

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Quillabamba, 29 de diciembre del 2022

OFICIO N° 01019 – 2022 - GR-CUSCO/ GRSC/ RSSLC-D.E.

Señor.

Mgt. CESAR JAVIER RAMIREZ ESCOBAR

Gerente Regional de Salud Cusco – GERESA

Asunto: Remito Informe de resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación de IPRESS Red de Servicios de Salud La Convención 2022.

De mi mayor consideración:

Previo un atento saludo, tengo a bien dirigirme a Ud., para hacerle llegar adjunto, el Informe N° 1076-2022-RSSLC-DE-DAIS/UGC, emitido por la Responsable de Unidad de Gestión y Calidad, en el que informa los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación de IPRESS Red de Servicios de Salud La Convención 2022.

Adjunto: cuarenta y cuatro (044) folio.

Agradeciendo por la atención que merezca el presente, aprovecho la oportunidad para expresar las consideraciones de estima personal.

Atentamente,

 GOBIERNO REGIONAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCION

M.C Alexis Armando Pro GII
MEDICO PEDIATRA
C.M.P 41410 R.N.E.33760
DIRECTOR EJECUTIVO

AAPG/DE
PDL/Sec.DE
C.c
Archivo

**Trabajemos
con
Integridad**

Dirección General Gamarra N° 100-La Convención – Cusco
TLF. 988-186160
Correo: mesadepartes@redsaludlaconvencion.gob.pe

“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Quillabamba, 27 de diciembre del 2022.

INFORME N° 1076 - 2022/ GR-DRSC-RSSLC-DE-DAIS-UGC.

ASUNTO : Informe de resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación de IPRESS Red de Servicios de Salud La Convención 2022.

A : Director Ejecutivo de RSSLC.
M.C. Alexis A. Pro Gil.

DE : Responsable de Unidad de Gestión y Calidad RSSLC.
Obst. Rosa M. Yaguno Yaguno

ATENCION : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria de la GERESA Cusco



Mediante la presente, es grato dirigirme a usted, para saludarlo y a la vez hacer de su conocimiento que en cumplimiento a la programación de actividades del Plan Táctico – Plan de Auto Evaluación de establecimientos de salud y de servicios médicos de apoyo de la Red de Servicios de Salud La Convención (RSSLC) aprobado bajo RD N° 312-22-RSSLC-DE/UGDPH y la RM N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”, documento técnico que considera al proceso de autoevaluación como la primera fase de acreditación de establecimientos de salud; así mismo, tiene como finalidad establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejora continua orientados a la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades prestadoras de servicios de las IPRESS del ámbito de la RSSLC.

En tal sentido se remite el presente informe los resultados obtenidos del proceso de autoevaluación en las IPRESS seleccionadas del ámbito de la RSSLC.

Dicho documento deberá ser emitido a la GERESA Cusco con atención a la dirección gestión de calidad en salud.

Agradeciendo la atención prestada, me suscribo ante Ud.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCION
Obst. ROSA M. Yaguno Yaguno
C.O.P. 1335

C.C. Arch:
MPP/muy



**RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN
DE LAS IPRESS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2022**

RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCION

Dirección Ejecutiva de la Red de servicios de Salud La Convención:

M.C Alexis Armando Pro Gil

Dirección de Atención Integral de Salud:

Obst. Yolden Orlando Salas Albino

Responsable del Proceso de Acreditación de Servicios de Salud:

Obst. Rosa María Yaguno Yaguno

Órganos desconcentrados de la RSSLC

- MR Maranura
- MR Kiteni
- MR Santa Ana
- MR Palma Real
- MR Querllouno
- MR Pucyura

Responsable de la Elaboración del Documento:

Obst. Rosa María Yaguno Yaguno

Obst. Mirtha Chávez Palacios

Lic. Enf. William Luque Díaz

Lic. Enf. Matilde Quispe Yana

Apoyo Informático

Ing. Richard Nicolay Tapia Victorio

Colaboradores del proceso de Autoevaluación.

MR Quellouno

Equipo de Acreditación MR Quellouno

Lic. Enf. Luz Marina Huamán Damián

Obst. Luzaira Melendéz Guevara

Equipo de Autoevaluación MR Quellouno

C.S. Quellouno I-4:

M.C. Jose Luis Rocha Martinez

Obst. Maritany Lázaro Huamani

Obst. Denise Sotelo Huallpa

Obst. Bianca Follano Monterroso

Tec. Enf. Lourdes Marín Castillo

Tec. Enf. Violeta Ccalluco Pacco

C.S. Occobamba I-3:

M.C. Angela María Vertiz Ratterri

C.D. Edith Hernández Hernández

Lic. Enf. Yussi Curampa Usca

Ps. Karina Muñoz Montesinos

Téc. Enf. Carmen Quiza Condori

Obst. Fanny Tapia Paucara

P.S. Chinganilla I-1:

M.C. Stefany Burga Cachay

Obst. Williams Solis Toro

Tec. Enf. Clemencia Aguirre Salas

P.S. San Martín I-2:

M.C. Karen Elva Sánchez Ramirez

Lic. Enf. Fernando Victor Chagua Roman

Tec. Enf. Maribel Valderrama Paccori

P.S. Tupac Amaru I-1:

Obst. Marlitt Huayani Tocre

Lic. Enf. Mirian Achahui Cansaya

Tec. Enf. Marlene Palomino Tacuri

P.S. Estrella I-1:

M.C. Juan Carlos Quispe Medina

Obst. Washington Zaga Challco

C.D. Jose Luis Flores Marcavillaca

Lic. Enf. Marcela Arroyo Quesquen

Tec. Enf. Luz Marina Huamán Llamacchima

P.S. Huillcapampa I-2:

M.C. Kevin Roberto Matta Campos

Lic. Enf. Katya Miluska Panihuara Yampi

Tec. Enf. Armando Huamanguillas Venero

P.S. Chapo Boyero I-2:

M.C. Benjamin Rengijo Ramirez

Obst. Ana María Livias Ostos

Tec. Enf. Santusa Serrano López

P.S. Chirumbia I-1:

Obst. Silvia Rivas Oscco

Tec. Enf. Edita Champi Apaza

P.S. Matoriato I-1:

Tec. Enf. Daniel Huayta Mamani

MR Santa Ana

Equipo de Acreditación MR Santa Ana

M.C. Yoanna Ugarte Bohorquez

Obst. Gladislina Condori Cruz

Lic. Enf. Gladys Coayla Nova

Equipo de Autoevaluación MR Santa Ana

C.S. Santa Ana I-4:

Lic. Enf. Yesenia Tarco Monares

Q.F. Carlos E. Gutiérrez Lezama

Obst. Martha Cunurama Quispe

M.C. Yessi M. Luna Aramburu

P.S. Chahuares I-1:

Lic. Enf. Mayra N. Paucar Huamán

Téc. Enf. Berly A. Villasante Florez

C.S. Pavayoc I-3:

M.C. David Coanqui Pacori

Obst. Marlene Carpio Surco

Lic. Enf. Carlos J. Paucar Kcana

P.S. Potrero I-1:

Lic. Enf. Flor D. Apaza Achircana

Téc. Enf. Clorinda Letona Moroccolla

P.S. Huayanay I-1:

Lic. Enf. Mercedes Aquino Maquera

Téc. Enf. Angélica Sequeiros Mosqueira

Téc. Enf. Eugenia Dávila Sombiu

P.S. Idma I-1:

Lic. Enf. Yency Verónica Quispe Enríquez

Téc. Enf. Hilda Bezaño Tarco

P.S. Chacco I-1:

Lic. Enf. Norma Ccori Ccahua

Téc. Enf. Sonia Carrasco Yañez

Téc. Enf. Segundina Cascamaita Lopez

P.S. Pampa Concepción I-2:

M.C. Cristhian A. Ttito Salazar

Lic. Enf. Katherine Melissa Aragón Mora

Obst. María Rocio Susaya Solorzano

P.S. Echarate I-2:

M.C. Kevin Álvarez Cuno

Obst. Mery A. Collatupa Cabrera

Lic. Enf. Lisbeth Quiñones Loayza

C.M. Comunitario I-2:

M.C. Miguel Ángel Altamirano Gamarra

P.S. Elizabeth Guzmán Palma

Q.F. Blanca Mercado Figueroa

Lic. Enf. Catherine N. Caviedes Mayorga

MR Palma Real

Equipo de Acreditación MR Palma Real

M.C. Suzelly Soto Lima

Obst. Jojana Salas Lechuga

Lic. Enf. Ana Isabel Huamán Succso

Equipo de Autoevaluación MR Palma Real

C.S. Palma Real I-4:

Lic. Enf. Liz Guianira Fernandez Gonzales

Obst. Mari Carmen Palomino Manrique

Lic. Enf. Nayruth Paniura Poccori

Ps. Yovani Jaro Ugarte

Q.F. Juan Alcides Orccosupa Ccorimanya

Téc. Enf. Faustino Aguirre Moscoso

Blga. Carmen Rosa Torres Baca

P.S. Cirialo I-2:

Méd. Soralger Hernandez Caruto

Obst. Yoni Mamani Quispe

Lic. Enf. Nancy Ayala Dueñas

P.S. Kiribeni I-2:

Méd. Oshiro Janine Cayo Auccapuma

Obst. Adela Julia Mamani Pacheco

Téc. Enf. Aide Metaki Olivera

P.S. San Antonio I-1:

Obst. Griss Sesil Halanocca Ccacya

Lic. Enf. Clorinda Sulca Saire

Téc. Enf. Yaneth Ticona Orue

P.S. Ichiquiato I-1:

Lic. Enf. Mariel Gisela Huanca Panihura

Téc. Enf. Noemy Otero Aranibar

Téc. Enf. Abel Ccahuana Huaman

MR Maranura

Equipo de Acreditación MR Maranura

M.C. Elio Cueva Quillahuaman

Lic. Enf. Miluzka Yolanda Martinez Mejia

Obt. Teresa Velazquez Orosco

Equipo de Autoevaluación MR Maranura

C.S. Maranura I-4:

M.C. Goldie Antoni Zalazar Puma

Lic. Enf. Jessica Beizaga Aquino

Qf. Heydi Candelaria Paricoto Apaza

C.S. Santa Teresa I-4:

M.C. Delia Caceres Choquehuanca

Lic. Enf. Claudia Palomino Sotomayor

Obst. Diana Cabos Chico

Obst. Grisa Hidaia Saire Ancari

C.D. Pipper Chambí Guzman

Tec. Enf. Nohemi Molina Alcca

C.S. Huyro I-3:

M.C. Rayda Valeri Orccohuaranca

Choquemaqui

C.D. Geovana Maria Paucar Estrada
Lic. Enf. Lirio Lucero Luna Mayorga
Obst. Bettzi Estefanny Chavez Ventura
Tec. Enf. Flor Maria Toledo Suarez

P.S. Alfamayo I-1:

Lic. Enf. Ana Elisa Sotelo Silva
Tec. Enf. Carmen Rosa Castillo Saca
Tec. Enf. Sucy Molina Llanque

P.S. Amaybamba I-2:

M.C. Ana Milagros Pisfil Chafloque
Lic. Enf. Saida Quispe Enriquez
Obst. Erika Asturima Rojas

P.S. Huayopata I-1:

M.C. Guber Aucapuri Mamani
Lic. Enf. Eusebia Champi Cáceres
Tec. Enf. Nory Paullo Umeres

P.S. Uchumayo I-1:

Lic. Enf. Jusblani Pachrco Gonzales
Tec. Enf. Yulissa Roman Soncco
Tec. Enf. Judit Ccollana Sicus

P.S. San Pablo I-1:

Lic. Enf. Corina Ylla Huamanorcco
Tec. Enf. Nancy Tito Condori
Tec. Enf. Maria Quispicusi Huamani

P.S. Sullucuyoc I-2:

M.C. Xiomara Alithu Aznaran Bonilla
Lic. Enf. Diego Leiva Casafranca
Obt Miriam Flores Florez
Tec. Enf. Dina Montes Díaz

P.S. Totorá I-1:

Lic. Enf. María Elena Calsin Otazu
Tec. Enf. Raúl Zarate Quispe
Tec. Enf. Timotea Olarte Huaman

P.S. Santa María I-2:

M.C. Lucero Chamana Martinez
Lic. Enf. Deysi Milena Aspajo Calvo
Obst. Elsa Tito Flores
Tec. Enf. Elena Calliñaupa Layme
Tec. Enf. Yanet Quispe Ccanahuirí

MR Kiteni

Equipo de Acreditación MR Kiteni

M.C. Flerette Montes Atausinchi
Obst. Jenny Quispe Mamani
Lic. Enf. Maribel Kaibi Omenki

Equipo de Autoevaluación MR Kiteni

C.S. Kiteni I-4:

Q.F. Yohana Ore Zamora
Obst. Andrea V. Reyes Mena
Ps. Jorge Gamarra Sequeiros
C.D. Elflori Ricardo Rios Florez
Téc. Enf. Shelby Shirley Becerra Salas

C.S. Kepashiato I-3:

M.C. César Valdivia Alvarez
Obst. Luz Marina Quispe Condori
Lic. Enf. Roxana Inocente Cahuana
Lic. Enf. Erika D. Vicente Tasayco
C.D. Felipe L. Velasquez Flores
Téc. Enf. María Pizarro
Téc. Enf. Carmen Chaupi Tapia

P.S. Ivochote I-2:

M.C. Christian Guido Leva Condori
Obst. Lourdes Quispe Surco
Lic. Enf. Audry Yackelin Vargas Mamani
C.D. Patrick Hinojosa Sucasaire
Lic. Enf. Berleny Condori Romero
Téc. Enf. Gilmar Perlacios Gamarra

P.S. Kamanquiriáto I-2:

M.C. Julia Nieto Alejo
Lic. Marleny Huaman Torres
Obst. Victoria Cruz Pachao

P.S. Materiáto I-2:

M.C. Jorge Luis Yopez Cusihuaman
Lic. Norma Tarco Sumure
Obst. Gloria Cahira Titto

P.S. Yuveni I-2:

Mc. Deily Zenia Galiano Apaza
C.D. Adolfo Humberto Peñaloza Jaramillo
Obst. Elizabeth Cáceres Pérez
Lic. Enf. Margoth Toccas Nadal

Téc. Enf. Yeny Canal Saca

P.S. Chontabamba I-1:

Lic. Enf Lenin Custodio Salazar

Obst. Patricia Huallpa Mollo.

Téc. Enf. Rosa Castillo Huallpa

P.S. Selva Alegre I-1:

Obst. Vanesa A. Ochoa Ccanto

Lic. Enf. Rosa Maria Valencia Guevara

Téc. Enf. Vicente Sucari Quispe

P.S. Trio rio I-1:

Lic. Enf. Frine Zúñiga Coriza

Téc. Enf. Flor Magaly Bustamante Chicche

Téc. Enf. Gregorio Humeres Azorsa

P.S. Pangoa I-2:

Lic. Enf. Gladys Mendia Hermoza

Obst. Marco Antonio Marín Dávila

Téc. Enf. Eva Ccasani Laura

P.S. Pachiri I-1:

Obst. María Nazareth Sánchez Yucra

Téc. Enf. Carlos Muñiz Perez

P.S. Pugentimari I-1:

Téc. Enf. Marcelina Roque Chillasto

Téc. Enf. Alejandra Rojas Loayza

P.S. Saniriato I-1:

Téc. Enf. Elsa Hinojosa Surco

Téc. Enf. Delia Sihuinta Gonzales

Lic. Enf. Darwin Colque Mollo

Lic. Enf. Alexandra Marquina Calderon

Obst. Jackellyne Velasquez Gonzales

Téc. Enf. Mirian Quispe Flores

Téc. Enf. Nancy Ayma Guevara

Téc. Enf. Rosabel Ferro Rodriguez

P.S. Oyara I-1:

M.C. Aldair Paucar Ttito

Lic. Enf. Genara Ibarra Escalante

Obst. Edita Monroy Valencia

Téc. Enf. Eustaquio Umalla Puma

P.S. Paltaybamba I-1:

Obst. Angélica Minauro Challco

Lic. Enf. Valeria Loaiza Poccorimaylla

P.S. Pampaconas I-1:

Lic. Enf. Maribel Conde Calliñaupa

Téc. Enf. Raúl Ttito Apaza

P.S. Arma I-1:

Lic. Enf. Lucy Amache Huamán

Téc. Enf. Yeny Cabrera Quispicusi

P.S. Choquetira I-1:

Lic. Enf. Edson Arenas Vargas

P.S. Chancavine I-1:

Lic. Enf. Domingo Huanacune Huanacune

Téc. Enf. Sandra Quispe Gallegos

P.S. Ccarco I-1:

Lic. Enf. Margoth Pampamallco Jancachaclla

MR Pucyura

Equipo de Acreditación MR Pucyura

M.C. Carlos Huesemberg Farfán

Lic Enf. Rebeca Loayza Rojas

Obt, Aydee Mallma Altamirano

Equipo de Autoevaluación MR Pucyura

C.S. Pucyura I-4:

Med. Susana Rodriguez Sanchez

C.D. Daniel Atau Mollo

Lic. Enf. Angela M. Torres Flores

Téc. Enf. María Challco Corrales

C.S. Incahuasi I-3:

Contenido

- i. Colaboradores del proceso de Autoevaluación
- ii. Resumen
- I. Introducción.....
- II. Finalidad
- III. Objetivo.....
- IV. Alcance
- V. Normas
- VI. Marco conceptual:.....
- VII. Justificación del proceso de Autoevaluación para la Acreditación.....
- VIII. Metodología.....
 - 8.1 Criterios de priorización de Microrredes y Hospitales en el ámbito de la Red de Servicios de Salud La Convención.....
 - 8.2 Selección a nivel de órgano desconcentrado:.....
 - 8.3 Muestra No probabilística: Muestreo Intencional o de Conveniencia
 - 8.4 Puesta a disposición de Instrumentos, normas para el proceso de autoevaluación:.....
 - 8.5 Mejora de capacidades a los equipos de calidad, acreditación y autoevaluación.....
 - 8.6 De la ejecución del plan de evaluación interna:.....
- IX. Análisis de resultados.....
 - 9.1. Ámbito de Análisis.....
 - 9.2. Resultados del cumplimiento de los estándares a nivel de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de Salud a nivel Regional.
 - 9.3. Resultados del cumplimiento de los estándares a nivel de Establecimientos de Salud del segundo nivel de atención de Salud a nivel Regional.
 - 9.4. Resultados del cumplimiento de los estándares a nivel de Establecimientos de Salud del tercer nivel de atención de Salud a nivel Regional.
 - 9.5. Identificación de los macroprocesos críticos por niveles y Categorías.....
 - 9.6. Análisis de resultados a nivel de criterios y estándares de los tres niveles de atención y 06 categorías de atención de salud.....
- X. Ideas de oportunidades de mejora: Acciones /Proyectos de mejora.....
- XI. Conclusiones
- XII. Recomendaciones.....
- XIII. Bibliografía
- XIV. Anexos

ii. Resumen

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo según el marco normativo es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, aunado a estar considerado dentro como indicador de cumplimiento dentro de los convenios de gestión, para dicho efecto se estableció inicialmente la participación del 100% de las IPRESS de la red de servicios de salud La Convención (RSSLC) es decir la participación de los 76 establecimientos, pero se excluye los establecimientos de salud que no cumplen con señal de internet para garantizar la asistencia técnica correspondiente dichas IPRESS son en un número de 17 que pertenecen a la MR Camisea en su totalidad y un establecimiento de la MR Pucyura con los cuales fue muy difícil lograr la comunicación constante.

El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito la RSSLC, están por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, siendo el promedio general alcanzado de 52%.

I. Introducción

En la actualidad, la aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la institución en aras de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes. (BARRIOS.2014)

El desempeño en calidad se sustenta en la medición de resultados, de procesos y de la satisfacción de los pacientes y sus familias, y su meta es lograr la mejora continua. Existen muchos factores a considerar al momento de potenciar el desempeño con calidad, pero los esfuerzos deben orientarse a cómo se hacen las cosas, estandarizar procesos, acreditar servicios. Estas herramientas permitirán mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido por la población.

Seguir trabajando para mejorar la satisfacción del cliente externo, la relación con los pacientes y sus familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad. (BARRIOS.2014)

Por lo cual proceso de acreditación, debe ser de aplicación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Dicho proceso, alcanza a todos los niveles de complejidad en la prestación del servicio de salud, sin importar su naturaleza jurídica ni su pertenencia a alguno de los cuatro sub sectores de nuestro sistema de salud. Aún más, si nos basamos que el proceso de la acreditación busca estandarizar los procesos de entrega de la prestación de salud y que ésta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada sub sector; por tanto, debe reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación con calidad como uno de sus principios. (HNDAC.2018)

Todo proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares establecidos en la norma técnica. Esta brecha debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en los diferentes niveles de la institución de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva. Además, debemos considerar que este ejercicio periódico nos servirá de gran ayuda para alcanzar la acreditación. (HNDAC.2018)

Para iniciar el proceso de acreditación de las instituciones públicas como privadas, se debe realizar en primera instancia la autoevaluación, pues es la fase inicial del proceso de acreditación, en la cual las IPRESS cuentan con un equipo de evaluadores internos. Siendo el proceso de autoevaluación un reconocimiento del cumplimiento de los estándares, en base a la RM N° 456-2007/MINSA NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA Y SERVICIOS DE APOYO", siendo el elemento fundamental de mejoramiento de la calidad contenido en la acreditación, es el proceso de reflexión interna de la institución centrado en los resultados de la atención a los usuarios.

En el contexto de la norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo; sólo 04 establecimientos de salud está acreditados, como región Cusco a la fecha no se tiene registrado establecimiento alguno que aplique a la segunda fase de evaluación externa, a nivel de la red La Convención se logró aplicar el listado de estándares en 05 IPRESS cuyos resultados indicaban que se tenía que volver a realizar el proceso de autoevaluación.

Los involucrados en los procesos de gestión de calidad en salud, están conformados por todo el personal de una institución, quienes participan y colaboran para mejorar la calidad de sus servicios actividades y llegar a los objetivos planteados según el plan institucional; son designados mediante un acto resolutorio y conforman los equipos de acreditación y autoevaluación

Para el ejercicio fiscal 2022 se desarrolló la autoevaluación en 06 MR Santa Ana (10 IPRESS), Palma Real (05 IPRESS), Kiteni (13 IPRESS), Pucyura (10 IPRESS), Maranura (11 IPRESS) y Quellouno (10 IPRESS), que equivales a un total de 59 IPRESS intervenidas que representan el 77.6% del total de IPRESS intervenidas, lo que permitió identificar las falencias que se tiene como equipo de intervención como también las oportunidades de mejora; aún se tiene el mayor reto con la MR Kamisea , pues es una de las MR de acceso geográfico complicado y limitaciones en cuanto a la comunicación y señal de internet.

II. Finalidad

Contribuir con la provisión de servicios de salud del sector, cumpliendo los estándares y atributos de calidad a los usuarios en el ámbito de la red de servicios de salud La Convención.

III. Objetivo

Determinar el grado de cumplimiento de los macroprocesos, procesos, estándares y criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación de las IPRESS.

IV. Alcance

El proceso de los resultados de la autoevaluación está circunscrito a los establecimientos de salud de los órganos desconcentrados de la Red de Servicios de Salud identificados de la red de servicios de salud La Convención, para el presente año fiscal.

V. Normas

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud”
- R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”
- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- D.S. N° 035-2020-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021

VI. Marco conceptual:

Uno de los grandes problemas en los sistemas de salud de la región de las Américas es la gran segmentación y fragmentación del sistema, que obstaculiza el acceso a los servicios de salud de calidad; en ese marco el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptadas.

Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo define la Acreditación como, Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

El documento técnico, Sistema de Gestión de la Calidad, aprobado por el Ministerio de Salud en el año 2006, establece que el Proceso de Acreditación es parte del componente de Garantía y Mejora de la Calidad y está debidamente articulado con los tres componentes restantes (Planificación para la Calidad, Organización para la Calidad e Información para la Calidad).

En este contexto conceptual y normativo se estableció precisiones que permitan clarificar la relación del procesos de Acreditación con otros procesos previos y procesos inmediatos inferior, precisando dos procesos previos como el Inicio de Operaciones de los servicios de salud del sector con el respectivo registro "RENIPRES" y comunicación a la autoridad sanitaria Regional o Nacional con la respectiva supervisión de SUSALUD, en concordancia a sus atribuciones; seguidamente se gestiona el proceso de Categorización de los servicios de salud, a través de la autoridad sanitaria, quien refrenda con un acto resolutivo y es el punto de partida para efectos de poder implementar el Proceso de Acreditación, que a su vez comprende dos fases importantes (fase de autoevaluación y Evaluación Externa), para luego culminar en la Acreditación de los servicios de salud (Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo). (Anexo N° 01 y 02)

VII. Justificación del proceso de Autoevaluación para la Acreditación

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora, establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud", en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud, que es de carácter obligatorio una vez por año.

8.4 Instrumentos, normas para el proceso de autoevaluación:

- Resoluciones directorales para la conformación de los equipos de acreditación, evaluación interna
- Plan de Evaluación Interna.
- Modelos de formatos para la recolección de información a nivel de los Criterios de evaluación de los respectivos estándares. (Hojas de trabajo)
- Modelo de actualización de Normas que sustentan la aplicación de los estándares a nivel de criterio. (Listado de estándares y guía del evaluador)
- Instalación del aplicativo actualizado de Acreditación-MINSA-2021.

MR	N° de IPRESS	Fecha de socialización	Modalidad	Organiza	Responsable
MR Maranura:	11 IPRESS	05 de septiembre 2022.	Presencial	Equipo de acreditación de MR	Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno
MR Kiteni:	13 IPRESS	09 de septiembre 2022.			Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno y monitor Lic. Matilde Quispe Yana
MR Santa Ana:	10 IPRESS	13 de septiembre 2022.			Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno
MR. Quellouno:	10 IPRESS	30 de septiembre 2022.			Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno y monitor Lic. William Luque
MR Palma Real.	05 IPRESS	01 de octubre 2022.			Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno
MR Pucyura:	10 IPRESS	04 de octubre 2022.			Resp. De GC Obst. Rosa Yaguno y monitor Obs. Mirtha Chávez.

Cronograma de socialización de marco normativo del proceso de autoevaluación RSSLC 2022

8.5 Mejora de capacidades a los equipos de calidad, acreditación y autoevaluación, asistencia técnica presencial y virtual, durante todo el proceso de autoevaluación. Se establece un cronograma de socialización del proceso de autoevaluación con fechas propuestas por cada equipo de acreditación de cada Micro red, las cuales convocaron a las IPRESS bajo su jurisdicción, tal como sigue:

8.6 De la ejecución del plan de evaluación interna

Cronograma del proceso de Autoevaluación por fases de intervención:

AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCIÓN 2022		Set-22															Oct-22															
N°	Fase	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I	Organización	x	x	x	x	x	x	x	x																							
II	Autoevaluación									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
III	Informe Técnico																									x	x	x	x	x	x	x

Según cronograma establecido:

Fase de organización

- Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores internos con la participación del equipo de salud.

- Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal responsable del proceso de autoevaluación de cada IPRESS.
- La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas:
 - Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc)
 - Observación directa de los procesos que requieran
 - Entrevistas
 - Encuestas
 - Evaluación de registro de la Historia Clínica
 - El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes

Fase de autoevaluación:

- Aplicación o valoración de los estándares de manera presencial por el equipo de evolución interna.
- Registro de resultados en los formatos establecidos por cada IPRESS con los contenidos mínimos que exige la norma de Acreditación. Registro de Información al aplicativo de acreditación-MINSA.
- Registro de datos en el aplicativo de autoevaluación con el respectivo control de calidad y envío de la base de datos a la gerencia regional de Salud.

Fase de informe técnico:

- Desarrollo y envío del informe del proceso de autoevaluación.
- Control de calidad de los datos en la GERESA y desarrollo del informe de RRSSL.

IX. Análisis de resultados

9.1. Ámbito de Análisis:

- El total de 59 IPRESS incluidas en las 05 MR que pertenecen a la RSSLC, que fueron sujetos de evaluación interna con los estándares de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- El total de las IPRESS intervenidas son del primer nivel de atención y de categorías I-1, I-2, I-3 y I-4, ascienden a un total de 59 de 76 IPRESS, llegando a una cobertura un 78% de las mismas.

Cuadro N° 01

MR	MR SANTA ANA		MR MARANURA		MR QUELLOUNO		MR KITIHI		MR PUCYURA		MR CAMISEA		TOTAL IPRESS RSSLC	Total IPRESS priorizadas	% de IPRESS autoevaluadas
	Total	Priorizados	Total	Priorizados	Total	Priorizados	Total	Priorizados	Total	Priorizados	Total	Priorizados			
I-1	7	7	6	6	5	5	6	6	9	8	10	0	43	32	74%
I-2	5	5	2	2	3	3	5	5	0	0	4	0	19	15	79%
I-3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	6	5	83%
I-4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	8	7	88%
TOTAL RSSLC	15	15	11	11	10	10	13	13	11	10	16	0	76	59	78%

Del cuadro se desprende lo siguiente:

- Las IPRESS de categoría I-1, aún tienen un desfase de cobertura de 26%, faltando realizar el proceso de autoevaluación a 11 establecimientos, de los cuales 10 pertenecen a la MR Camisea (Puerto Rico, Sensa, Nueva Vida, Nueva Luz, Tangoshiari, Puerto Huallana, Camaná, Chocoriari, Montetoni y Cashiriari) y 01 establecimiento a la MR Pucyura (P.S. Lucmahuayco)
- Las IPRESS de categoría I-2, aún tienen un desfase de cobertura de 21%, faltando realizar el proceso de autoevaluación a 04 establecimientos, que corresponden a los establecimientos de la MR Camisea (Miaría, Nuevo Mundo, Shivankoreni y Timpia)
- Las IPRESS de categoría I-3, aún tienen un desfase de cobertura de 17%, faltando realizar el proceso de autoevaluación a 01 establecimiento, específicamente C.S. Kirigueti que pertenece a la MR Camisea.
- Las IPRESS de categoría I-4, aún tienen un desfase de cobertura de 12%, faltando realizar el proceso de autoevaluación a 01 establecimiento, específicamente C.S. Camisea de la MR Camisea.

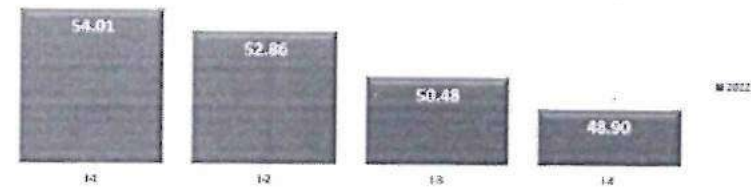
9.2. Resultados del cumplimiento de los estándares a nivel de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de la red de servicios de salud La Convención

- El puntaje global de las IPRESS autoevaluadas del al RSSLC del primer nivel de atención, llegan a un promedio general de 52.24% para el 2022.
- Del total de IPRESS autoevaluadas (59), las que pertenecen a las categorías I-1, I-2 y I-3 están por encima del 50% de promedio general, por lo que debemos de levantar la información dentro de los 09 meses según marco normativo.
- Las IPRESS de la categoría I-4 obtuvieron un resultado promedio inferior al 50% dentro de ellos es el C.S. Quellouno obtuvo el menor resultado con 39.84%; sin embargo, el C.S. Sta. Ana, Sta. Teresa y Palma Real obtuvieron un resultado por encima del 50%.

Resultado General



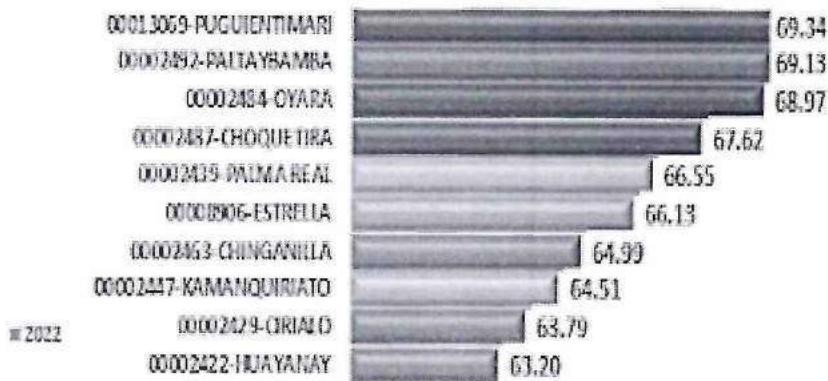
Resultado por Nivel y Categoría de EE.SS y SMA



Resultado a nivel de Macroprocesos

- Dentro de las IPRESS autoevaluadas, las 10 IPRESS con mayor porcentaje obtenido entre el 63.20% y 69.34% en el proceso de autoevaluación, 07 pertenecen a la categoría I-1 siendo el P.S. Puguentimari que obtuvo el 69.34% al máximo porcentaje, 02 a la categoría I-2 que pertenece al P.S. Kamanquiriato y Cirialo, finalmente 01 a la categoría I-4 que pertenece al C.S. Palma Real.

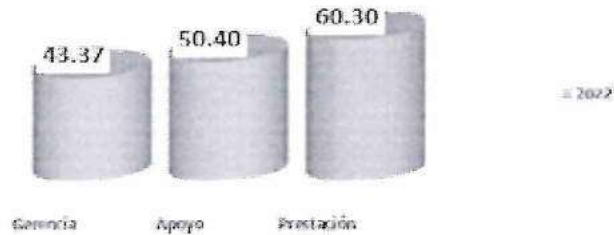
Resultado, TOP TEN



- Los resultados obtenidos a nivel de las tres categorías (Gerencial, prestacional y de apoyo) siendo la de prestación que muestra mayor desarrollo de actividades por encima del 60%, seguido de las de apoyo llegando al 50.40% y finalmente son los macroprocesos gerenciales los que muestran menor desarrollo obteniendo un 43.37%; sin embargo, para poder desarrollar los procesos prestacionales necesitamos de proceso gerencial que nos ayude a guiar en cuanto a las actividades a realizar y queda como evidencia de lo realizado, siendo clara la diferencia encontrada.

Resultados del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación de los Establecimientos de la Red de Servicios de Salud La Convención 2022

Resultado a nivel de Categorías



- De los 22 macroprocesos evaluados 05 de ellos obtuvieron el menor porcentaje en cuanto a desarrollo de los mismos obteniendo entre 22.13 al 37.96%, 03 de ellos pertenecen a los macroprocesos gerenciales (Gestión de la calidad, Control de la gestión y prestación y Gestión de seguridad ante desastres) y 02 de apoyo (Gestión de equipo e infraestructura y Gestión de insumos y materiales); los criterios comprendidos en los macroprocesos identificados definirán las oportunidades de mejora las cuales marcaran las pautas para os proyectos de mejora a implementar de manera general a nivel de RSSLC e incluso de manera dirigida a nivel de IPRESS.

Resultados del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación de los Establecimientos de la Red de Servicios de Salud La Convención 2022

Resultado a nivel de Macroprocesos

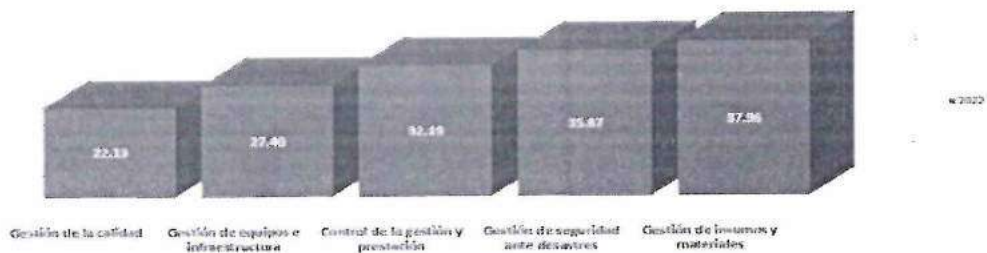


Gráfico N° 01

Resultados del proceso de autoevaluación (32 a 46%) RSSLC 2022

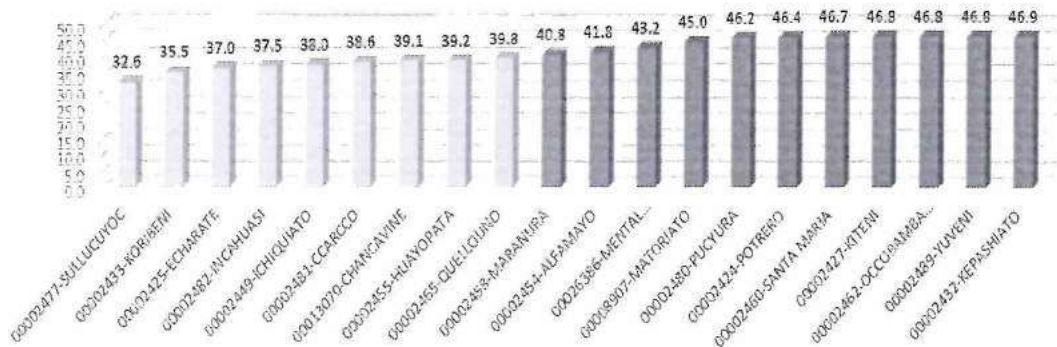
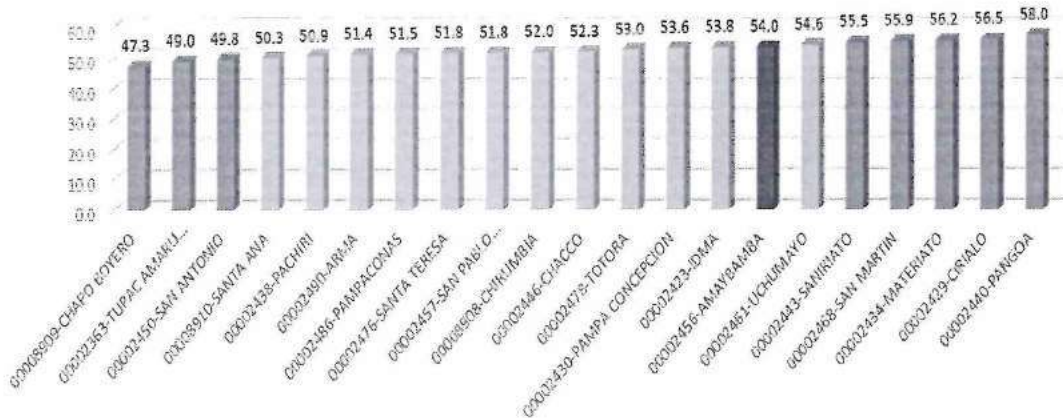


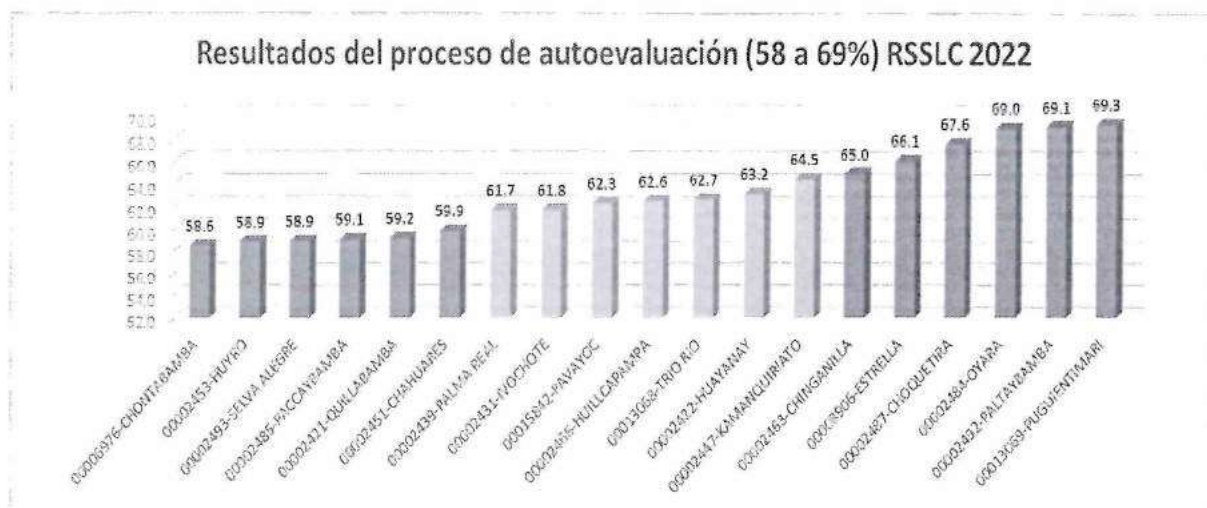
Gráfico N° 02

Resultados del proceso de autoevaluación (47 a 58%) RSSLC 2022



Del gráfico N° 01 y N° 02 desprendemos que 23 IPRESS están con un promedio porcentual de menos del 50% , ello representa casi el 40% de los establecimiento evaluados necesitan realizar nuevamente el proceso por no cumplir con los estándares mínimos que se debe cumplir para poder brindar la atención con calidad en el sector público.

Gráfico N° 03



Son 36 IPRESS que deben levantar las observaciones en un plazo de 9 meses para poder aplicar a ser un establecimiento que cumple con los estándares mínimos de calidad exigidos a nivel de Perú.

9.2.1. Resultados globales de autoevaluación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, categoría 1 (Gráfica N°01).

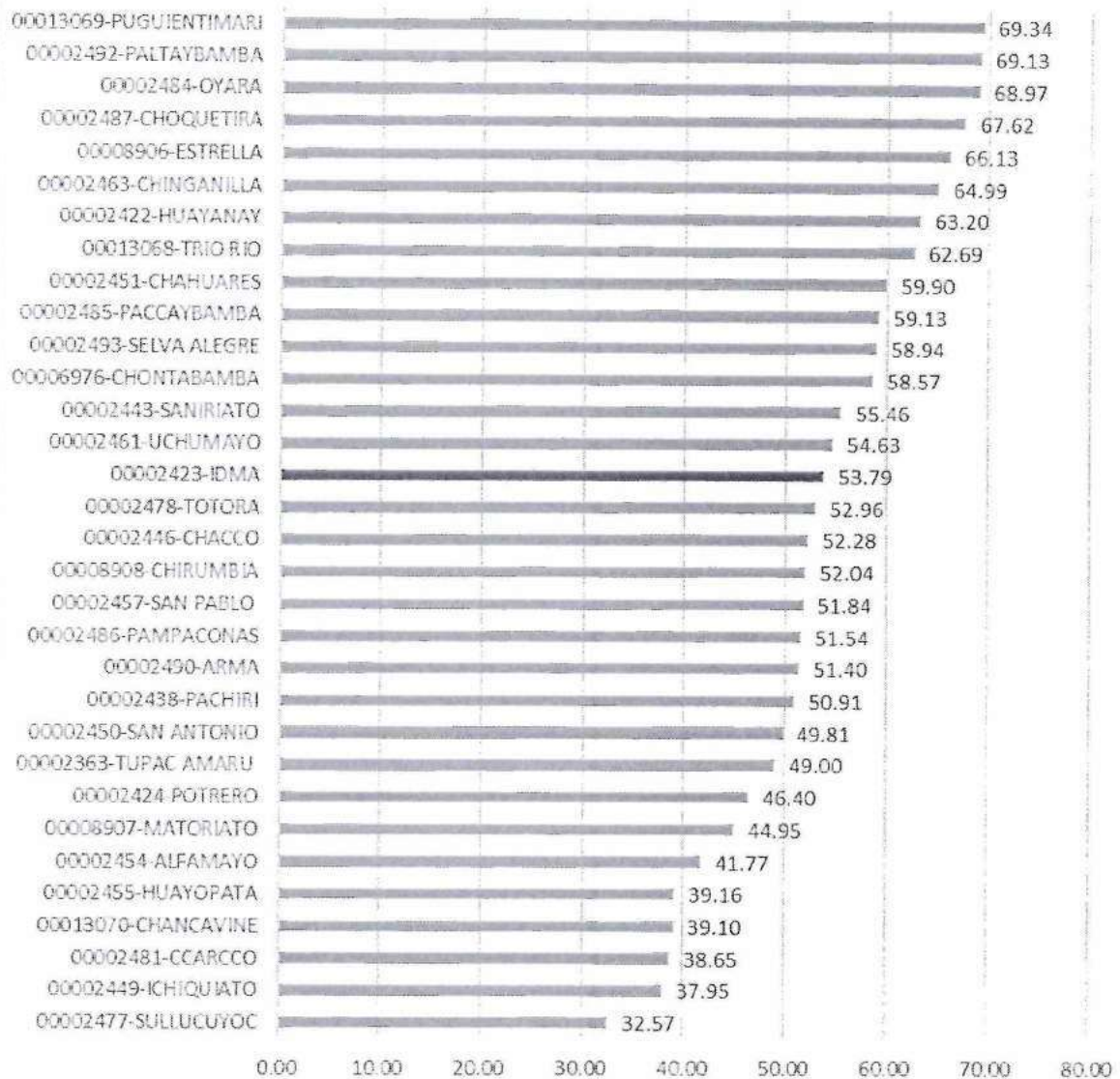
El total de Macroprocesos que son evaluados en el primer nivel de atención y categoría 1, son 18 de los 22 Macroprocesos existentes en concordancia a la norma nacional para la acreditación de Establecimientos de Salud (EE.SS) y servicios médicos de apoyo (SMA).

El total de IPRESS autoevaluadas del primer nivel de atención y categoría 1, fue en un número de 32 establecimientos intervenidos; que representa 74% de los establecimientos identificados, del mismo nivel y categoría, de la RSSLC.

Las categorías, macroprocesos, estándares y los criterios de evaluación son las mismas para todo las IPRESS del mismo nivel y categoría, por lo que es posible analizar de manera conjunta.

El promedio de los puntajes porcentuales finales alcanzados de los 32 establecimientos evaluados del primer nivel y categoría 1, fue 53.79%; con valor máximo fue del 69.34% que corresponde al P.S. Paltaybamba de la MR Pucyura y el Valor mínimo fue 32.95% que corresponde al P.S. Sullucuyoc de la MR Maranura; sin embargo, dichos resultados aún no fueron sujetos de constatación al detalle por parte del equipo de gestión de calidad de la MR/Red/GERESA, pero si se pretende enfatizar en la asistencia técnica y estandarizar los criterios de evaluación llegando a un gran porcentaje del personal de salud y poder tener datos que representen logros reales basados en el conocimiento del marco teórico y contraste con la realidad.

Gráfico N° 1
Resultados de la autoevaluación para la acreditación, IPRESS
de categoría I-1, RSSLC - 2022



Por otro lado, se puede apreciar en el gráfico correspondiente, que ninguna IPRESS alcanza al 85% de cumplimiento de estándares exigidos por la norma nacional de Acreditación; al contrario, se cuenta con 10 IPRESS por debajo 50% y 17 IPRESS por debajo del promedio 53.79% de las 32 IPRESS autoevaluadas.

