su servicio. Luego monitorizara que se implementen los procedimientos contenidos en las guías, en un plazo de 01 mes.
ADT 3-1	Los jefes de los servicios de ADT deberán aprobar el Programa de Control de la Calidad de su servicio mediante R.D.
ADT 3-2	Los jefes de los servicios de ADT deberán elaborar un informe del Control de Calidad de los procedimientos realizados en su servicio.
ADT 3-4	El Jefe del Servicio de Farmacia debe elaborar el MAPRO, donde se incluya Farmacoterapia, y elaborar un informe de reportes del programa de control de calidad, y la calibración de equipos, en un plazo de 01 mes.
ADT 3-5	Las jefaturas de los servicios de ADT deberán implementar medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de pacientes.
ADT 3-6	El Jefe del Servicio de Laboratorio deberá capacitar a todo su personal sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra.
ADT 3-7	Las jefaturas de los servicios de ADT deberán implementar medidas correctivas para disminuir las complicaciones y/o reacciones adversas presentadas en su servicio.

MACROPROCESO: 14 ADMISION Y ALTA

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
ADA1-3	Establecer oficialmente el procedimiento de recojo /archivamiento de las historias clínicas. Aperturar un libro de registro donde se señale los problemas que se presenten a diario en el recojo y archivamiento de las historias clínicas. Elaborar informes trimestrales de los problemas presentados con sugerencias y/o recomendaciones, en un plazo de 01 mes.
ADA 1-5	El Responsable de Admisión deberá capacitar anualmente a su personal para la realización de sus actividades.
ADA 3-1	Elaborar y oficializar el procedimiento de alta. Monitorizar e Informar el proceso de alta, en un plazo de 01 mes.
ADA 3-2	Registrar el indicador de estancia hospitalaria prolongada por Servicios. Elaborar informe mensual de este indicador. Obtener evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en los Servicios, en un plazo de 01 mes.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

MACROPROCESO: 15 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
RCR 1-1	La Jefatura de la Unidad de Seguros deberá elaborar un documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias del hospital.
RCR 3-1	La Jefatura de la Unidad de Seguros deberá realizar el informe de identificación y análisis de aspectos críticos del SRCR planteando la realización de Proyectos de Mejora, asimismo deberá realizar el informe mensual de avance del seguimiento de SRCR. Teniendo como plazo 1 mes.
RCR 3-2	La Jefatura de la Unidad de Seguros deberá hacer seguimiento del indicador: Porcentaje de casos referidos y verificar que dicho indicador coincida con los resultados esperados por la institución.
RCR 3-4	La jefatura de la Unidad de Seguros deberá hacer seguimiento del indicador: Relación porcentual entre referencias y contrarreferencias y verificar que dicho indicador coincida con los resultados esperados por la institución.

MACROPROCESO: 16 GESTION DE MEDICAMENTOS

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GMD 1-1	La jefatura del Servicio de Farmacia deberá gestionar que las compras de medicamentos deberán ser según el petitorio nacional.
GMD 2-5	El Servicio de Farmacia deberá disponer de un sistema de registro de los errores de prescripción en un plazo de 30 días.
GMD 3-2	La jefatura del Servicio de Farmacia deberá adoptar medidas referentes al porcentaje de prescripciones no atendidas.
GMD 3-4	El Servicio de Farmacia deberá capacitar al 100% de su personal a cargo sobre los procedimientos de farmacia en un plazo de 60 días.

MACROPROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN – (GIN)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GIN 1-1	La jefatura de la Unidad de Estadística e Informática deberá establecer reuniones a fin de identificar las necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos.
GIN 1-3	La jefatura de la Unidad de Estadística e Informática deberá socializar al personal sobre el sistema de acopio de información (Página web, boletines informativos, ect)
GIN 1-5	La Unidad de Estadística e Informática deberá capacitar a su personal sobre la Gestión de Información.
GIN 1-6	La jefatura de la Unidad de Estadística e Informática deberá documentar el procedimiento que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.
GIN 1-7	Evaluar trimestralmente el “Sistema de Gestión de Información” e implementar acciones de mejora.
GIN 3-1	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá establecer mecanismos de difusión de la información y retroalimentación en un plazo de 30 días.
GIN 3-4	El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática deberá identificar las percepciones del usuario interno sobre el manejo de información en un plazo de 30 días.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

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

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
DLDE 2-5	El Jefe del Servicio de Central de Esterilización deberá evaluar mensualmente el libro de registros de los procedimientos de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos.
DLDE 3-1	El responsable del Área de Salud Ambiental deberá supervisar que todo el personal que realiza la recolección y lavado de la ropa se encuentra debidamente protegido según normas de salud ocupacional.
DLDE 4-4	El responsable del Área de Salud Ambiental deberá implementar acciones de mejora relacionado a la limpieza del establecimiento, en base a los resultados de la percepción de los usuarios.

MACROPROCESO 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL – (MRS)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
MRS 2-1	El Jefe del Servicio de Bienestar Social deberá elaborar informes trimestrales relacionados a la implementación de mecanismos de financiamiento de usuarios económicamente vulnerables.

MACROPROCESO 20: NUTRICION Y DIETETICA - (NYD)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
NYD 1-1	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá elaborar un manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética en un plazo de 60 días.
NYD 1-6	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá supervisar el cumplimiento por parte de su personal sobre brindar información a los usuarios sobre los requerimientos nutricionales según sus necesidades.
NYD 2-4	El Jefe del Servicio de Nutrición deberá evaluar el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos e implementar medidas correctivas.

MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES – (GIM)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
GIM1-1	El Jefe de la Unidad de Logística deberá implementar las Líneas de Acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del Hospital, según normatividad vigente en un plazo de 30 días.
GIM 1-2	El Jefe de la Unidad de Logística deberá incluir dentro del plan anual de necesidades por servicios, las disposiciones que garanticen la calidad de los bienes estratégicos.
GIM1-3	El Jefe de la Unidad de Logística mediante Directiva Administrativa, deberá implementar medidas de protección de insumos y materiales en un plazo de 60 días.
GIM1-4	El Jefe de la Unidad de Logística deberá elaborar documento oficial que contenga las medidas para el control de insumos y materiales en un plazo de 60 días.

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

INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

GIM 2-1	El Jefe de la Unidad de Logística deberá realizar el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones en un plazo de 30 días.
GIM 2-2	El Jefe de la Unidad de Logística deberá implementar un manual de procedimientos aprobado por RD para la adquisición de insumos y materiales en un plazo de 60 días.
GIM 2-4	El Jefe de la Unidad de Logística deberá registrar en un libro manual o electrónico la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en un plazo de 30 días.

MACROPROCESO 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA – (EIF)

Código del criterio de evaluación	Recomendaciones
EIF 1-1	El Jefe de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales deberá elaborar plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos en un plazo de 60 días.
EIF 1-2	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá gestionar la incorporación del Plan de Reemplazo y Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de los equipos dentro del Plan Operativo Institucional oficial en un plazo de 30 días.
EIF 1-3	El Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico deberá contar con personal capacitado en proyectos de Inversión (documentar) en un plazo de 60 días.
EIF 1-4	El jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá capacitar al personal encargado del mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos en un plazo de 60 días.
EIF 1-5	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar el MAPRO para el mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento en un plazo de 60 días.
EIF 1-7	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar un manual de procedimientos para el mantenimiento de las Instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias en un plazo de 60 días.
EIF 1-8	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar un manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras en un plazo de 60 días.
EIF 1-9	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar y oficializar el manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica) en un plazo de 60 días.
EIF 2-3	El Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria deberá elaborar un informe mensual del porcentaje de soluciones oportunas según las solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura.