

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



“INFORME TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2025 DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS”

YURIMAGUAS - PERÚ

2025

INFORME FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS – AÑO 2025

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 retroalimenta 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 2025.

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 funcionalidad 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:

a. Conformación del Equipo de Acreditación:

Con fecha 07 de enero del 2025, fue aprobado el Equipo de Acreditación, según Resolución Directoral N° 011-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

b. Conformación del Equipo de Evaluadores Internos

El Equipo de Evaluadores Internos fue aprobado con Resolución Directoral N° 010-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, de fecha 07 de enero del 2025.

c. Elaboración del Plan de Autoevaluación

Según Resolución Directoral N° 086-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, de fecha 21 de febrero del presente, se aprueba el Plan de Autoevaluación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas año 2025.

d. Capacitación del equipo de Evaluadores Internos

El equipo de evaluadores fue capacitado el 16 de junio de 2025, con el propósito de fortalecer sus competencias técnicas y garantizar la aplicación uniforme de los criterios y estándares establecidos.

e. Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación

Así mismo, mediante Oficio N° 0094-2025-GRL-GRSL/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° 018-2025-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 2025.

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 2025, se priorizaron los 12 macroprocesos que alcanzaron resultados más bajos durante el 2024, que son:
 - **GIM.** Gestión de insumos y materiales (46.15%)
 - **EIF.** Gestión de equipos e infraestructura (47.06%)
 - **ADT.** Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico (54.55%)
 - **ATH.** Atención de hospitalización (59.26%)
 - **GIN.** Gestión de la información (60.87%)
 - **ATA.** Atención ambulatoria (67.50%)
 - **CGP.** Control de la gestión y prestación (69.23%)
 - **ATQ.** Atención quirúrgica (73.40%)
 - **RCR.** Referencia y contrareferencia (73.53%)
 - **DIR.** Direccionamiento (73.53%)
 - **MRA.** Manejo del riesgo de atención (77.47%)
 - **DLDE.** Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización (77.59%)

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. Gretty Fiorella Torres Tello
- Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo
- Lic. Enf. Johana Fabiola Barria Ramírez
- Lic. Enf. Karen Guadalupe Pizango
- Lic. Enf. Liliane Jimena Saavedra Vásquez
- Lic. Enf. Gabriela García Gonzáles
- Lic. Enf. Angela Canesa Armas Caballero
- Ps. Humberto Castilla Cabello
- Obst. Vicente Valentín Mariano
- Obst. Doménica Fabiola Ruiz Vela
- Obst. Jean Neil Hernández Angulo
- Q.F. Lljhaira 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 16 de junio del 2025, 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)

DIR1-7	No se cuenta con guías de práctica clínica oficializadas (Resolución Directoral de aprobación).
DIR2-2	No se cuenta con actas de reunión que evidencie la socialización de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación de la comunidad, para el último año.

MACROPROCESO 02: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS – (GRH)

GRH1-4	No existe documento institucional de estándares ni informes de análisis de productividad individual por jefatura; ni formatos, ni reuniones.
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.



GRH4-3	El personal ha recibido capacitación en deberes y derechos de los usuarios pero no se cuenta con herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento (Examen, encuesta de trabajo o fichas de observación).
--------	---

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

GCA1-4	Existe manual de procedimientos solamente para procesos administrativos.
GCA2-3	Se tiene definido el paquete de información del proceso de atención al usuario pero, no está documentado formalmente ni adaptado culturalmente a la realidad local.
GCA2-6	Se tiene evidencia documentaria (informe) de la implementación de mejoras para superar menos del 80% de barreras de acceso de los usuarios a los servicios.
GCA2-8	Se cuenta con flujograma oficial de atención sólo en algunos servicios.
GCA3-7	El porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral fue de 81% (Nivel esperado $\geq 84\%$)

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

MRA1-6	No existe reporte (informe) del análisis de cuán efectiva es la atención materna (indicadores de calidad materno neonatal).
MRA1-11	No se cuenta con documento oficial que contiene la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo del riesgo de la atención
MRA2-3	Se cuenta con manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos pero se aplican parcialmente en algunos servicios.
MRA2-7	No se evalúa en todo paciente hospitalizado a su ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
MRA2-8	No se evalúa en todos los pacientes internados, al momento de la admisión, el 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.
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.
MRA6-6	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.
MRA7-4	No se cuenta con documento oficial de control de calidad del agua.
MRA8-1	No se cuenta con documentos de coordinación con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios.
MRA8-2	No se cuenta con documento oficial de coordinación con el gobierno local para participar de los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.

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

GSD1-1	No se cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil vigente.
GSD1-2	Menos del 80% de la obras (ampliación, rehabilitación y remodelación) del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad.
GSD2-1	No se cuenta con informe de evaluación trimestral del Plan Anual de Actividades del Comité Hospitalario de Defensa Civil.
GSD3-3	No se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso en caso de una falla telefónica.

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

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.

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.
ATA2-4	Resultados de la evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal (FON) por debajo de lo esperado ($\geq 90\%$)
ATA3-1	Encuesta realizada a usuarios externos hacen referencia que menos del 80% reciben información de los principales daños crónicos degenerativos, transmisibles y prevalentes.

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

ATH2-1	Menos del 80% de las necesidades de los servicios es atendido por parte de la alta dirección.
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	De la lista de chequeo aplicada, menos del 90% del personal cumple con las medidas de bioseguridad en los procedimientos sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.
ATH4-1	Los servicios de internamiento no cuentan con guías de práctica clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.
ATH4-2	Los informes oficiales que contienen el registro del desempeño de la atención de partos (FON) presentan resultados menores a los estándares.
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).
ATH6-1	No se cuenta con Manual de Procedimiento de Interconsulta.
ATH7-1	No se cuenta con documentación que establece los mecanismos de evaluación periódica de HC por pares (En cada servicio).
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.

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.
EMG2-3	No se dispone de equipos de telecomunicaciones (radio) operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.



MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA – (ATQ)

ATQ1-2	No se cuenta con manual de procedimientos de centro quirúrgico.
ATQ1-3	No se cuenta con guías de manejo quirúrgico de las 10 intervenciones más frecuentes e informe de cumplimiento.
ATQ3-11	No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
ATQ4-1	No se realizan evaluaciones periódicas preventivas para verificar el cumplimiento de los parámetros definidos por la guías de atención quirúrgica.
ATQ4-3	No se cuenta con política de confidencialidad (Aprobado con D.R.) respecto a la información del paciente.

MACROPROCESO 13: APOYO AL DIAGNÓSTICO 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.
ADT3-4	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 cuantifica (Informe trimestral) la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento ni plan de implementación de medidas correctivas.
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)

ADA1-2	No se cuenta con MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática donde se contemple disposiciones para garantizar la conservación y custodia del sistema de registro (Historias clínicas).
ADA1-3	No se cuenta con MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática ni informe trimestral donde se identifique los aspectos críticos del proceso diario de recojo y archivo de historias clínicas.
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.
RCR1-2	Se evidencia coordinaciones para la contrareferencia de los pacientes a otros EE.SS. pero no se cuenta con un registro de dichos pacientes para garantizar su atención posterior al alta.
RCR2-1	Solo se cuenta con el rol de choferes para el traslado de pacientes. Falta rol del personal asistencial.

MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS – (GMD)

GMD2-1	No cuenta con informe de evaluación mensual del cumplimiento del manual de buenas prácticas de prescripción de medicamentos.
GMD2-2	No cuenta con informe de evaluación mensual del cumplimiento del manual de buenas prácticas de dispensación de medicamentos.
GMD2-3	No se cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación ni registro de los errores en la dispensación de los medicamentos.



GMD2-4	No se cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación.
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.
GMD3-1	No se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real.
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.
GIN1-2	El Plan Anual de Adquisiciones no incorpora las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático.
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)

DLDE1-1	Se cuenta con manual de desinfección y esterilización pero no es conocido por todo el personal.
DLDE1-3	No cuenta con Manual de Procedimiento aprobado con resolución.
DLDE2-4	Se observa sólo la aplicación de dos controles (físicos y químicos) en la esterilización de materiales y equipos.
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
DLDE2-6	No se cuenta con informe del control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa.
DLDE3-2	No se cuenta con MAPRO de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada aprobado con resolución.
DLDE3-3	No se cuantifica el porcentaje de quejas y reclamos en el servicio de lavandería (Ausencia de libro/cuaderno de registro).
DLDE3-4	Se verifica que el personal desconoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama.
DLDE4-1	Se observa que menos del 90% del personal está debidamente vestido y protegido según las normas de bioseguridad.
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)

MRS1-1	Se cuenta con un sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios pero que no está disponible las 24 horas (Sólo 12 horas).
MRS1-2	No se evidencia informes mensuales del control de calidad de las fichas socioeconómicas.
MRS1-4	No se realiza evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, apoyo al diagnóstico y hospitalización. Sólo en emergencia.



MACROPROCESO 20: NUTRICION 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.
NYD1-2	Menos del 80% del personal de nutrición ha sido capacitado durante el último año.
NYD1-3	No se cuenta con documento oficial que aprueba los horarios de distribución de dietas a los servicios.
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.
NYD2-1	No se cuenta con documento oficial que aprueba el listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.
NYD2-3	No hay evidencia documentaria de visitas diarias a pacientes con dietas especiales por parte del personal de nutrición
NYD2-4	No se cuenta con evidencia documentaria (Informe mensualizado) del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regimenes dietéticos e implementación de medidas correctivas.

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 garantizan 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.
GIM2-3	Se observa que menos del 80% de las entregas de insumos y materiales están acordes a la programación de requerimientos.
GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en menos del 80% de los procesos de adquisición de insumos y materiales.

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

EIF1-3	No se cuenta con personal capacitado para elaboración de proyectos de inversión y no se elaboran proyectos de inversión.
EIF1-5	Solo se cuenta con manual de procedimientos para la adquisición de equipos. Falta MAPRO para el mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento.
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).
EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos pero no de acuerdo a la programación.
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 **79.44%**, resultado no aprobatorio, lo cual indica subsanar en 6 meses las observaciones encontradas.

Establecimiento : 00000210-HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 Tipo de Establecimiento : II-2
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2025
 Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	MACROPROCESO			CATEGORÍAS		
		E	P	R	T				Total	Total	%	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.56	51.35	94.12	221.99	188.32	84.83	634.26	500.31	79
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	40.92	33.70	82.35						
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	43.08	90.24						
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	34.89	73.08						
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.64	11.94	87.50						
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.10	27.54	80.77						
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	41.77	87.50	253.70	220.06	86.74	634.26	500.31	79
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00						
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	32.71	68.52						
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.74	43.97	92.11						
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.74	42.66	89.36						
Docencia e investigación	14	8	6	0	14	34.10	34.10	100.00						
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.05	9.30	54.55	158.57	91.93	57.97	634.26	500.31	79
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	13.88	81.43						
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	17.05	14.54	85.29						
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	6.56	38.46						
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	11.12	65.22						
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.05	8.53	50.00						
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	10.08	59.09						
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.05	2.51	14.71						
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	11.80	69.23						
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	10.53	61.76						
Total	341	133	167	41	341	634.26	496.56		634.26	500.31		634.26	500.31	79

❖ RESULTADO SEGÚN CATEGORÍAS

Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER.Gerencia	185.34	83.49%
PRE.Prestación	220.06	86.74%
APO.Apoyo	98.46	62.09%

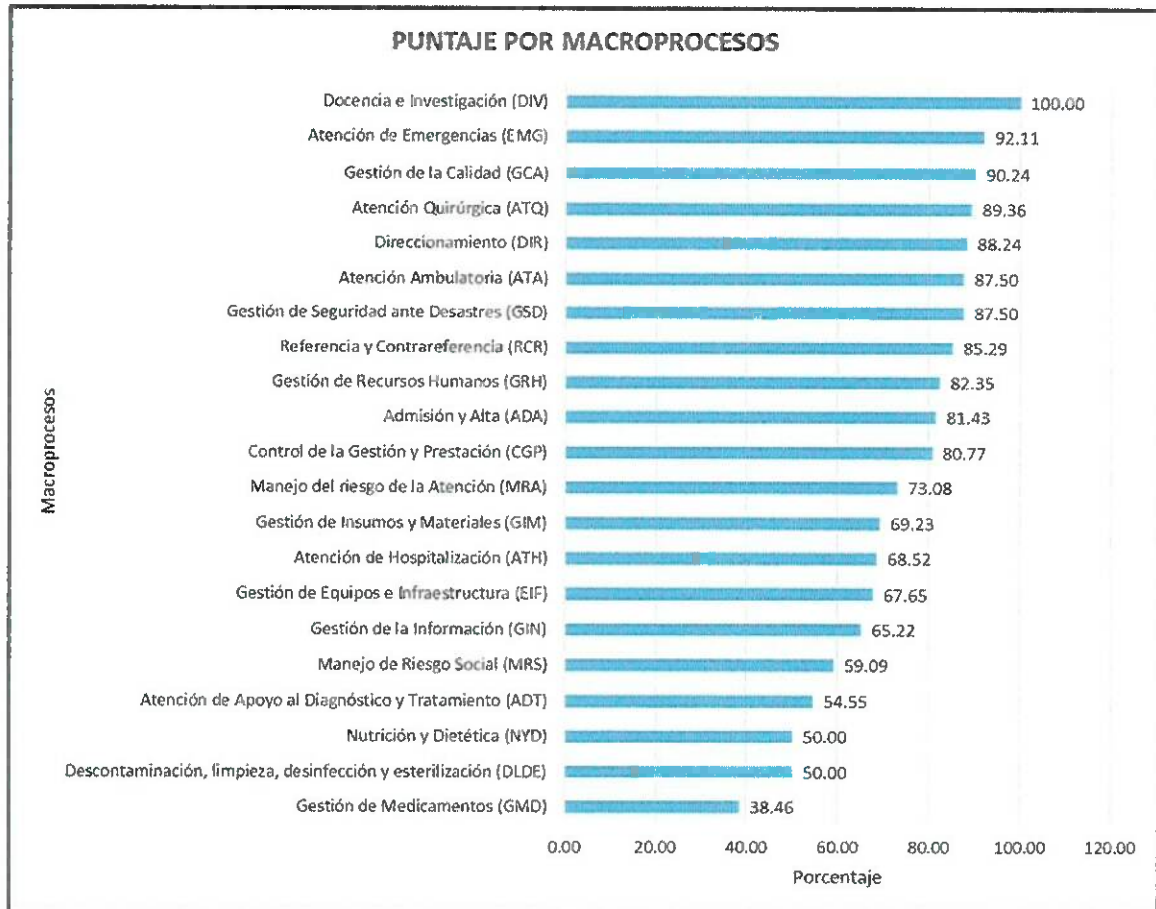
- La Categoría Gerencia alcanzó el mayor puntaje (83.49%).
- Siendo la Categoría de Apoyo la de menor puntaje (62.09%).



❖ RESULTADO SEGÚN MACROPROCESOS:

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	48.14	88.24%
GRH.Gestión de recursos humanos	33.70	82.35%
GCA.Gestión de la calidad	43.08	90.24%
MRA.Manejo del riesgo de atención	34.89	73.08%
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	11.94	87.50%
CGP.Control de la gestión y prestación	27.54	80.77%
ATA.Atención ambulatoria	41.77	87.50%
AEX.Atención extramural	0.00	0.00%
ATH.Atención de hospitalización	32.71	68.52%
EMG.Atención de emergencias	43.97	92.11%
ATQ.Atención quirúrgica	42.66	89.36%
DIV.Docencia e Investigación	34.10	100.00%
ADT.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	9.30	54.55%
ADA.Admisión y alta	13.88	81.43%
RCR.Referencia y contrareferencia	14.54	85.29%
GMD.Gestión de medicamentos	6.56	38.46%
GIN.Gestión de la información	11.12	65.22%
DLDE.Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz.	8.52	50.00%
MRS.Manejo del riesgo social	10.07	59.09%
NYD.Nutrición y dietética	8.52	50.00%
GIM.Gestión de insumos y materiales	11.80	69.23%
EIF.Gestión de equipos e infraestructura	11.53	67.65%

- El macroproceso **Docencia e Investigación (DIV)** obtuvo el puntaje mayor (100%).
- El macroproceso **Atención de Emergencias (EMG)** obtuvo un puntaje de 92.11%, seguido de **Gestión de la Calidad (GCA)** 90.24% y **Atención Quirúrgica (ATQ)** con 89.36%.
- En quinto lugar, se encuentra el macroproceso **Direccionamiento (DIR)** con 88.24%.
- El menor puntaje lo obtuvo el macroproceso **Gestión de Medicamentos (GMD)** con un 38.46%.



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:

MACROPROCESO 01: DIRECCIONAMIENTO - DIR

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
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
GRH1-4	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.
GRH4-3	Realizar la evaluación al personal sobre deberes y derechos de los usuarios a través de un cuestionario.

MACROPROCESO 03: GESTIÓN DE CALIDAD – (GCA)

Criterios / Código	Recomendaciones
GCA1-4	Implementar la formalización de documentos de gestión para procedimientos asistenciales.
GCA2-3	Definir mediante documento el paquete de información sobre el proceso de atención al usuario.
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.
GCA3-7	Elaborar un plan de mejora continua que incluya acciones correctivas frente a los factores que generan insatisfacción y socializar los hallazgos con todo el personal para garantizar la retroalimentación y la participación activa en las soluciones.

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

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
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.
MRA2-3	Elaborar manual de medidas de seguridad para el manejo de medicamentos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, hospitalización y salas de cirugía.
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.
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.



MRA6-6	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.
MRA7-4	Establecer mediante documento las disposiciones para garantizar la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención y el control periódico de la calidad del agua.
MRA8-1	Coordinar con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y de esa manera garantizar el derecho al suministro de agua segura a los usuarios.
MRA8-2	Coordinar con el gobierno local para su participación en la edificación y mantenimiento de los pozos elevados.

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

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GSD1-1	Gestionar ante el gobierno local el certificado de inspección técnica de seguridad en Defensa Civil.
GSD1-2	Solicitar al gobierno local la evaluación de seguridad de obras.
GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil deberá elaborar un informe trimestral de sus actividades, según su plan anual.
GSD3-3	Implementar una antena de enlace satelital para garantizar la conexión en emergencias, desastres naturales o fallas de red.

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

Criterios/ Código	RECOMENDACIONES
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.

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.
ATA2-4	Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado.
ATA3-1	Establecer un plan de capacitación a los usuarios que contenga información de los principales daños crónico-degenerativos de las enfermedades más prevalentes.

MACROPROCESO 09: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN – (ATH)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
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.
ATH4-1	Las jefaturas de los servicios hospitalarios se agenciarán de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.
ATH4-2	Diseñar planes de mejora específicos, medibles y sostenibles que permitan elevar progresivamente los niveles de cumplimiento de los indicadores (FON).
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.
ATH6-1	Elaborar Manual de Procedimiento de interconsulta.
ATH7-1	Cada servicio deberá establecer un mecanismo de evaluación periódica de HC por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención.
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.

MACROPROCESO 10: ATENCIÓN DE EMERGENCIA – (EMG)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
EMG1-4	Aprobar mediante R.D. y hacer uso de las GPC para las atenciones de las 10 patologías más frecuentes.
EMG2-3	Implementar una antena de enlace satelital para tener comunicación vía radio con equipos portátiles.

MACROPROCESO 11: ATENCIÓN QUIRURGÍCA – (ATQ)

Crterios / Código	RECOMENDACIONES
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.
ATQ3-11	Evaluar la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.
ATQ4-1	El Comité de Auditoría Médica deberá realizar evaluaciones periódicas preventivas para verificar el cumplimiento de los parámetros definidos por la guías de atención quirúrgica.
ATQ4-3	Elaborar política de confidencialidad (Aprobado con D.R.) respecto a la información del paciente.

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

Crterios / 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.
ADT3-4	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.
ADT3-7	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
ADA1-2	Elaborar Manual de Procedimientos de la Unidad de Estadística e Informática donde se establezca la conservación y custodia de la historia clínica.
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.
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
RCR1-2	Realizar el seguimiento de pacientes contrareferidos para garantizar la atención posterior al alta.
RCR2-1	Contar con el rol del personal asistencial a cargo del traslado del paciente en un lugar visible.

MACROPROCESO 16: GESTION DE MEDICAMENTOS – (GMD)

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
GMD2-1	Elaborar Manual de Buenas Prácticas de Prescripción y evaluar mensualmente su cumplimiento.
GMD2-2	Elaborar Manual de Buenas Prácticas de Dispensación y evaluar mensualmente su cumplimiento.
GMD2-3	Registrar los errores en la dispensación de medicamentos e implementar medidas correctivas al respecto.
GMD2-4	Elaborar documento que establezca los mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.
GMD2-5	La jefatura dispondrá de un sistema de registro de los errores de prescripción.
GMD3-1	Evaluar el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real.
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.

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.
GIN1-2	Incluir dentro del Plan Anual de Adquisiciones las necesidades de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informático.
GIN3-4	Identificar las percepciones del usuario interno sobre el manejo de información.

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

Criterios / Código	RECOMENDACIONES
DLDE1-1	Elaborar Manual de Desinfección y Esterilización aprobado mediante R.D.
DLDE1-3	Elaborar Manual de Procedimientos del Servicio de Central de Esterilización.
DLDE2-4	Implementar el control biológico en la esterilización de materiales y equipos.
DLDE2-5	Evaluar mensualmente el libro de registros de los procedimientos de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos
DLDE2-6	Implementar un registro manual o digital para el control de daños y pérdidas de materiales y equipos en el área de esterilización.
DLDE3-2	Elaborar Manual de Procedimientos aprobado mediante R.D. para el tratamiento de ropa contaminada por el personal de lavandería.
DLDE3-3	Implementar un libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería (Problemas en la entrega, oportunidad de los enseres de cama y ropa).
DLDE3-4	Elaborar Documento Técnico que establezca disposiciones específicas para el almacenamiento de cama y ropa.
DLDE4-1	Promover el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el 100% del personal que trabaja en las áreas críticas.
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
MRS1-1	Implementar un sistema de evaluación socioeconómica en emergencia las 24 horas del día.
MRS1-2	Realizar de manera mensual el control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.
MRS1-4	Implementar la ficha de evaluación socioeconómica en Consulta Externa y Apoyo al Diagnóstico.

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.
NYD1-2	Capacitar anualmente a todo el personal del Servicio de Nutrición y Dietética.
NYD1-3	Aprobar mediante R.D. el documento que establece los horarios de distribución de dietas a los servicios.
NYD1-6	Brindar información a los usuarios sobre los requerimientos nutricionales en relación a sus necesidades.
NYD2-1	Aprobar mediante R.D. el listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes.
NYD2-3	Implementar un registro que evidencie las visitas diarias a pacientes con dietas especiales por parte del personal de Nutrición.
NYD2-4	Evaluar el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos e implementar de medidas correctivas.

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.
GIM2-3	Cuantificar el porcentaje de entregas de insumos y materiales a través de la implementación de un registro manual o digital.
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
EIF1-3	Deberá contar con personal capacitado en proyectos de Inversión (documentar).
EIF1-5	Elaborar manual de procedimientos para los procesos de adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación.
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).
EIF2-2	Elaborar un informe trimestral del cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de Equipos
EIF2-3	Elaborar informe trimestral del porcentaje de soluciones oportunas según las solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura.

XI. ANEXOS

Anexo 1
R.D. Comité de Acreditación



GERESA – LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

N° 011 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

Visto el Expediente N° 00284-2025, que contiene el Oficio N° 0004-2024-GRL/GRSL/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 2025", 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 Públicas 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-I/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

N° 011 - 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

SE RESUELVE:

Artículo 1°- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N°033-2024-GRL-GRSL/30.37.03.0, de fecha 15 de enero del 2024.

Artículo 2°- CONFORMAR, el "EQUIPO DE ACREDITACION- 2025", 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 | COORDINADOR |
| • 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 MANTENIMIENTO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACION-DOCENCIA-INVESTIGACIO | MIEMBRO |



Artículo 3° - El Equipo de Acreditación que se conforma con la presente Resolución, contará con un Coordinador elegido por sus miembros, y designado oficialmente, según establece el rubro VI Disposiciones Específicas, numeral 1, acápite e) de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, antes citada.

Artículo 4°- Transcribese la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.



Artículo 5° - 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
R.C. ANDRÉS RODOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
C.M.F. 54715 REG-ANEP

AAAA-DPT-DCSM/gbc

Anexo 2
Comité Evaluadores Internos



N° 010 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

Visto el Expediente N° 00285-2025, que contiene el Oficio N° 0005-2025-GRL/GRSL/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 2025", 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/DOSP-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 Precinda 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 "GUÍA 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 TUO 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° 0067-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 18 de noviembre del 2015.





N° 010 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N°032-2024-GRL-GRSL/30.37.03.0, de fecha 15 de enero del 2024.

Artículo 2°.- CONFORMAR, el "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS - 2025" 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 ASENCIO ORTIZ | COORDINADOR |
| • M. C. | KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA | MIEMBRO |
| • LIC. ENF. | SAMMER CAROLEYNE HERRERA QUISPE | MIEMBRO |
| • LIC. ENF. | GRETTY FIORELLA TORRES TELLO | MIEMBRO |
| • LIC. ENF. | BONNIE VON BANCELS ANGULO | MIEMBRO |
| • LIC. ENF. | EDUARDO DEL AGUILA VASQUEZ | MIEMBRO |
| • P.S. | HUMBERTO CASTILLO CABELLO | MIEMBRO |
| • QF. | LLAJHAIIRA E. VASQUEZ GATICA | MIEMBRO |
| • OBST. | JEAN NEIL HERNANDEZ ANGULO | MIEMBRO |
| • OBST. | DOMENICA FABIOLA RUIZ VELA | MIEMBRO |
| • OBST. | VICENTE VALENTIN MARIANO | MIEMBRO |

Artículo 3°.- Transcribese 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS DOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.-Y.
C.M.P. 24718 ENL. 014444

AAAADTP/DCSM/abc

Anexo 3
R.D. Plan de Autoevaluación

"Año de la Recuperación y Consolidación de la economía Peruana"

N° 086 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 21 de febrero del 2025

Visto el Expediente N° 01941-2025, de fecha 20 de febrero del 2025 que contiene el Oficio N° 00033-2025-GRSL/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 LA ACREDITACION AÑO – 2025", del Hospital H-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 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 referencia 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/DIGSP-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° 1140-2023-GRL-GRSL/30.37, la conformación del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO – 2025" del Hospital H-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 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 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-U/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO – 2025" del Hospital H-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que contiene QUINCE (15) FOLIOS y es parte integrante de la presente Resolución.

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

Regístrese y Comuníquese:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
SERVICIO REGIONAL DE SALUD (GRSL) - LORETO
HOSPITAL H-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ABOLU ALFARÉ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO M.S.G.

AAAA/DPT/DCSM/gle



Anexo 5 Memorándums

RECIBIDO
UNIDAD DE CONTROL PATRIMONIAL
FECHA: 13.06.25
FIRMA: [Firma]

12/6/2025
10:52
[Firma]

HOSPITAL "SANTA GEMA" DE YURIMAGUAS
UGRED
FECHA: 12.06.25
HORA: 14:05
FIRMA: [Firma]
RECEPCIÓN

HOSPITAL "SANTA GEMA" DE YURIMAGUAS
UGRED
FECHA: 11.06.25
HORA: 15:25
FIRMA: [Firma]

MINISTERIO DE SALUD - H.S.G.Y.
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
FECHA: 11.06.25
HORA: 3:20 PM
FIRMA: [Firma]
CONTROL DE RECEPCIÓN

RECIBIDO
12 JUN 2025
HORA: 10:22
FIRMA: [Firma]

CARGO

MEMORANDUM (M) N°018-2025-GRL-GRSL/30.37.05.

PARA : Jefatura Unidad Recursos Humanos.
Jefatura Unidad de Economía.
Jefatura Oficina de Planeamiento Estratégico.
Jefatura Unidad de Patrimonio.
Jefatura Unidad de Mantenimiento.
Jefatura de Ingeniería Hospitalaria.
Jefatura de Epidemiología y Salud Ambiental
Jefatura de Salud Mental
Coordinador UGRED.
Coord. Reduc. Mort. Emerg. y Urgencias Médicas.

ASUNTO: COMUNICO INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2025.

Fecha : Yurimaguas, 11 de junio del 2025.

Mediante la presente, se hace de su conocimiento, que en el marco del Cumplimiento de los Convenios de Gestión 2025, a partir del 16 de junio del presente año, se estará iniciando el desarrollo del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación; el Equipo de Evaluadores Internos estará visitando los servicios, unidades y áreas, a fin de recabar información necesaria según formatos, 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. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 2475 RNE: 024451

Cc:
Jefaturas
Archivo

AAAAFRD/td

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. MARIANELA SALVEDRA DIAZ
CEP. N° 63189
GERENTADORA DEL DPE-104

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

ING. JOHN LEMN GARCIA ANGULO
JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA
CIP. 154670

PERÚ Ministerio de Salud GERESA - LORETO HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GERENCIA REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"



HOSPITAL II - 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
SECRETARIA DE FARMACIA
11 JUN 2025
REGISTRO:
HORA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA
FECHA: 11-06-2025
HORA: 12:30 pm
FIRMA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
FECHA: 11-06-2025
HORA:
FIRMA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
JHONNY MAY MORA CORDOVA
C.F. N.º 19881
JEFE DE SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

R/ob/ik
12:45 pm

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
SERVICIO DE FARMACIA
SECRETARIA
FECHA: 11-06-2025
HORA:
FIRMA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL II - 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
TAL QUINTERO EDUARDO MERCADO SANCAS
JEFE DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

HOSPITAL II - 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
FECHA: 11-06-2025
HORA: 12:30 pm
FIRMA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

HOSPITAL II - 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
UNIDAD DE SEGUROS
CONTROL DE RECEPCIÓN
FECHA: 11-06-2025
HORA: 03:20 pm
FIRMA:
CONTROL DE RECEPCIÓN

Shomene Y. Ramirez Nazario
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 091447

MEMORANDUM (M) N°018-2025-GRL-GRSL/30.37.05.

CARGO

- PARA : Jefatura de Farmacia.
Jefatura de Consultorios Externos.
Jefatura de Nutrición y Dietética.
Jefatura de Obstetricia.
Jefatura de Enfermería.
Jefatura de Diagnóstico por imágenes.
Jefatura Unidad de Seguros
Jefatura Unidad de Estadística.
Jefatura Unidad de Logística.
Coord. Central de Esterilización y Equipos.

ASUNTO: COMUNICO INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2025.

Fecha : Yurimaguas, 11 de junio del 2025.

Mediante la presente, se hace de su conocimiento, que en el marco del Cumplimiento de los Convenios de Gestión 2025, a partir del 16 de junio del presente año, se estará iniciando el desarrollo del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación; el Equipo de Evaluadores Internos estará visitando los servicios, unidades y áreas, a fin de recabar información necesaria según formatos, 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,

Cc
Jefaturas
Archivo

DIRECCION EJECUTIVA
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRES ABOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP:02715 RNE: 024893

AAAA/af/d



RECIBIDO
 12 JUN 2025
 SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA
 Firma: _____ Hora: _____

HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
 SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS
 12 JUN 2025
 HORA: 11:35 am
 FIRMA: _____
RECIBIDO

HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
 SERVICIO DE EMERGENCIA
 12 JUN 2025
 HORA: 11:35 am
 FIRMA: _____
RECIBIDO

HOSPITAL N-2 SANTA GEMA
 GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
 SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESP. - SECRETARÍA
 FECHA: 12/06/25
 HORA: 9:33 am
 FIRMA: _____
CONTROL DE RECEPCIÓN

MINISTERIO DE SALUD N.º 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
 11-06-25
 HORA: 02:55 pm
 FIRMA: _____
CONTROL DE RECEPCIÓN

PERU MINISTERIO DE SALUD GERESA - LORETO HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMORANDUM (M) N°018-2025-GRL-GRSL/30.37.05.

CARGO

- PARA : Jefatura de Centro Quirúrgico y Anestesiología.
 Jefatura de Emergencia.
 Jefatura de Cuidados Críticos.
 Jefatura de Pediatría y Neonatología.
 Jefatura de Gineco Obstetricia.
 Jefatura de Medicina y sub especialidades.
 Jefatura de Cirugía y sub especialidades.
 Jefatura de Medicina Física y Rehabilitación.
 Jefatura de Banco de Sangre.
 Jefatura de Laboratorio y análisis clínico.

ASUNTO: COMUNICO INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2025.

Fecha : Yurimaguas, 11 de junio del 2025.

Mediante la presente, se hace de su conocimiento, que en el marco del Cumplimiento de los Convenios de Gestión 2025, a partir del 16 de junio del presente año, se estará iniciando el desarrollo del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación; el Equipo de Evaluadores Internos estará visitando los servicios, unidades y áreas, a fin de recabar información necesaria según formatos, 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;

Cc
Jefaturas
Archivo

AAAAF/ld



GERESA - GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO M.S.G.Y.
C.M.P. 24713 R.N.E. 024563

SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
 12/06/25
 HORA: 09:33 hrs
 FIRMA: _____

HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 SERVICIO DE GINECO Y SUB ESPECIALIDADES
 12.06.25
RECIBIDO

HOSPITAL N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD N.º 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 DIRECCIÓN EJECUTIVA
 TEL: 053 2471313 FAX: 053 2471314



Anexo 7:
Hoja de registro de datos de Autoevaluación
MACROPROCESO: 01 DIRECCIONAMIENTO

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
Fecha:	16/06/2025
Servicios Evaluados:	Epidemiología, Gestión de la Calidad, Planeamiento Estratégico (Planes y programas)
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Enf. Yessica Chilón Gonzales • Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila • Lic. Neg. Int. Franklin Inga Saavedra
Código del Estándar:	DIR

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
DIR 1-1	2	RD de aprobación del PEI. Actas de formulación del PEI Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI o cargos de difusión del plan.	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del PEI 2024-2030: Resolución Ejecutiva Regional N° 344-2024-GRL-GR Se cuenta con memorándum de socialización del PEI
DIR 1-2	2	POI aprobado Hojas de trabajo oficiales mensual por unidad Informe de evaluación de avance trimestral por unidad (dos últimos trimestres)	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del POI 2025 (CEPLAN): Resolución Directoral N° 047-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01: Cuenta con Informe de Evaluación de Actividades del POI por trimestre.
DIR 1-3	2	PEI, POI y Plan de Contingencia Procedimiento documentado oficializado para la elaboración, conservación y actualización de los planes formulados según normas vigentes	Verificación/ Revisión de documentos	PEI, POI y Plan de Contingencia cumple con los especificado según las normas vigentes.
DIR 1-4	2	ASIS oficializado y actualizado (sección necesidades por etapas de vida)	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del ASISHO: Resolución Directoral N° 302-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01
DIR 1-5	2	ASIS oficializado y actualizado según norma vigente Actas de reuniones para formulación del ASIS	Verificación/ Revisión de documentos	Cuenta con acta de reunión para formulación del ASISHO 2025
DIR 1-6	2	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)	Verificación/ Revisión de documentos	Resultado del FONE 2024 mayor al 80%



Anexo 7:
Hoja de registro de datos de Autoevaluación

MACROPROCESO: 01 DIRECCIONAMIENTO

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
Fecha:	16/06/2025
Servicios Evaluados:	Epidemiología, Gestión de la Calidad, Planeamiento Estratégico (Planes y programas)
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Yessica Chilón Gonzales Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila Lic. Neg. Int. Franklin Inga Saavedra
Código del Estándar:	DIR

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
DIR 1-1	2	RD de aprobación del PEI. Actas de formulación del PEI Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI o cargos de difusión del plan.	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del PEI 2024-2030: Resolución Ejecutiva Regional N° 344-2024-GRL-GR Se cuenta con memorándum de socialización del PEI
DIR 1-2	2	POI aprobado Hojas de trabajo oficiales mensual por unidad Informe de evaluación de avance trimestral por unidad (dos últimos trimestres)	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del POI 2025 (CEPLAN): Resolución Directoral N° 047-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01: Cuenta con Informe de Evaluación de Actividades del POI por trimestre.
DIR 1-3	2	PEI, POI y Plan de Contingencia Procedimiento documentado oficializado para la elaboración, conservación y actualización de los planes formulados según normas vigentes	Verificación/ Revisión de documentos	PEI, POI y Plan de Contingencia cumple con los especificado según las normas vigentes.
DIR 1-4	2	ASIS oficializado y actualizado (sección necesidades por etapas de vida)	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del ASISHO: Resolución Directoral N° 302-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01



DIR 1-5	2	ASIS oficializado y actualizado según norma vigente Actas de reuniones para formulación del ASIS	Verificación/ Revisión de documentos	Cuenta con acta de reunión para formulación del ASISHO 2025
DIR 1-6	2	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)	Verificación/ Revisión de documentos	Resultado del FONE 2024 mayor al 80%
DIR 1-7	0	R.D. de aprobación de Guías de Práctica Clínica Las Guías de Práctica Clínica Historias clínicas seleccionadas (de patologías que cuentan con GPC)	Muestreo Verificación/ Revisión documentaria	No se cuenta con CPC aprobadas con resolución directoral
DIR 1-8	2	Plan Operativo Anual (con criterios de programación para las ESN)	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con programación para los PpR (Programas por resultados)
DIR 2-1	2	Documento de asignación a responsables de las actividades del PEI, POI y Plan de Contingencia	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con memorándum de asignación de responsables de las actividades del POI y Plan de Contingencia
DIR 2-2	1	Informe de responsables de los resultados de las actividades contenidas en los planes a la autoridad institucional. Acta de reunión de presentación de informes a la comunidad.	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con actas de reunión que evidencie la socialización de las actividades contenidas en el POI
DIR 2-3	2	Informe de Evaluación Trimestral del POI	Verificación/ Revisión de documentos	Existe informes de presentación de resultados del POI de manera trimestral

MACROPROCESO: 02 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo
Fecha:	16/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Recursos Humanos
Participantes de la Evaluación:	CPC. Doris Consuelo Sánchez Mori
Código del Estándar:	GRH

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GRH 1-1	2	MOF aprobado con RD Reglamento del proceso de selección del personal según norma vigente	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del MOF: Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01
GRH 1-2	2	Procedimiento documentado oficializado de inducción del personal. Informe de inducción del personal del último semestre.	Verificación/ Revisión documentaria	Directiva Administrativa que aprueba el proceso de inducción del personal: Resolución Directoral N° 169-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01 Cuenta con informe de inducción de nuevo personal (Residentes)
GRH 1-3	2	Manual de Organización y Funciones aprobado Documentos de asignación de funciones después de aprobado el MOF y/o acta de reuniones de difusión del MOF	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con documento de asignación de funciones.
GRH 1-4	0	Estándares de productividad individual establecidos por la institución Informes de los análisis de productividad individual	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con estándares de productividad individual
GRH 2-1	2	Documentos de conformación de equipos todos los servicios, unidades o procesos Libro de actas de reuniones	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con documento de conformación de equipos todos los servicios o procesos y actas de reuniones
GRH 2-2	1	Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de	Verificación/ Revisión de documentos	Algunas áreas cuentan con actas de reunión donde identifican y



		decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos Informe de propuestas al área respectiva		proponen pero no se evidencia la participación de los equipos de trabajo en la toma de decisiones
GRH 3-1	2	Manual de bioseguridad. Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario	Verificación /revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Existe evidencia de implementación de medidas de bioseguridad en todas las áreas críticas.
GRH 3-2	2	Relación oficial de personal con N° de Autogenerado de ESSALUD o póliza de seguro individual	Verificación/ Revisión de documentos	Documentación oficial de aseguramiento básico de salud al 100% de personal.
GRH 4-1	2	Plan anual de capacitación Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con un Plan de Desarrollo de Personas (PDP) para el fortalecimiento de competencias del personal según los documentos institucionales.
GRH 4-2	2	Plan Operativo Anual Plan anual de capacitación de los recursos humanos Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Verificación/ Revisión de documentos	Aprobación del Plan de Desarrollo de Personas (PDP) 2025: Resolución Directoral N° 165-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01 Cuenta con evaluaciones trimestrales del PDP
GRH 4-3	1	Plan anual de capacitación que incluye el tema deberes y derechos de los usuarios externos Herramienta para evaluar comprensión Herramienta para evaluar cumplimiento	Verificación / Revisión de documentos	El personal ha recibido capacitación en deberes y derechos de los usuarios pero no se cuenta con herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.

MACROPROCESO: 03 GESTIÓN DE LA CALIDAD

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo
Fecha:	17/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Gestión de la Calidad - PAUS
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila Psic. Humberto Adolfo Castilla Cabello
Código del Estándar:	GCA

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GCA 1-1	2	Documento oficial de designación del Responsable de Calidad Legajo de responsable designado para verificar capacitación	Verificación/ Revisión de documentos	Hay evidencia documentaria de que el responsable de Calidad está formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones.
GCA 1-2	2	Proyectos de mejora implementados Constancias de capacitación	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con constancias de capacitación en el diseño e implementación de procesos de mejora continua.
GCA 1-3	2	Documento oficial de conformación de los equipos de mejoramiento continuo Actas de reuniones de las actividades de los equipos de mejora continua Informes de avance de los proyectos de mejora continua	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con actas de reuniones de las actividades de los equipos de mejora continua e informe de avance de los proyectos de mejora continua implementados (Call Center)
GCA 1-4	1	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados	Verificación/ Revisión documentaria	Se cuenta solo con manual de procedimientos para procesos administrativos priorizados.
GCA 1-5	2	Programa/plan de gestión o mejora de la calidad orientado al usuario interno y externo aprobado con R.D.	Verificación/ Revisión documentaria	Aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2025: Resolución Directoral N° 048-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01
GCA 2-1	2	R.D. de formalización de los mecanismos para el recojo de sugerencias, quejas o	Verificación/ Revisión documentaria Observación	Aprobación del Procedimiento para la Atención de Consulta, Reclamos y



		reclamos Informe según período establecido de las sugerencias, quejas o reclamos	con lista de chequeo de mecanismos	Sugerencias del Usuario Externo: Resolución Directoral N° 118-2023- GRL-GRSL/30.37.03.01
GCA 2-2	2	Documento oficial de formalización de los procesos para analizar y responder las quejas y reclamos Informe de cumplimiento de los procesos	Verificación/ Revisión de documentos	Se verifica el cumplimiento de la secuencia completa de pasos del mecanismo documentado para la atención de quejas y reclamos en el último mes.
GCA 2-3	1	Documento oficial que ha definido y difundido el paquete de información al usuario Tripticos, paneles, spots, etc.	Revisión documentaria Observación	Se cuenta con paquete de información del proceso de atención al usuarios pero no está adecuado culturalmente.
GCA 2-4	2	Documento oficial que garanticen la privacidad de la atención del usuario (aprobadas con RD).	Revisión documentaria Observación con lista de chequeo	Aprobación de los Mecanismos para garantizar la privacidad en la atención de salud a los usuarios del HSGY: Resolución Directoral N° 130-2025- GRL-GRSL/30.37.03.01
CCA 2-5	2	Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar.	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con reporte mensual de la identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios
GCA 2-6	1	Informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas	Observación Revisión de documentos	Existe evidencia de la implementación de mejoras en el acceso de los usuarios a los servicios pero no supera el 80% de las barreras identificadas.
GCA 2-7	2	Panel, letrero u otro medio oficial para la publicación de la cartera de servicios y responsables de la atención	Observación	Se evidencia la publicación (panel) de la cartera de servicios y el rol del personal responsable de la atención.
GCA 2-8	1	Flujogramas oficiales general, por servicio. Elementos de señalización.	Verificación Observación	Sólo se cuenta con flujograma de atención en algunos servicios.
GCA 2-9	2	Paneles o letreros con información sobre derecho de los pacientes	Observación	Se evidencia la publicación (letreros) con información sobre derechos de los pacientes en Emergencia, Consulta



				Externa y Hospitalización.
GCA 3-1	2	Informe oficial de la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno en forma semestral	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con informe semestral de la evaluación de la satisfacción del usuario externo y evaluación anual de la satisfacción del usuario interno (Clima Organizacional).
GCA 3-2	2	Documento que defina metas de atención de quejas. Informe mensual de atención de quejas o reclamos	Verificación	Se cuenta con Plan Anual de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) e informe mensual de quejas y reclamos.
GCA 3-3	2	Documento que defina metas de atención con buen trato. Informe de Encuestas sobre buen trato	Verificación/ Revisión de documentos	Plan de Medición de la Satisfacción del Usuario Externo HSGY 2025. Resultado de la Encuesta SERVQUAL sobre buen trato dentro de lo esperado $\geq 80\%$
GCA 3-4	2	Documento que defina el nivel de percepción sobre información recibida en la atención. Informe de medición del nivel de percepción sobre información recibida en la atención.	Verificación/ Revisión de documentos	Plan de Medición de la Satisfacción del Usuario Externo HSGY 2025. Resultado de la Encuesta SERVQUAL sobre el nivel de percepción de la información recibida, dentro de lo esperado $\geq 80\%$
GCA 3-5	2	Documento que defina metas de atención con privacidad. Informe de porcentaje de usuarios atendidos con privacidad (encuesta)	Verificación/ Revisión de documentos	Mecanismos para garantizar la privacidad en la atención de salud a los usuarios del HSGY. Resultado de la Encuesta SERVQUAL sobre el porcentaje de usuarios atendidos con privacidad, dentro de lo esperado $\geq 80\%$
GCA 3-6	2	Documento que defina metas de usuarios satisfechos por la atención recibida. Informe de encuestas de satisfacción	Verificación/ Revisión de documentos	Encuesta SERVQUAL: Nivel de satisfacción del usuario externo con la atención recibida dentro de los parámetros esperados ($\geq 80\%$)
GCA 3-7	1	Documento que defina metas de trabajadores satisfechos en su centro laboral. Informe de Encuestas de Clima Organizacional	Verificación/ Revisión de documentos	Resultado de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Interno (Clima Organizacional) 2024 por debajo del nivel esperado ($\geq 84\%$)



GCA 3-8	2	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados Proyectos de mejora implementados Informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora	Verificación/ Revisión de documentos	Existen proyectos de mejora implementados actualmente. Plan Cero Colas 2025 y cuenta con informe de avance y mejoras.
---------	---	--	---	---

MACROPROCESO: 04 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello C.D. Gilmer Manuel Asencio Ortiz
Fecha:	18/06/2025
Servicios Evaluados:	Epidemiología, Gestión de la Calidad, Programa Salud Materno Neonatal, Banco de Sangre, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Emergencia, Salud Ocupacional
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Yessica Chilón Gonzales M.C. Jhony Ronald Valencia Palacios Obst. Doménica Ruiz Vela T.M. Carlos Villa Sono T.M. Bladimiro Mercado Seancas Q.F. Yolly Pinedo Pinedo M.C. Guillermo Omar Roldán Aguilar M.C. Susy Nopeco Amasifuén
Código del Estándar:	MRA

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
MRA 1-1	2	Documento de designación de responsables por servicios/áreas para el manejo de riesgos Informes de acciones realizadas para el manejo de riesgos	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con memorándum de designación de responsables de IAAS e informes mensuales.



MRA 1-2	2	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia epidemiológica. Informe de operativización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del último semestre	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con Sistema de Vigilancia Epidemiológica operativo. Informes de IAAS primer y segundo trimestre 2025.
MRA 1-3	2	Actas de reuniones de análisis de gestión de riesgos en la atención Informe con propuestas para la disminución de riesgos de la atención	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con actas de reunión.
MRA 1-4	2	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia y respuesta frente a eventos adversos. Informe de evaluación de la vigilancia de eventos adversos del último semestre.	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con evaluación semestral de las actividades del Plan de Seguridad del Paciente.
MRA 1-5	2	Documento oficial que contenga los Mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar Tres últimos informes de análisis de	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Se cuenta con mecanismos para hacer pública la información de la gestión de riesgos de la atención. No se cuenta con informes del análisis de
MRA 1-6	1	Indicadores de la efectividad de la atención materna. Indicadores de calidad materno neonatal.	Verificación/ Revisión de documentos	Indicadores de la efectividad de la atención materna.
MRA 1-7	2	Informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia en reporte de estadística una reducción de los casos de muerte materna en los últimos 5 años.
MRA 1-8	2	Documento que contiene el Mapa Global de procesos o flujograma del consentimiento informado Resultados de entrevista a diez pacientes informados sobre consentimiento informado	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista a una muestra de 10 pacientes informados sobre consentimiento informado	Se tiene definido un flujograma del consentimiento informado y se realiza previa información al paciente.



MRA 1-9	2	Formato/s de consentimiento informado	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia en las <i>Historias Clínicas</i> la presencia del Consentimiento Informado diferenciado para niños, adultos y adulto mayor.
MRA 1-10	2	documento/formato oficial de rechazo al procedimiento o tratamiento	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con un formato para la firma del paciente que decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional de la salud.
MRA 1-11	0	Documento oficial que contiene la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejos de riesgo de la atención Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejos de riesgo de la atención.
MRA 2-1	2	Informe de análisis de indicadores de seguridad transfusional, según norma	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con documento oficial de análisis de la seguridad transfusional con procedimientos acorde a la normatividad.
MRA 2-2	2	Sellos de seguridad de la sangre en bolsas de sangre Número de unidades transfundidas Registro de Donantes Voluntarios	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se evidencia cumplimiento de normatividad de PRONAHEBAS para la utilización de sangre certificada.
MRA 2-3	1	Manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos Documento que contiene las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos	Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo según medidas de seguridad	Se cuenta con Manual de Bioseguridad de Medicamentos pero solo se aplican en algunos servicios.
MRA 2-4	2	Documento que indica un mecanismo para realizar el etiquetado de placas radiográficas	Verificación/ revisión de documentos Observación Muestreo	Se cuenta con mecanismo (Sistema Informático - SISGAlen) para la identificación de placas radiográficas en la Historia Clínica digital de C. Externa.
MRA 2-5	2	Documento que contiene las medidas	Verificación/ revisión de documentos	Se evidencia en una muestra del 50% de pacientes internados



		para prevenir errores de identificación	Observación Lista de chequeo en función del procedimiento o	para procedimientos quirúrgicos los mecanismos necesarios para prevenir errores o confusiones de la persona o zona anatómica (Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía).
MRA 2-6	2	Manual de procedimientos de enfermería en pacientes postrados Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/ revisión de documentos Observación	Se evalúa en todo paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras por presión y se llevan a cabo medidas preventivas.
MRA 2-7	1	Guía práctica clínica de TVP y TEP Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se evidencia en las historias clínicas de pacientes hospitalizados el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda pero en algunos casos no se emplean medidas para evitarlas.
MRA 2-8	1	Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/ revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	Se evidencia en las historias clínicas de pacientes hospitalizados el riesgo de aspiración pero en algunos casos no se emplean medidas para evitarlas.
MRA 2-9	1	Guías de práctica clínica que contiene medidas de prevención de la desnutrición Historias Clínicas de pacientes en riesgo Formato oficial para evaluación de desnutrición	Verificación/ revisión de documentos Auditorías de Historias Clínicas Muestra	Se evidencia en las historias clínicas de pacientes hospitalizados el riesgo de desarrollar desnutrición pero en algunos casos no se emplean medidas para evitarlas.
MRA 3-1	1	Documento estableciendo métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se observa solo en algunos pacientes la implementación de métodos para la prevención de infección por uso de catéteres.
MRA 3-2	2	Guías de práctica clínica Historias Clínicas	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo para verificar en una muestra de 10 historias	Se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico y la administración de profilaxis antibiótica en conforme a la GPC aprobada a nivel nacional.



MRA 3-3	2	soluciones antisépticas y papel toalla en áreas de manejo de pacientes	Observación con lista de chequeo de servicios	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas (C. Externa, Emergencia, Centro Quirúrgico, Hospitalización).
MRA 3-4	2	Manual de bioseguridad Plan de Implementación de las medidas de bioseguridad Informe trimestral del cumplimiento de las medidas de bioseguridad	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informes trimestrales del cumplimiento de las medidas de bioseguridad: Adherencia de Higiene de Manos.
MRA 4-1	2	Documento que establece procedimiento para la vigilancia seguimiento y manejo de casos de IHH, Reportos de vigilancia de IHH Ficha de seguimiento mensual de pacientes	Verificación/ revisión de documentari a	Existe reporte mensual de la vigilancia, seguimiento y manejo de las infecciones asociadas a la atención en salud.
MRA 4-2	2	Informe mensual de la tasa de incidencia de Infecciones Intra Hospitalarias	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informe mensual de la tasa de incidencia de IAAS.
MRA 4-3	2	Informe mensual del registro de Infecciones Intra Hospitalarias Informe sobre la identificación de cepas prevalentes Informe de evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia	Verificación/ revisión de documentos	Se implementan las normas de antibioticoterapia según la identificación de la cepa prevalente de las IAAS.
MRA 4-4	2	Plan oficial de prevención y control de Infecciones Intra Hospitalarias Plan Estratégico Institucional	Verificación/ revisión de documentos	El Plan de prevención y control de IAAS está incorporado en el Plan Estratégico de la Institución 2024-2030
MRA 5-1	0	Guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con R.D Historias clínicas	auditoria de 10 historias clínicas	No se cuenta con Guías de Atención de Enfermería actualizadas y aprobadas con resolución directoral.
MRA 5-2	2	Plan de intervención de enfermería Historias Clínicas	Auditoria	Se verifica en la historias clínica que el personal de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los



				procedimientos realizados.
MRA 5-3	2	MAPRO de administración de medicamentos Historia Clínica kardex de enfermería	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo en 10 historias clínicas.	Se verifica en el kardex de enfermería la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento).
MRA 5-4	2	Historia clínica Documento de reporte de eventos adversos Fichas de notificación de eventos adversos	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con reporte mensual (fichas de notificación) de incidentes y eventos adversos.
MRA 5-5	2	Actas de reuniones de análisis de eventos adversos Documento de acciones de mejora.	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con formato del Plan de Acción donde se especifica las acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos.
MRA 6-1	1	Manual de bioseguridad	Observación con Lista de chequeo sobre una muestra de 10 trabajadores por áreas de riesgo	Se verifica que menos del 100% del personal usa indumentaria de protección (EPP) en su área de trabajo
MRA 6-2	2	Cartillas visibles en servicios	Observación con Lista de chequeo	Se evidencian cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.
MRA 6-3	2	Documento de procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)	Verificación Observación con lista de chequeo	Se verifica que los procedimientos para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal se realiza según la norma de bioseguridad aprobada a nivel nacional.
MRA 6-4	2	Documentos de requerimientos de materiales e insumos de bioseguridad según norma Pecosas	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se evidencia documentos de requerimiento (Pecosas) de materiales e insumos de bioseguridad (Papel toalla, jabón líquido, alcohol gel).
MRA 6-5	2	Reporte de accidentes punzocortantes Informe de acciones realizadas según norma	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con reporte de accidentes punzocortantes y se toman acciones inmediatas.



MRA 6-6	0	documento que contenga instrucciones sobre riesgo de transmisión	Verificación/ revisión de documentos Observación	No se cuenta con documento que contenga instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones a adoptarse.
MRA 6-7	0	Documento que contiene la identificación de riesgos Programas preventivos en base a identificación de riesgos Informe de evaluación de la implementación de los programas	Verificación/ revisión de documentos	No se implementan programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, VIH/SIDA y otras patologías infecciosas en base al mapa de riesgos.
MRA 6-8	2	Documento de procedimiento de descontaminación de las áreas de riesgo	Verificación/ revisión de documentos Observación con Lista de chequeo según norma	Se verifica el cumplimiento de los procesos y procedimientos para realizar la descontaminación de las áreas de riesgo (Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI)
MRA 6-9	1	Manual de prevención y atención de riesgos	Observación con Lista de chequeo Verificación/ revisión de documentos	Se verifica que menos del 80% del personal aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan (Adherencia de higiene de manos).
MRA 6-10	2	Reporte de manejo de casos de accidentes punzocortantes	Verificación/ revisión de documentos	Se garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.
MRA 7-1	2	Manual para la eliminación de residuos sólidos Documentos y Material de difusión de procedimientos para eliminación de residuos sólidos	Verificación/ revisión de documentos Entrevista	Se cuenta con manual para la eliminación de residuos sólidos aprobado con resolución directoral.
MRA 7-2	2	Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios	Observación con Lista de chequeo	Se cuenta con documento oficial que establece la recolección de residuos sólidos



				aprobado con resolución directoral.
MRA 7-3	2	Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios	Observación con Lista de chequeo	Se cuenta con documento oficial que establece el retiro, eliminación y disposición final de residuos sólidos aprobado con resolución directoral.
MRA 7-4	1	Documento oficial de control de calidad del agua	Verificación/ revisión de documentos	No se cuenta con documento oficial de control de calidad del agua.
MRA 8-1	0	Documentos de coordinación y/o fotografías	Verificación/ revisión de documentos	No se establecen coordinaciones con el gobierno local para realizar procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura.
MRA 8-2	0	Documentos de coordinación y/o fotografías	Verificación/ revisión de documentos	No se establecen coordinaciones con el gobierno local para participar de los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.
MRA 8-3	2	Documentos de coordinación y/o evidencias (fotografías, etc.) Informe de capacitaciones realizadas a la comunidad	Verificación/ revisión de documentos	Se encuentra evidencia (Actas de reunión y fotografías) de las coordinaciones con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura.



MACROPROCESO: 05 GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Jorge Elías Guevara
Fecha:	18/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Gestión de Riesgo Emergencia y Desastres
Participantes de la Evaluación:	Lic. Enf. Eduardo del Águila Vásquez
Código del Estándar:	GSD

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GSD 1-1	0	Certificado de Inspección Técnica, vigente	Verificación/visión de documentos	No se cuenta con certificado de inspección técnica de seguridad en Defensa Civil, vigente.
GSD 1-2	1	Informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad, en las dos últimas obras (ampliación, rehabilitación y remodelación).	Verificación/visión de documentos	Menos del 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad.
GSD 1-3	2	Norma de señalización de seguridad	Observación con Lista de chequeo	Se cuenta con señales de seguridad en todas las áreas
GSD 1-4	2	Letreros de señalización de ubicación del establecimiento y de la unidad de emergencia	Observación	Se cuenta con buena señalización que facilita la ubicación del EE.SS. y de la unidad de emergencia
GSD 1-5	2	Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nítrico, aire comprimido) señalizados.	Observación con lista de chequeo de la norma con RM 897-2005	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.
GSD 1-6	2	Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.	Verificación/visión de documentos	Se ha identificado en todas las áreas los riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional
GSD 1-7	2	Vías de entrada o salida a Emergencia	Observación	Se observa que las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.



GSD 2-1	1	R.D. de conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil RD de aprobación del Plan anual de actividades Informe de evaluación trimestral del plan	Verificación/revisión de documentos	Existe Comité Hospitalario de Defensa Civil pero, no cuenta con un informe trimestral de su plan de actividades.
GSD 2-2	2	RD conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños Documento de asignación de equipamiento a las brigadas, según norma.	Verificación/revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	Se cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños.
GSD 2-3	2	Documento oficial que aprueba plan anual de Emergencias y desastres Documento de difusión del plan	Verificación/revisión de documentos	Se cuenta con Plan Anual de Actividades de la UGRED 2025.
GSD 2-4	2	Planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados Informe de evaluación trimestral de la implementación de los planes	Verificación/revisión de documentos	Se cuenta con Plan de Contingencia frente a lluvias intensas y Plan de Respuesta Hospitalaria para emergencia y desastres. Asimismo, se cuenta con informe trimestral de la evaluación de dichos planes.
GSD 2-5	2	Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales	Verificación/revisión de documentos	El EE.SS. cumple con participar en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencia y desastres.
GSD 2-6	2	Plan de respuesta ante las emergencias. Del Comité de Defensa Civil institucional Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil.	Verificación/revisión de documentos	El Plan de Respuesta ante las Emergencias se actualiza con las Autoridades de Defensa Civil. Se cuenta con acta de reunión.
GSD 2-7	2	Informe de evaluación de los simulacros realizados los dos últimos años	Verificación/revisión de documentos	Se cuenta con evidencia de la realización de simulacros de manera semestral durante los últimos 24 meses.
GSD 2-8	2	RD de Guías de manejo de emergencias masivas	Verificación/revisión de documentos Encuesta al personal (al azar)	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.



GSD 3-1	2	Documentos de difusión de alertas	Verificación/revisión de documentos	Se adoptan acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.
GSD 3-2	2	Ambulancia	Observación con Lista de chequeo de cumplimiento de estándares	Se cuenta con servicio de ambulancia y se cumple con los estándares mínimos de acuerdo a la normatividad.
GSD 3-3	0	Sistema alternativo de comunicación	Observación	No se cuenta con un sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del hospital
GSD 3-4	2	Sistema alternativo de provisión de energía	Observación	Se cuenta con un sistema alternativo de provisión de energía eléctrica las 24 horas del día.
GSD 3-5	2	Sistema alternativo de almacenamiento de agua potable	Observación	Se cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure el abastecimiento mínimo 24 horas ininterrumpidas.
GSD 3-6	2	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (formula MEDIN) Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud	Revisión de documentos Observación con lista de chequeo de medicamentos de emergencias y desastres	Se cuenta con un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la demanda de pacientes.



MACROPROCESO: 06 CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Karen Guadalupe Pizango
Fecha:	20/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Gestión de la Calidad
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • M.C. Jhony Ronald Valencia Palacios • M.C. Katherine Sandoval Soria • Lic. Enf. Jorge Elías Guevara García
Código del Estándar:	CGP

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
CGP 1-1	2	Planes de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación, instrumentos de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación.	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con Plan Anual de Auditoría 2025 e instrumentos de evaluación.
CGP 1-2	2	Actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de los planes	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con actas de reunión con los responsables de los indicadores de gestión y se han fijado los niveles esperados para la institución.
CGP 2-1	2	Certificados de capacitación de 60 horas a más, en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable	Verificación/ revisión de documentos	Más del 80% de los miembros del comité de auditoría está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.
CGP 2-2	2	RD de conformación del Comité de auditoría Certificados de capacitación de 60 horas a más, de los integrantes del comité Informes de auditorías de casos, fallecidos y muerte materna	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con resolución que aprueba la conformación del Comité de Auditoría Médica (CAM), está capacitado y existen informes de auditorías de caso, fallecidos y muerte materna.
CGP 2-3	2	Informe de los indicadores de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de convenios de gestión y sus valores están dentro



				de los estándares establecido.
CGP 2-4	2	POI vigente Informe de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Verificación/ revisión de documentos	El Hospital realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo con el plan establecido por la Unidad de Gestión de la Calidad
CGP 2-5	0	Informes del auditoria de la calidad de atención en emergencia	Verificación/ revisión de documentos	No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de Emergencia.
CGP 2-6	0	Informes de auditoría de la calidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia o Informe de FON. Historias clínicas de pacientes obstétricas y neonatales de emergencia Cúas de práctica clínica para atenciones obstétricas y neonatales de emergencia	Verificación/ revisión de documentos Auditoria	No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de Emergencia.
CGP 2-7	2	Informes de monitoreo y evaluación de la calidad en las áreas/servicios de atención clínica	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención (Rondas de Seguridad del Paciente, Auditoría de la Calidad de Registro de las HC) en los últimos dos trimestres y los resultados están dentro de lo esperado
CGP 2-8	2	Informe de identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión Informe de procesos de mejora establecidos	Verificación/ revisión de documentos	Se tiene identificado los aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora (Plan de Acción de las Rondas de Seguridad del paciente)
CGP 2-9	2	Informes de auditoría de proceso en las áreas/servicios de atención	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informes de auditoría de la Calidad de Registro de la HC.
CGP 2-10	2	Informes de supervisiones a las áreas/servicios de atención Documento de rondas de seguridad	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informe semestral de la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente a las áreas críticas y los resultados son los esperados para la organización.



CGP 2-11	2	Documento de comunicación de resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación Informe de acciones tomadas en función a ellos	Verificación/ revisión de documentos	Se cuenta con informes de los resultados de las auditorías de caso y las auditorías de la calidad de registro. Asimismo, algunos responsables de las áreas toman conocimiento de ello e implementan acciones de mejora.
CGP 2-12	2	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias nacionales	Verificación/ revisión de documentos	Se verifica documentación y se muestra un resultado > 80% de los indicadores trazadores de cobertura para las estrategias sanitarias nacionales (Malnutrición y anemia, mortalidad materna, vacunación e inmunizaciones, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA).
CGP 2-13	2	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias regionales	Verificación/ revisión de documentos	Se verifica documentación que muestra resultados mayores al 80% de cobertura para las prioridades sanitarias regionales (Inmunizaciones, muerte materna y embarazo adolescente, anemia, salud mental)



MACROPROCESO: 07 ATENCIÓN AMBULATORIA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Johana Fabiola Barria Ramírez
Fecha:	24/06/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Consultorios Externos, Unidad de Gestión de la Calidad
Participantes de la Evaluación:	Lic. Enf. Liliane Jimena Saavedra Vásquez Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila M.C. Katherine Sandoval Soria
Código del Estándar:	ATA

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
ATA 1-1	2	Señalización y mecanismos de información, según normativa vigente	Observación con lista de chequeo	El hospital cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario (PAUS).
ATA 1-2	2	Cartera de servicios publicada Encuesta a usuarios	Observación Encuesta Muestreo	La cartera de servicios de Consulta Externa está publicado, actualizado y es comprensible por los usuarios.
ATA 1 3	2	Servicio de triaje Informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación	Observación Verificación/ revisión de documentos	Se dispone de un área de triaje y el personal está capacitado (Se cuenta con certificado de capacitación en toma de funciones vitales).
ATA 1 4	0	Documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria Registros o informes de evaluación de demanda insatisfecha de los dos últimos trimestres .	Verificación/ revisión de documentos	No se cuenta con una Política (Directiva Administrativa aprobada con R.D.) que establezca mecanismos para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados.
ATA 1-5	2	Documento oficial que define mecanismos de atención preferencial Lista de chequeo de acuerdo a normativa interna.	Observación Verificación/ revisión de documentos	Se observa la atención preferente a las mujeres embarazadas, niños y adultos mayores y con discapacidad en todas las áreas de atención ambulatoria.
ATA 2-1	0	ASIS institucional Guías de práctica clínica abordando patologías más frecuentes identificadas en	Verificación/ revisión de documentos	No se cuenta con GPC oficializadas de las patologías más



		las diversas etapas de vida, aprobadas.		frecuentes diferenciado por etapas de vida.
ATA 2-2	2	Documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC. Informes de auditoría de la calidad de registros de la atención. Informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año.	Verificación/ revisión de documentos	Se cuentan con informes de cumplimiento de la GPC de Dengue del último año.
ATA 2-3	2	Informes de auditoría de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC.	Verificación/ revisión de documentos	Se verifica que más del 80% de las HC sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica de Dengue Se evalúa el cumplimiento de los estándares de los estándares e indicadores para la atención prenatal (FONE) pero los resultados se encuentran por debajo de lo esperado.
ATA 2-4	1	Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), de los últimos trimestres.	Verificación/ Revisión de documentos	
ATA 3-1	1	Encuesta a usuarios externos basada en documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Encuesta	Según la encuesta realizada a los usuarios, se verifica que menos del 80% ha recibido información sobre enfermedades transmisibles y sus principales daños crónico-degenerativos.
ATA 3-2	2	Documento oficial que indica estrategias educativo-comunicacionales Informe de actividades educativo-comunicacionales desarrolladas Actividades educativo-comunicacionales en ejecución.	Verificación/ revisión de documentos Observación	Se cuenta con Plan Anual de Actividades del Programa Materno Neonatal y se verifica la implementación de actividades educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer y la familia la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda
ATA 3-6	2	ASIS Institucional Plan Operativo Institucional Informes de desarrollo de Programas de prevención para patologías más frecuentes.	Verificación/ revisión de documentos	Se verifica dentro del POI la inclusión de programas de prevención para las patologías más frecuentes.



ATA 4-1	2	Documento oficial (MAPRO, Directiva) de mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios Informe mensual de sugerencias, quejas y reclamos Encuestas aplicadas sobre conocimiento del personal	Verificación/ revisión de documentos Encuestas	Mediante Resolución Directoral N° 118-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01 se aprueba el procedimiento para la atención de consultas, reclamos y sugerencias de los usuarios externos y son de conocimiento por parte del personal.
ATA 4 2	2	Buzones accesibles o medios de difusión o anfritrionas o formatos disponibles u otros.	Observación	Se verifica el acceso del Libro de Reclamaciones en Salud en Admisión y Emergencia y se evidencia la presencia del personal de la PAUS para garantizar su disponibilidad las 24 horas del día.

MACROPROCESO: 09 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	<ul style="list-style-type: none"> M.C. Katherine Sandoval Soria Lic. Enf. Liliane Jimena Saavedra Vásquez
Fecha:	25/06/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Medicina y Sub-Especialidades, Cirugía, Pediatría, Neonatología y Gineco-Obstetricia
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Johana Fabiola Barria Ramirez Lic. Enf. Karen Guadalupe Pizango Lic. Enf. Divanny Nikol Anticono Chomba Lic. Enf. Gabriela García Gonzáles Obst. Vicente Valentin Mariano
Código del Estándar:	ATH

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
ATH 1-1	2	ASIS institucional	Verificación/ Revisión de documentos	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada servicio.



ATH 1-2	2	Acta de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio Informe de implementación de las mismas.	Verificación/ Revisión de documentos	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación e implementación.
ATH 1-3	2	FON o Informe de encuestas a familiares o pareja	Verificación/ Revisión de documentos o Encuestas	Se verifica en la encuesta realizada en el Servicio de G.O. que se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o familiar en los casos de atención de parto.
ATH 2-1	1	Cuadro de necesidades, requisiciones y pecosas de los servicios hospitalarios o SIGA.	Verificación/ Revisión de documentos o Entrevista	Se verifica la atención de menos del 80% del cuadro de necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección.
ATH 2-2	0	Actas de reunión de elaboración de GPC RD de aprobación de las Guías de práctica clínica ASIS o reporte estadístico	Verificación/ Revisión de documentos	Las jefaturas de los servicios de internamiento no promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización.
ATH 2-3	1	Informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	Verificación/ Revisión de documentos	Se realiza la medición (Informe) del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente pero no se toman acciones para reducir el tiempo transcurrido.
ATH 3-1	1	Lista de chequeo aplicada	Observación con lista de chequeo	Menos del 90% del personal que realiza procedimientos de los pacientes cumple con las normas de Bioseguridad (Adherencia de higiene de manos, segregación de residuos sólidos)
ATH 3-2	2	Registro de IHH y eventos adversos Informe de análisis de IHH y eventos adversos identificados Actas de reuniones de	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con registro de IAAS y eventos adversos ocurridos en el internamiento, los cuales son analizados y evaluados.



		análisis de IIH y eventos adversos		
ATH 3-3	2	Informes de auditoría del último año. Informe de implementación de las recomendaciones del último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Según los informes de auditoría del último año, existe documentación que evidencia la implementación de las recomendaciones por parte de los servicios de hospitalización.
ATH 3-4	2	Informes de auditoría del último año Informe de implementación de las recomendaciones del último año	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia la implementación de recomendaciones de los informes de auditoría en los casos de muerte mortalidad materna ocurridas en el EE.SS.
ATH 4-1	0	ASIS institucional o documento similar (estadísticas hospitalarias) Cuias de práctica clínica aprobadas con RD	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con GPC para la atención de las 10 patologías más frecuentes del servicio de hospitalización.
ATH 4-2	1	Informe de evaluación trimestral/semestral de indicadores (FON), según norma.	Verificación/ Revisión de documentos	Los resultados de la evaluación anual del FONE alcanzan parcialmente los niveles esperados (< 90%)
ATH 4-3	1	HCI seleccionadas GPC seleccionada, Lista de chequeo para revisión de HCI	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica la aplicación de la GPC de Dengue por algunos de los miembros de cada equipo de trabajo.
ATH 4-4	0	Informe de monitoreo de adherencia a las GPC del último semestre	Verificación/ Revisión de documentos	No se realiza la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (Hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).
ATH 4-5	2	Informes de auditoría de HCI Informes de seguimiento de recomendaciones	Verificación/ Revisión de documentos	Se auditan las historias clínicas y se cuenta con informes que evidencia la toma de acciones para mejorar los procesos.
ATH 5-1	2	Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida o Cuestionario aplicado	Muestreo Entrevista o revisión documentaria	Se evidencia en la encuesta al usuario que más del 80% comprende la información acerca de los procedimientos,

				diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.
ATH 5-2	2	Listado de H.CI seleccionadas Formato oficial de Consentimiento Informado.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica en más del 80% de las HC la presencia del formato de consentimiento informado del paciente para su atención en hospitalización.
ATH 6-1	0	MAPRO: Procedimiento de interconsulta Informe/reporte de la aplicación del Procedimiento documentado Actas de reuniones de mejora del procedimiento.	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con Manual de procedimientos de Interconsulta
ATH 6-2	2	Rol de programación de los servicios de apoyo y tratamiento con cobertura para las 24 horas del último mes.	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia que más del 90% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren la atención las 24 horas.
ATH 7-1	0	Documento que establece mecanismos de evaluación periódica de HCI por pares (en cada servicio) Informes/reporte de aplicación de mecanismos de evaluación periódica de HCI por pares y de las mejoras de los procesos (en cada servicio)	Verificación/ Revisión de documentos	No se evidencia documento que establece los mecanismos de evaluación periódica de HCI por pares en cada servicio
ATH 7-2	2	Directiva para la gestión de quejas y sugerencias Informe semestral de quejas y sugerencias	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con directiva que aprueba la gestión de quejas y sugerencias. Asimismo, existe informe mensual de quejas y reclamos.
ATH 7-3	2	Documento oficial que establece horarios Horario publicado Reporte de la observación de la entrega de información según horarios	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Es hospital cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.
ATH 7-4	1	Reporte de concordancia de Planes de trabajo de las HCI y las GPC o HCI seleccionadas GPC oficiales	Verificación/ Revisión de documentos o Muestreo Auditoría	Menos del 80% de los planes de trabajo contenidos en las HC están de acuerdo con la GPC de dengue.
ATH 7-5	1	Reporte de complicaciones obstétricas Actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las	Verificación/ Revisión de documentos	Existe un registro de las complicaciones obstétricas en los dos últimos trimestres. Sin embargo, no se evalúa

		complicaciones obstétricas, de acuerdo a las GPC.		si el manejo de las complicaciones obstétricas están de acuerdo a la GPC.
ATH 7-6	2	Reporte de eventos adversos Documento de análisis de eventos adversos del último trimestre Informe de seguimiento de recomendaciones, del último trimestre	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con documentación que evidencia la implementación de recomendaciones de los informes de los análisis de eventos adversos.
ATH 7-7	2	Informes de encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)	Verificación/ Revisión de documentos	Se evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución (> 80%).

MACROPROCESO: 10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Doménica Fabiola Ruiz Vela
Fecha:	25/06/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Emergencia
Participantes de la Evaluación:	Lic. Enf. Deniz Alberto Arévalo Castro
Código del Estándar:	EMG

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
EMG 1-1	2	Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio	Observación con Lista de chequeo de mecanismos de información al usuario de emergencia	Se verifica la implementación de mecanismos de información general al usuario operativo las 24 horas en el servicio (PAUS, afiches).
EMG 1-2	2	Cartel sobre atención de usuarios, ubicado en lugar visible con enfoque de interculturalidad según realidad local	Observación	Se evidencia la publicación en un lugar visible sobre el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia.



EMG 1-3	2	Rol de programación de personal de emergencia, actualizada y publicada en lugar visible	Verificación observación	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos, etc.) y del responsable de guardia, en un lugar visible para los usuarios.
EMG 1-4	0	ASIS institucional Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida. Informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida., por indicadores.	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.
EMG 1-5	2	Reportes de la Unidad de Capacitación, del personal asistencial y administrativo de Emergencia, según competencias, del último año	Verificación/ Revisión de documentos	Más del 80% del personal de emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias
EMG 1-6	2	Documentos oficiales que establecen medidas para la atención de emergencias sin restricciones	Verificación/ Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo basado en documento oficial de las medidas adoptadas en el proceso de atención	Se evidencia la implementación de disposiciones oficiales (Documento de atención en emergencia y registro de servicio social de atenciones por emergencia) para la atención de emergencias sin restricciones.
EMG 2-1	2	Lista de chequeo (ref. normas DIGIEM, SS Director) de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencia Reporte FON	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Se verifica la disponibilidad de medicamentos e insumos (Según lista de chequeo) para la atención de emergencia
EMG 2-2	2	Sillas de ruedas y camillas del servicio de emergencia operativas y accesibles.	Observación	Se verifica la existencia de equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, ubicados en un lugar accesible.
EMG 2-3	1	Informes de existencia y operatividad de equipos de	Verificación/ Revisión de	Se verifica que solo el equipo de comunicación



		telecomunicaciones del servicio de emergencia. (servicios generales del EESS)	documentos Observación con Lista de chequeo de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia	interna está operativo. No se cuenta con equipos de comunicación externa (Radiocomunicación onda corta/larga, RPM, RPC, etc.)
EMG 2-4	2	Registro de actividades/ruta de la ambulancia Reporte diario de operatividad (cuaderno, registro, ficha) según norma vigente.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo de operatividad de las ambulancias	El hospital dispone de una ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días del año.
EMG 2-5	2	Rol de programación de personal de emergencia, según nivel de complejidad	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo (Revisión de rol de programación de meses en forma aleatoria, del último año)	Se cuenta con personal profesional y no profesional para la atención del usuario en emergencia las 24 horas del día, los 365 días al año.
EMG 3-1	2	Área de triaje Registro de capacitación del personal profesional	Verificación/ Revisión de documentos	El Servicio de Emergencia cuenta con un personal de enfermería capacitado en la realización del triaje a los pacientes de emergencia.
EMC 3-2	2	Libro/registro de atenciones de Emergencia Formatos de atención de emergencia seleccionados en una muestra aleatoria de las diez últimas atenciones.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica que más del 80% de las prestaciones se registran en el formato de atención de emergencia.
EMG 3-3	2	Documento oficial que contiene mecanismos operativos para la atención en cambios de guardia Reporte de persona a persona registro de censo de pacientes por enfermería mecanismos establecidos oficialmente Reporte de ocurrencias	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo del cumplimiento de mecanismos de atención en los cambios de guardia	Se verifica el cumplimiento de las disposiciones oficiales establecidas (Reporte de persona a persona, reporte de ocurrencias por parte de PAUS) para garantizar la continuidad de la atención durante el cambio de guardia

MACROPROCESO: 11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Vicente Valentín Mariano
Fecha:	25/06/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Centro Quirúrgico y Anestesiología
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> MC. Guillermo Omar Roldán Aguilar Lic. Enf. Angela Canesa Armas Caballero
Código del Estándar:	ATQ

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
ATQ 1-1	2	Programación de actividades del centro quirúrgico del último año Informe de evaluación de actividades del centro quirúrgico del último año	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuenta con Plan Anual del Servicio de Centro Quirúrgico y su respectivo informe trimestral de actividades.
ATQ 1-2	0	Manual de procedimientos (MAPRO) del centro quirúrgico aprobado Lista de chequeo en base al MAPRO del servicio Informe de entrevistas al personal establece la reprogramación	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista Observación	No se cuenta con Manual de Procedimientos de Centro Quirúrgico aprobado mediante R.D.
ATQ 1-3	0	Guías de manejo quirúrgico y anestésico Informe de cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las diez intervenciones más frecuentes, por indicadores.	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes que realizan (Atención anestésico quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera del quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)
ATQ 1-4	2	Rol diario de programación de salas del último trimestre con disponibilidad de sala de urgencia Documento oficial que dispone sala para urgencias.	Verificación/ Revisión de documentos	Se verifica rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencias.
ATQ 1-5	2	Rol de programación del personal, que incluye anestesiólogos, personal profesional y de apoyo, en áreas críticas, del último trimestre	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Se verifica rol de programación de personal y se garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y



				de apoyo en áreas críticas
ATQ 2-1	2	Personal de enfermería Registros de verificación de disponibilidad de equipos, insumos e instrumental de las intervenciones quirúrgicas	Observación Verificación/ Revisión de documentos	Se verifica y registra la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental por parte del personal de enfermería
ATQ 2-2	2	Lista de chequeo pre elaborada de verificación del instrumental e insumos Registros en HCl seleccionadas del último mes	Observación Verificación/ Revisión de documentos	Se observa la verificación y el registro en 10 HCl de la existencia de insumos e instrumental por parte del personal de enfermería en las intervenciones del último mes.
ATQ 2-3	2	HCl (10) seleccionadas del último mes.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica que el personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación.
ATQ 2-4	2	Informe de medición de tiempos de traslado de paciente de centro quirúrgico Historias clínicas	Verificación/ Revisión de documentos Auditoria	Se cuantifica el tiempo para el traslado de pacientes de centro quirúrgico y el nivel es el esperado
ATQ 3-1	2	Hoja de anestesia Reporte operatorio HCl seleccionadas	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica que todas las HC contienen el formato para el registro del acto quirúrgico (Reporte Operatorio).
ATQ 3-2	2	Formato de evaluación pre anestésica HCl seleccionadas	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica que todas las HCl contienen el formato para el registro de la evaluación pre anestésica.
ATQ 3-3	2	Formato de la atención anestésica (Hoja de anestesia) HCl (10) seleccionadas	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica en 10 HCl la información del acto anestésico y las complicaciones.
ATQ 3-4	2	Reporte operatorio HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo)	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica en 10 HCl que se cuenta el formato de informe quirúrgico con información completa.
ATQ 3-5	2	Reporte de Sala de Recuperación (Hoja post anestésica) HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo)	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se verifica que las 10 HCl contienen el formato de monitoreo postoperatorio y éste



				contiene información de acuerdo a las normas.
ATQ 3-6	2	Informe mensual del análisis y registro de las cirugías suspendidas Informe/actas de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos (indicadores).
ATQ 3-7	2	Informe mensual de análisis de casos de mortalidad intra y post-operatoria Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas y se toman medidas correctivas.
ATQ 3-8	2	Registros mensuales de las tasas de complicaciones de eventos adversos intra y postoperatorios Informe/actas de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios y se toman las acciones correctivas.
ATQ 3-9	2	Lista de chequeo de Cirugía Segura (primer momento: preoperatorio)	Verificación/ Revisión de documentos	Se verificó en una muestra de 10 HCI el cumplimiento del registro preoperatorio en la Lista de Chequeo de la Cirugía Segura.
ATQ 3-10	2	Informe mensual del análisis de las reintervenciones Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman medidas correctivas.
ATQ 3-11	0	Informe de encuestas de satisfacción (mínimo en 30 pacientes) del usuario del centro quirúrgico	Verificación/ Revisión de documentos	No se evalúa la satisfacción del paciente (Sala de Recuperación) por la atención recibida en Centro Quirúrgico.
ATQ 4-1	0	Informe de auditorías de la calidad de atención o evaluaciones Informe de implementación de las medidas correctivas trimestral de las 5 patologías de los 2 últimos trimestres	Verificación/ Revisión de documentos	El hospital no realiza auditorías/evaluaciones periódicas preventivas de la calidad de atención de las cirugías más frecuentes.
ATQ 4-2	2	Proyectos de mejora continua implementados producto de las auditorías	Verificación/ Revisión de documentos	Se implementan permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías de caso.

ATQ 4-3	0	RD de aprobación e implementación de políticas de confidencialidad	Verificación/ Revisión de documentos	No se cuenta con una política de confidencialidad respecto a la información del paciente aprobada con R.D.
ATQ 4-4	2	Historias clínica (10) (Informe de auditoría de la calidad de atención)	Verificación/ Revisión de documentos	Se verifica en 10 HCl que el formato de registro del acto quirúrgico cuenta con la firma del cirujano responsable.

MACROPROCESO: 12 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Psic. Humberto Castilla Cabello
Fecha:	27/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Fabiola Gonzáles Garnica Obt. Jean Neil Hernández Angulo
Código del Estándar:	DIV

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
DIV 1-1	2	Lista de Chequeo (RM como sede docente, RD de convenios con universidades)	verificación de documentos	Se verifica que el hospital cumple con los requisitos establecidos por el SINAPRES y el CONAREME para constituirse como hospital docente.
DIV 1-2	2	RD de conformación de comité (pre y pos) Libro de actas de reuniones	Verificación documentaria	Se cuenta con Comité Docente Asistencial Hospitalario de pre y postgrado) y además las actas de reuniones en el último semestre.
DIV 1-3	2	RD de Políticas de Investigación Trabajos de investigación acorde a políticas	verificación documentaria	Se cuenta con documento oficial que establece las Líneas de Investigación y se verifica su cumplimiento.

DIV 1-4	2	Formatos de consentimiento informado de investigación Humana Formatos de consentimiento informado complementados por trabajo desarrollados	Verificación documental	Se verifica la implementación del formato de consentimiento informado para investigación en humanos.
DIV 1-5	2	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Verificación documental	Se cuenta con Comité Institucional de Investigación y libro de actas de reuniones para el último año.
DIV 1-6	2	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Verificación documental	Se cuenta con un Comité de Ética en Investigación y está operativo.
DIV 1-7	2	Reglamento de docencia de pregrado y postgrado oficializado con RD Informe de actividades académicas de pre y post grado que concuerdan con Reglamento.	Verificación documental	Se cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado e informe trimestral de sus actividades académicas
DIV 1-8	2	Planes oficializados con RD de pre y post grado	Verificación documental	Se cuenta con un Plan Anual de Actividades Académicas de pregrado y postgrado.
DIV 1-9	2	Programa de tutoría oficial de pre grado Programa de tutoría oficial de post grado Programa de asesoría oficial de pre grado Programa de asesoría oficial de post grado Informes de cumplimiento de los programas establecidos de tutoría y asesoría de pre y post grado.	Verificación documental	Se cuenta con un programa de tutorías y asesorías a los alumnos de pregrado y postgrado
DIV 2-1	2	Actas de reuniones de evaluación del Comité de Docencia Actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación Actas de reuniones de evaluación del Comité de Ética /bioética	Verificación documental	Los comités de docencia, investigación y ética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades
DIV 2-2	2	Alumnos (10) de pre ò post grado Convenio de docencia Interinstitucional Plan de supervisión Informe de supervisión	Entrevista con guía revisión documental	De acuerdo al Convenio de Cooperación Docente Asistencial, el personal responsable supervisa a los alumnos de pregrado/postgrado en el desarrollo de sus prácticas.



DIV 2-3	2	Plan de Docencia de pre y post grado. Informe de evaluación de actividades académicas de pre y post grado, de acuerdo al plan	revisión documental	El hospital desarrolla actividades académicas (Capacitaciones) como parte del Plan Anual de Docencia de pregrado
DIV 2-4	2	Políticas de investigación incluidas en su Plan Políticas de ética/bioética incluidas en su Plan Informes de protocolos de investigación aprobados.	Verificación documental	Los informes de protocolos de investigación aprobados se encuentran en el marco de las políticas (Reglamento) del Comité de ética en Investigación.
DIV 2-5	2	Inventarios de materiales de capacitación Inventario de investigaciones Biblioteca física y virtual	Verificación documental Observación	Se cuenta con inventario actualizado de materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca tanto en medio físico como virtual.
DIV 2-6	2	Horario establecido para uso de servicios bibliográficos Libro de registro de uso de biblioteca Informe de encuesta	Encuesta Verificación documental	De acuerdo a la encuesta realizada a una muestra aleatoria de 10 alumnos se verifica que tienen acceso a los servicios bibliográficos tanto físico y virtual, dentro del horario establecido.

MACROPROCESO: 13 ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Jean Neil Hernández Angulo
Fecha:	27/06/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Patología y Laboratorio Clínico, Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • T.M. Carlos Villa Sono • T.M. Bladimiro Mercado Seancas
Código del Estándar:	ADT

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
ADT 1-1	0	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con normas y guías de procedimientos en el Servicio de Laboratorio, pero éstos no se encuentran aprobados con resolución directoral. En el Servicio de Diagnóstico por Imágenes no se cuenta con manual de procedimientos.
ADT 1-2	2	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnostico	Verificación / Revisión de documentos	Existe evidencia documentaria (Informes) de programas de control de calidad tanto en Laboratorio como en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
ADT 2-1	2	Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos definidos	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con guía de procedimiento en el Servicio de Laboratorio donde se considera los tiempos para la entrega de resultados en C. Externa, Emergencia y Hospitalización.
ADT 2-2	2	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registro en el sistema Informático de laboratorio de la recepción o toma de muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido Historia Clínica	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica en el Sistema Informático del Servicio de Laboratorio el tiempo transcurrido entre la solicitud, recepción de la muestra y la entrega del resultado para el último trimestre.

ADT 3-1	1	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes	Verificación / Revisión de documentos	Solo el Servicio de Laboratorio cuenta con Indicadores de Calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos (Exámenes de Laboratorio). El Servicio de Diagnóstico por Imágenes no cuenta con dichos indicadores de calidad.
ADT 3-2	2	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de Calidad respecto a los procesos realizados	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con informes que evidencian la ejecución de la calibración de los equipos y el control de calidad de los procedimientos tanto en Laboratorio como en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
ADT 3-3	2	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos por cada servicio de apoyo.	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestra	Se cumplen las normas de bioseguridad en los procedimientos que implican riesgo para los pacientes (Exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos).
ADT 3-4	0	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Guía de Procedimientos para la producción de insumos y/o medicamentos	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con MAPRO para el control de calidad en el Servicio de Farmacia
ADT 3-5	0	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con evidencia documentaria del registro, análisis y adopción de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procesos en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
ADT 3-6	2	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo Informe de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	El personal del Servicio de Laboratorio se encuentra capacitado y se verifica el cumplimiento de las condiciones para la toma de muestra en una muestra aleatoria de 20 usuarios.



ADT 3-7	1	<p>Registro de eventos adversos en el servicio</p> <p>Informe trimestral de eventos adversos ocurridos en el servicio</p> <p>Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos en el servicio</p> <p>Evaluación del plan de implementación</p>	<p>Verificación / Revisión de documentos</p>	<p>Se evidencia el registro de las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, no se analizan y no se toman medidas correctivas para su disminución.</p>
---------	---	--	--	---

MACROPROCESO: 14 ADMISIÓN Y ALTA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Jean Neil Hernández Angulo
Fecha:	27/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Estadística e Informática, Unidad de Gestión de la Calidad - PAUS
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • Ing. Roy Celis Grandez • M.C. Katherine Sandoval Soria • Psic. Humberto Adolfo Castilla Cabello
Código del Estándar:	ADA

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
ADA 1-1	2	RD que aprueba el sistema de registro para el EESS según normatividad vigente	Verificación / Revisión de documentos Muestra	Se cuenta con un sistema de registro de historias clínicas físico y digital (SIGalen Plus) de acuerdo a la normativa
ADA 1-2	0	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de procedimientos	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con Manual de Procedimientos de la Unidad de Estadística e Informática
ADA 1-3	0	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Informe trimestral sobre los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros médicos	Verificación / Revisión de documentos	El proceso de recojo, archivo de historias clínicas/fichas no está documentado ni existe evidencia documentaria (Informes) donde se identifica los aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia.



ADA 1-4	2	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Se verifica que tanto el personal de las áreas involucradas (Admisión, C. Externa, REFCON) y el usuario externo conocen el sistema para la obtención y entrega de citas.
ADA 1-5	2	RD que aprueba el Plan de Capacitación del área a evaluar Informes de Capacitación al personal del área Entrevista al personal de admisión Capacitado en el área de administración.	Verificación / Revisión de documentos Entrevista Muestreo	Se verifica que el personal ha sido capacitado en el último año, para realizar las actividades en el Área de Admisión.
ADA 2-1	2	Libro de Ocurrencias sobre las identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión Encuesta al Usuario Externo sobre la Información brindada por el personal de admisión	Verificación / Revisión de documentos	El personal de admisión informa a los usuarios sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades de atención con enfoque intercultural a la PAUS.
ADA 2-2	2	Libro de Registro manual o electrónico de entrega de Citas a los pacientes	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica en el SIGalen Plus que la entrega de citas a los usuarios coincide con la programación de los servicios.
ADA 2-3	2	Estudio de Tiempos en Consultorio Externo Implementación de proyectos de mejora según resultados de estudio realizado	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con informe del tiempo de espera del usuario en Admisión y Consulta Externa y está acorde a lo esperado por la institución.
ADA 2-4	2	Libro de Registro de citas que no se efectivizaron Informe del análisis de libro de registro Implementación de proyecto de mejora	Verificación / Revisión de documentos	La Unidad de Estadística e Informática realiza periódicamente un informe con el análisis del porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acorde a lo establecido en la institución.
ADA 2-5	2	Libro de registro de manual o electrónico de citas atendidas en el EESS Informe y análisis de datos del libro de registro de citas	Verificación / Revisión de documentos	Se realiza el monitoreo de citas atendidas y se verifica el cumplimiento de la programación del rol del personal médico.
ADA 2-6	2	Libro de registro de manual o electrónico de citas atendidas en el EESS	Verificación / Revisión de documentos	Se realiza el monitoreo del porcentaje de reprogramación de citas, se verifica su



		Informe y análisis de datos del libro de registro de citas		cumplimiento y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.
ADA 2-7	2	RD que aprueba el Plan de Auditoría de Historia Clínicas del EESS Informe de Auditoría de Historias Clínicas según normatividad	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con informes que evidencia la realización de auditoría de la calidad de registro de las HCI y los resultados son los esperados.
ADA 2-8	2	Encuesta de satisfacción del usuario externo respecto a la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta Implementación de proyectos de Mejora	Verificación / Revisión de documentos	De la encuesta de satisfacción aplicado al usuario externo, se verifica que más del 80% de los usuarios se sienten satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.
ADA 3-1	0	Documento oficial que contiene el proceso de alta Informe de monitoreo del proceso de alta. Resultados de la aplicación de la Lista de chequeo en función al procedimiento.	Verificación / Revisión de documentos Observación	No se cuenta documentado el proceso de alta en los servicios de Pediatría/NEO, Gineco-Obstetricia, Medicina y Cirugía
ADA 3-2	1	Registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio Informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas ocurridos en el servicio. Evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con evidencia documentaria de las medidas correctivas adoptadas para la disminución de las estancias prolongadas por servicio (Pediatría/NEO, Gineco-Obstetricia, Medicina y Cirugía)
ADA 4-1	2	Documento oficial que contiene mecanismos para recojo de sugerencias o quejas en pacientes que han estado hospitalizados Mecanismos de escucha en pacientes hospitalizados implementados y accesibles.	Observación Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con Directiva Administrativa que establece los mecanismos para el manejo de reclamos, consultas y/o sugerencias en aquellos pacientes de alta que acuden a consulta ambulatoria.



MACROPROCESO: 15 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Jorge Elías Guevara García
Fecha:	27/06/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Seguros
Participantes de la Evaluación:	Obst. Sintya Huansi Arimuya (Responsable del Área de REFCON)
Código del Estándar:	RCR

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
RCR 1-1	0	Documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias Lista de chequeo según norma	Verificación/ Revisión de documentos Observación	El hospital no tiene documentado oficialmente (Aprobado con R.D.) el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe
RCR 1-2	1	Actas de reuniones y Acuerdos de coordinaciones para la contrareferencia de los pacientes a otros EESS. Registro de pacientes contrareferidos posterior al alta	Verificación/ Revisión de documentos	Se verifica documentación de las coordinaciones realizadas con otros servicios de atención ambulatoria regional y nacional. Sin embargo, no se cuenta con registro de pacientes contrareferidos para garantizar la atención posterior al alta.
RCR 1-3	2	Registro diario manual o electrónico del seguimiento de las referencias del EESS	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia mecanismo de seguimiento de las referencias las 24 horas a través del aplicativo REFCON.
RCR 1-4	2	Formatos de referencia Formatos de contrareferencia Servicios identificados, emergencia, consultorios externos, hospitalización apoyo al diagnóstico (laboratorio y rayos x),	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Se verifica la existencia de formatos impresos para las referencias y contrareferencias disponibles durante el horario de atención.
RCR 2-1	0	Rol de programación de personal a cargo del traslado del paciente en lugar visible.(chofer, personal asistencial)	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con rol del personal asistencial a cargo del traslado de los pacientes.
RCR 2-2	2	Lista de Chequeo : Unidad móvil para el traslado del paciente equipado según normatividad vigente	Observación Verificación/ Revisión de documentos	Se dispone de un servicio de transporte (Ambulancia) operativo,



		Rol de programación de choferes Libro de registro de operatividad de la unidad de transporte.		equipado y disponible las 24 horas
RCR 3-1	2	Informe de capacitación del personal responsable del SRCR o Certificados de capacitación en el SRCR Encuesta al personal responsable sobre el conocimiento de la NT del SRCR Informe o actas de reuniones para la identificación y análisis de aspectos críticos Informe mensual de avance y seguimiento del SRCR Proyecto de mejora implementados según resultados de análisis de aspectos críticos.	Muestreo Encuesta Verificación/ Revisión de documentos	El personal responsable de la tarea de referencia y contrareferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. Asimismo, se cuenta con actas de reuniones donde se realiza la identificación y análisis de los aspectos críticos en el SRCR.
RCR 3-2	2	Registro manual o electrónico de los casos referidos del EESS Informe del análisis de datos de casos referidos Informes mensuales de cumplimiento de indicadores de casos de referidos.	Verificación/ Revisión de documentos	Existen informes de cumplimiento del indicador de porcentaje de casos referidos y los resultados están de acuerdo a lo esperado por la institución.
RCR 3-3	2	Reporte diario que establece la cartera de servicios disponible de los EESS de referencia Registro manual o electrónico de las referencias de gestantes, puérperas y neonatos del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (gestantes, puérperas y neonatos) de casos de referidos.	Verificación/ Revisión de documentos	Existe documentación donde se verifica que las referencias realizadas a un establecimiento de mayor nivel de complejidad están de acuerdo a las necesidades del usuario
RCR 3-4	2	Registro manual o electrónico de las referencias y contrareferencias del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrareferidos	Verificación/ Revisión de documentos	Existe documentación que evidencia el cumplimiento de indicadores (Relación porcentual entre referencias y contrareferencias realizadas) y el nivel es el esperado por la organización.



MACROPROCESO: 16 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Gabriela García Gonzáles
Fecha:	02/07/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Farmacia
Participantes de la Evaluación:	Q.F. Yolly Pinedo Pinedo
Código del Estándar:	GMD

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GMD 1-1	2	Documento oficial de autorización de compra por el Comité institucional. Reporte de logística sobre compra de medicamentos Cuadro de necesidades de medicamentos según petitorio nacional. Cuadro anual de adquisiciones de medicamentos	Verificación / Revisión de documentos	Se hacen compras sobre la base del petitorio nacional, el cuadro de necesidades de medicamentos y son autorizadas por el comité de compras de la institución.
GMD 1-2	2	Verificación del SISMED, KARDEX de los medicamentos Informe de consumo de medicamentos y dispositivos médicos fungibles.	Verificación / Revisión de documentos	El Servicio de Farmacia cuenta con el SISMED e informes de consumo de medicamentos (Kardex).
GMD 1-3	2	Informe diario de consolidados de despacho de medicamentos e insumos Informe mensual de despacho de medicamentos e insumos	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica informe del consolidado diario de despacho y consumo mensual de medicamentos e insumos.
GMD 1-4	2	Lista de chequeo según manual de Buenas practica de almacenamiento de medicamentos	Observación con lista de chequeo.	Se observa el cumplimiento total de las buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos según normatividad.
GMD 1-5	2	Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica la existencia de un registro de prescripción de narcóticos y sustancias controladas.
GMD 2-1	0	Reporte de los indicadores de Buena Prescripción Informe de evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de prescripción	Verificación / Revisión de documentos	No cuenta con informe de evaluación mensual del cumplimiento del manual de buenas prácticas de



				prescripción de medicamentos.
GMD 2-2	0	Reporte de los indicadores de Buena dispensación . Informe de evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de dispensación	Verificación / Revisión de documentos	No cuenta con informe de evaluación mensual del cumplimiento del manual de buenas prácticas de dispensación de medicamentos.
GMD 2-3	0	Documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación Registros de los errores en la dispensación de medicamentos Informe análisis de casos Informe de implantación de medidas correctivas	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación ni registro de los errores en la dispensación de los medicamentos.
CMD 2-4	0	Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación Materiales y medios de información al usuario	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestreo	No se cuenta con documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación.
CMD 2-5	0	Registros de los errores en la Prescripción de medicamentos reportados por Farmacia. Informes de farmacia a jefes de servicio o departamentos. Informe de Jefes de Servicio con medidas correctivas.	Verificación / Revisión de documentos	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.
GMD 3-1	0	Reporte/ Informe mensual de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real de los medicamentos trazadores	Verificación / Revisión de documentos	No se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real.
GMD 3-2	0	Registro manual o electrónico de prescripciones no atendidas Informe de la implementación de medidas correctivas.	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con evidencia documentaria de la implementación de medidas correctivas para mejorar el porcentaje de prescripciones de medicamentos no atendidos.
GMD 3-3	2	Registro de stock de medicamentos e insumos Informe de monitoreo de existencias de Medicamentos e insumos	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica documentación que evidencia el monitoreo de las existencias de medicamentos e insumos para cautelar el



		Informe de implementación de medidas preventivas		normostock y prevenir su vencimiento
GMD 3-4	0	Informe de capacitación al personal de farmacia Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica que menos del 80% del personal ha sido capacitado sobre los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. No se cuenta con constancias o certificados de capacitación.
GMD 3-5	2	Reporte diario de Normostock en los servicios críticos del EESS Informe de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos en servicios críticos.	Verificación / Revisión de documentos	Se verificó documentación que evidencia la provisión de normostock en todos los servicios críticos.

MACROPROCESO: 17 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Doménica Fabiola Ruiz Vela
Fecha:	02/07/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Estadística e Informática
Participantes de la Evaluación:	Ing. Roy Celis Grandez
Código del Estándar:	GIN

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GIN 1-1	0	Actas de Reuniones del personal de las distintas áreas administrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de información con el equipo de Estadística e informática o su similar en el EESS	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con actas de reuniones entre el personal de las áreas administrativas y asistenciales donde se identifiquen las necesidades de información con el equipo de Estadística e Informática.
GIN 1-2	0	Requerimiento de necesidades de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informático	Verificación / Revisión de documentos	No se incorpora dentro del Plan Anual de Adquisiciones las necesidades del sistema



		Plan Anual de adquisiciones que incorpora las necesidades de equipamiento del sistema de información		de información de todos los procesos asistenciales y administrativos.
GIN 1-3	2	Base de Datos del Sistema de información manual o electrónico. Resultados de la encuesta al personal sobre su conocimiento del sistema de información del EESS	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	De acuerdo a la encuesta realizada, más del 80% del personal conoce el sistema de acopio manual (HIS) y/o automatizado (HCI electrónica) de información.
GIN 1-4	2	Reportes del último trimestre del sistema de información	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica que el sistema de información aplican descriptors nacionales de medicamentos, codificación CIE-10, y codificación CIP para procedimientos.
GIN 1-5	2	Informe de capacitación sobre gestión de la información del personal del área de EI Constancias o certificados de capacitación del personal del área de EI .	Verificación / Revisión de documentos	Se tiene más del 90% del personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.4
GIN 1-6	2	Documento de procedimientos oficial/MAPRO de la Unidad/área/Oficina de Estadística e Informática	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con norma técnica del MINSA que describe las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información.
GIN 1-7	2	Documento oficial/RD que aprueba el Sistema de gestión de la información Reportes del Sistema de gestión de la información del último trimestre	Verificación / Revisión de documentos	Se tiene implementado un sistema de gestión de la información
GIN 1-8	2	Reportes mensuales del monitoreo del sistema de gestión de la información de las Unidades orgánicas y funcionales Listado de unidades orgánicas y funcionales.	Verificación / Revisión de documentos	Existe evidencia documentaria del monitoreo de la información en más del 90% de las unidades orgánicas y funcionales.
GIN 2-1	2	Documento oficial que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos	Verificación / Revisión de documentos	Se identifican los aspectos críticos de la información (Actas de reuniones) y se elaboran proyectos de mejora en función a ello.



		críticos de la gestión de la información		
GIN 2-2	2	Documento oficial que contiene el método de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis) Reporte de productos de cada fase del método de gestión de la información. Informe de análisis de cada servicio O área, respecto al reporte del sistema de información	Verificación / Revisión de documentos	Se aplica método formal y permanente (Evaluación trimestral) de gestión de la información (recolección, procesamiento, análisis y evaluación de resultados).
GIN 3-1	2	Reportes, web, boletines, paneles y otros de Ei para los servicios y áreas del EESS Acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas	Verificación / Revisión de documentos	El hospital dispone de mecanismos de difusión de la información (página web, boletines y paneles). Asimismo, la oficina responsable convoca a reuniones de retroalimentación, cuando lo considera necesario, dirigidas a todo el personal.
GIN 3-2	2	Lista de participantes Documento de participantes Acta de reuniones para el análisis de la información difundida	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica que se cuenta con actas de reuniones para el análisis de información (Indicadores de Convenios de Gestión)
GIN 3-3	2	Información de proyectos de mejora continua de información actualizada del último año publicada en paneles, periódico mural, pagina web, etc. del EESS	Observación Verificación / Revisión de documentos	Se verifica que la información publicada en la página web, periódico mural está actualizada del último año.
GIN 3-4	0	Resultados de Encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de información	Verificación / Revisión de documentos	Actualmente, no se aplican encuestas para conocer la percepción del usuario interno, en los niveles operativos y estratégicos, respecto al manejo de la información.

MACROPROCESO: 18 DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Obst. Jean Neil Hernández Angulo
Fecha:	03/07/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, Central de Esterilización, Epidemiología y Salud Ambiental
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello • Lic. Enf. Liang Ning Choy Gómez • CPC. Jhonatan Cadenillas Hualinga
Código del Estándar:	DLDE

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
DLDE 1-1	0	Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria MINSA/OGE/VIGIA aprobada con R.M.N 1472-2002-SA/MINSA. MAPRO de Desinfección y Esterilización del establecimiento. Con RD. Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	No se cuenta con manual de desinfección y esterilización adaptado al nivel del hospital aprobado con R.D.
DLDE 1-2	2	MAPRO y/o Documento que los procedimientos de Limpieza y Desinfección de los ambientes. Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Se cuenta con un manual aprobado con R.D. que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes y es conocido por el personal.
DLDE 1-3	1	Existencia del Servicio de Central Esterilización, MOF - MAPRO con RD.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con el Servicio de Central de Esterilización (MOF) pero no se tiene un Manual de Procedimientos (MAPRO) aprobado con R.D. de dicho servicio.
DLDE 2-1	2	RD que aprueba el cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional Informe de supervisión al personal de servicio sobre medidas de protección de bioseguridad Lista de chequeo sobre bioseguridad al personal	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestra	Más del 90% del personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según las normas de bioseguridad.
DLDE 2-2	2	Lista de chequeo sobre el cumplimiento del Manual de	Observación con lista de chequeo	Se observa que la clasificación y descontaminación de los



		Desinfección y Esterilización (10 trabajadores)		materiales, equipos usados están de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección y esterilización aprobado a nivel nacional.
DLDE 2-3	2	MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad de acuerdo a la norma.	Revisión documentaria Observación con lista de chequeo	Se observa el empaque y esterilización del material/equipo de acuerdo al procedimiento establecido a nivel nacional.
DLDE 2-4	1	Lista de chequeo de cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfección y Esterilización (10 trabajadores)	Observación con lista de chequeo	Sólo se observa la aplicación de dos controles (Físico y Químico) en la esterilización de materiales y equipos. No se aplican controles biológicos).
DLDE 2-5	1	Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos Informe de supervisión Mensualizado del libro de registros de los procedimientos de esterilización.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Se cuenta con un registro manual de control de daños y pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización pero no se registra en cada proceso de esterilización.
DLDE 2-6	1	Libro de Registro manual o electrónico de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa informe mensual del registro	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con un registro electrónico de pérdidas y/o deterioros de enseres de cama y ropa pero no se cuenta con un informe mensual de dicho sistema de control.
DLDE 3-1	2	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional (10 trabajadores)	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se verifica que más del 90% del personal que realiza la recolección y lavado de la ropa Y enseres está debidamente protegido.
DLDE 3-2	0	MAPRO de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada aprobada con RD. Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Elaborar Manual de Procedimientos aprobado mediante R.D. para el tratamiento de ropa contaminada por el personal de lavandería.

DLDE 3-3	0	Libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería Informe mensualizado del libro/cuaderno de registros Informe de las medidas correctivas implementadas.	Verificación / Revisión de documentos	Implementar un libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería (Problemas en la entrega, oportunidad de los enseres de cama y ropa).
DLDE 3-4	0	Documento técnico de almacenamiento de cama y ropa de acuerdo a la normas vigentes Lista de chequeo del almacenamiento de los enseres de cama y ropa.	Observación con lista de chequeo Revisión documentaria	Elaborar Documento Técnico que establezca disposiciones específicas para el almacenamiento de cama y ropa.
DLDE 4-1	1	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones de los manuales de Salud Ocupacional y el de Manejo de Residuos sólidos hospitalarios Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de salud ocupacional y el manual de manejo de residuos sólidos	Verificación / Revisión de documentos Observación	Promover el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el 100% del personal que trabaja en las áreas críticas.
DLDE 4-2	2	MAPRO con RD que aprueba el Procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios Informe de supervisión del cumplimiento según la norma. Lista de chequeo del cumplimientos de los procedimientos establecidos según normativa	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo.	Se cuenta con Manual de Procedimientos aprobado con R.D. que establece los procesos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.
DLDE 4-3	2	Informe de las actividades del comité Actas de reunión del Comité de I.H. Informe de supervisión de los procesos de Limpieza.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con actas de reunión del Comité de IAAS y se verifica que existen informes de supervisión mensual de los procesos de limpieza.
DLDE 4-4	1	Encuesta de percepción al usuario interno y externo (10 usuarios). Informe de la Implementación de las mejoras. de acuerdo a los resultados de la Encuesta.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuantifica la percepción de los usuarios externos respecto a la limpieza del establecimiento.(Encuesta SERVQUAL y Encuesta de Satisfacción de la Atención del Parto) pero no se cuenta con informe de la implementación de mejoras de acuerdo a los resultados obtenidos.



MACROPROCESO: 19 MANEJO DEL RIESGO SOCIAL

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Psic. Humberto Adolfo Castilla Cabello
Fecha:	03/07/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Bienestar Social
Participantes de la Evaluación:	Lic. Elena Ortiz Ramírez
Código del Estándar:	MRS

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
MRS 1-1	1	documento oficial (RD) que aprueba el Sistema de Evaluación Socioeconómica institucional Manual de procedimientos para la evaluación socioeconómica aprobado con documento oficial (RD)	Revisión / Verificación de documentos	Se cuenta con R.D. que aprueba el sistema de evaluación socioeconómica del hospital (Resolución Directoral N° 136-2018-GRL-GRSL/30.37.03.01) Sin embargo, dicho sistema no está disponible las 24 horas del día.
MRS 1-2	1	Fichas de Evaluación socioeconómica Informe/Reporte mensuales de control de calidad de Fichas de evaluación socioeconómica	verificación / Revisión de documentos	Se realiza el control de las fichas de evaluación socioeconómica pero no de acuerdo a lo programado (mensualizado)
MRS 1-3	2	Equipos de Computación con internet Lista de chequeo para verificar el cruce de información con EsSalud y RENIEC	Observación con Lista de Chequeo Muestra	El Servicio de Bienestar Social cuenta equipo de cómputo y acceso a internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.
MRS 1-4	0	FESE aplicadas en las áreas de Consultorio Externo, Emergencia Apoyo al Diagnóstico, y Hospitalización	Verificación / Revisión de documentos	No se realiza evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de C. Externa y Apoyo al Diagnóstico. Sólo en Emergencia y Hospitalización.
MRS 2-1	2	Libro de registro manual o electrónico de Exoneraciones a población pobre y en pobreza extrema que no cuenta con SIS Informe de captación de pacientes pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS	Verificación / Revisión de documentos	Si cuenta con registro manual de exoneraciones a la población pobre y en pobreza extrema que no cuenta con SIS

MRS 2-2	2	Tarifario diferenciado del EESS Informe de verificación del tarifario del EESS adecuados a las políticas del MINSa	Revisión / verificación de documento	Se verifica que el tarifario institucional aprobado con Resolución Directoral N° 149-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01 se adecúa completamente a la política del MINSa
---------	---	--	--------------------------------------	--

MACROPROCESO: 20 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Lic. Enf. Johana Fabiola Barria Ramirez
Fecha:	04/07/2025
Servicios Evaluados:	Servicio de Bienestar Social
Participantes de la Evaluación:	Lic. Nut. Jhonny Mayk Soria Cordova
Código del Estándar:	NYD

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
NYD 1-1	0	RD que aprueba MOF y MAPRO de Nutrición de acuerdo a la normatividad vigente	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con Manual de Procedimientos del Servicio de Nutrición aprobado con R.D.
NYD 1-2	1	Plan de capacitación del servicio de nutrición y dietética Informes de Capacitación y listas de asistencia. Revisión de legajo.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con Plan Anual de Capacitación pero menos del 80% del personal de nutrición se capacitó durante el último año
NYD 1-3	0	Documento oficial que aprueba horarios de distribución de dietas según establecido Reportes de distribución de dietas	Verificación / Revisión de documentos Observación	No se cuenta con documento oficial que aprueba los horarios de distribución de dietas a los servicios.
NYD 1-4	2	Cada servicio Cuenta con la norma de manipulación de alimentos, Manual de Manipulación de alimentos oficial de acuerdo a normatividad vigente. Informe trimestral de supervisión de la	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se cuenta con Manual de Manipulación de Alimentos y éstas se aplican según lista de chequeo.



		manipulación de alimentos Lista de chequeo para verificar el Cumplimiento del Manual de Manipulación de Alimentos.		
NYD 1-5	2	RD que aprueba el Manual de Buenas practica de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles Lista de chequeo en función de la norma	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se cuenta con Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Víveres perecibles y no perecibles y se observa in situ su aplicación, según lista de chequeo
NYD 1-6	1	Cronograma de actividades de información al usuario sobre requerimientos nutricionales Cuenta con material de información (dípticos cartillas, etc.) Encuesta a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimientos nutricionales en relación a sus necesidades	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Se cuenta con documento que estable los mecanismos oficiales para la información y educación a los usuarios y sus familiares. Sin embargo, en la encuesta realizada a 10 individuos, no se obtuvo una respuesta afirmativa frente a ello.
NYD 2-1	0	RD que aprueba el Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.	Verificación / Revisión de documentos	El Servicio de Nutrición no cuenta con un listado aprobado con R.D. de los regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados en su composición.
NYD 2-2	2	Kardex de enfermería y Obstetricia en rubro de registro de dietas recibidas. Libro de registro de los menús del día y las indicaciones dietéticas Informe mensualizado del libro de registro Verificación en 10 Historias clínicas y Kardex.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo	Se verifica en 10 HCI que el personal de Enfermería/Obstetricia registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.
NYD 2-3	1	Informe diario de las visitas efectuadas por el profesional de nutrición a los pacientes con dietas especiales Encuesta a 10 pacientes.	Verificación / Revisión de documentos Encuesta	El personal de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. Sin embargo, no hay evidencia documentaria de ello (Reporte diario de visitas)
NYD 2-4	0	Buzón de quejas en áreas visibles Libro de registro manual o electrónico de quejas efectuadas por los usuario Informe mensualizado de las	Observación Verificación / Revisión de documentos	No se registra, cuantifica y analiza el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos.



		quejas efectuadas por el usuario Informe de implementación de medidas de mejora según el informe		
--	--	---	--	--

MACROPROCESO: 21 GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES

Establecimiento de Salud:	Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Evaluador:	Q.F. Lljahaira Elizabeth Vásquez Gatica
Fecha:	05/07/2025
Servicios Evaluados:	Unidad de Logística, Unidad de Control Patrimonial
Participantes de la Evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> • CPC. Alicia Brilly Amasifuen Robledo • CPC. Jaime Jesús Requejo Tapullima
Código del Estándar:	GIM

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica Utilizada	Sustento del puntaje/Comentarios
GIM 1-1	1	RD que aprueba los Líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con documento que establece las líneas de acción para planificar el requerimiento y adquisición de insumos y materiales pero que no está aprobado con R.D.
GIM 1-2	1	Plan Anual de Necesidades de bienes estratégicos por servicio incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones del EESS	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con un Plan Anual de Necesidades por servicios. Sin embargo, no se garantiza la calidad de insumos y materiales requeridos (Comité de evaluación de bienes estratégicos)
GIM 1-3	0	R.D que aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales Informe de implementación de las recomendaciones Lista de chequeo del cumplimiento del manual de buenas prácticas de almacenamiento.	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Insumos y Materiales aprobado con R.D.



GIM 1-4	0	R. D que aprueba el manual de procedimiento para el control de insumos y materiales Informe de implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén Lista de chequeo del cumplimiento del manual.	Verificación / Revisión de documentos	No se cuenta con MAPRO para el control de insumos y materiales en el área de distribución (Almacén)
GIM 2-1	2	Informe de requerimiento de bienes estratégicos de cada servicio Plan anual de adquisiciones Evaluación del Plan Anual de Adquisiciones Informe de los bienes adquiridos según el Plan Anual de Adquisiciones.	Verificación / Revisión de documentos	Existe evidencia documentaria que evidencia el cumplimiento de los procesos para el requerimiento de bienes estratégicos
GIM 2-2	2	RD que aprueba el MAPRO de la unidad de logística Lista de chequeo de cumplimiento de la norma vigente.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con MAPRO de la Unidad de Logística. Asimismo, se verifica el cumplimiento de los procesos de adquisición de insumos y materiales, según normativa.
GIM 2-3	1	Libro de registro manual o electrónico de entrega de insumos y materiales de acuerdo la programación de requerimientos Informe de evaluación del libro de registro de entrega de insumos y materiales.	Verificación / Revisión de documentos	Se cuenta con registro manual de entrega de insumos y materiales. Sin embargo, menos del 90% de las entregas están acordes a la programación de requerimientos.
GIM 2-4	1	Libro de registro manual o electrónico de opinión de técnicos en el proceso de la adquisición de insumos y materiales Informe de Auditorias de los procesos de adquisición. Lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Se verifica un registro manual de opinión de técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales. Sin embargo sólo se evidencia dicho registro en menos del 80% de los procesos.