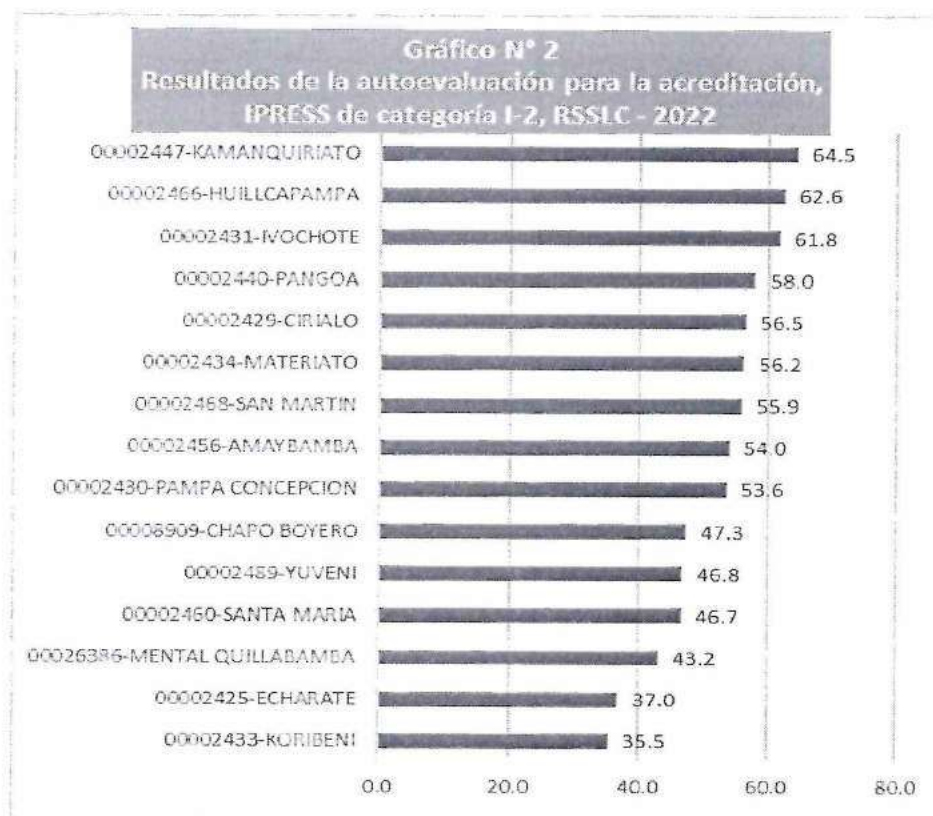
9.2.2. Resultados globales de los establecimientos de salud, de los Macroprocesos, del primer nivel, categoría 2, autoevaluados y la inferencia respectiva (Gráfica N°02).

El total de Macroprocesos que son evaluados en el primer nivel de atención y categoría 2, son 18 de los 22 Macroprocesos existentes en concordancia a la norma nacional para la acreditación de Establecimientos de Salud (EE.SS) y servicios médicos de apoyo (SMA).

El total de Macroprocesos que son evaluados, a través de la autoevaluación en el primer nivel de atención y categoría 2, son 15 de los 22 Macroprocesos existentes del sub sector público, en concordancia a la norma nacional para la acreditación de Establecimientos de Salud (EE.SS) y servicios médicos de apoyo (SMA).

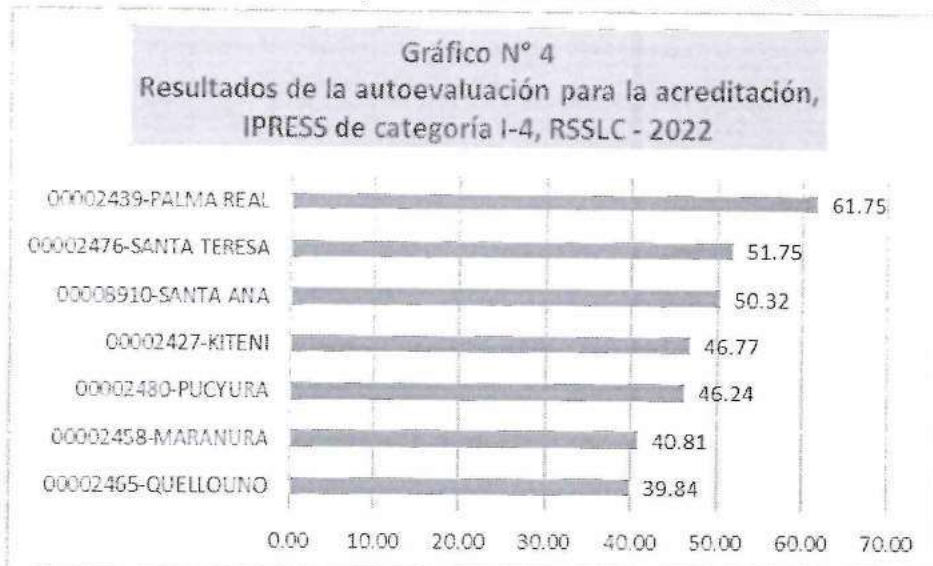
El promedio de los puntajes finales alcanzados de los 15 IPRESS del primer nivel y categoría 2, de manera porcentual, a nivel de los macroprocesos fue del 51.97% con un valor máximo fue del 64.51% que corresponde al P.S. Kamanquiriato de la MR Kiteni y un valor mínimo del 35.53% que corresponde al P.S. Koribeni de la MR Palma Real.

Por otro lado, se puede apreciar en el gráfico correspondiente, que ninguna IPRESS alcanza al 85% de cumplimiento de estándares exigidos por la norma nacional de Acreditación, al contrario, se cuenta con 06 IPRESS por debajo 50% y por debajo del promedio 53.61% de las 15 IPRESS autoevaluadas.



El promedio de los puntajes finales alcanzados de las 07 IPRESS del primer nivel y categoría 4, de manera porcentual, a nivel de los macroprocesos fue del 48.21% con un valor máximo fue del 61.75% que corresponde al C.S. Palma Real de la MR Santa Ana y un valor mínimo del 39.84% que corresponde al C.S. Quellouno de la MR Quellouno.

Por otro lado, se puede apreciar en el gráfico correspondiente, que ninguna IPRESS alcanza al 85% de cumplimiento de estándares exigidos por la norma nacional de Acreditación, al contrario, se cuenta con 04 IPRESS por debajo 50% de las 07 IPRESS autoevaluadas.



9.5. Identificación de los macroprocesos críticos por niveles y Categorías.

Cuadro N° 02

MACROPROCESOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS POR CATEGORÍA DE IPRESS DE LA RSSLC 2022

Nº	Cód. MP	Macroproceso	I_1	I_2	I_3	I_4	Nº de MP priorizados comunes
1	DIR	Direccionamiento	40,85	33,08	51,77	63,03	2
2	GRH	Gestión de recursos humanos	58,37	58,09	56,43	63,87	0
3	GCA	Gestión de la calidad	20,99	22,25	24,88	24,22	4
4	MRA	Manejo del riesgo de atención	65,69	62,35	61,95	56,43	0
5	GSD	Gest. De seguridad ante desastres	32,53	36,97	41,05	38,57	4
6	CGP	Ctrl. De la gestión y prestación	31,09	30,91	23,33	39,29	4
7	ATA	Atención ambulatoria	53,47	46,48	56,25	51,56	1
8	AEX	Atención extramural	65	62,35	67,06	59,34	0
9	ATH	Atención de hospitalización				45,81	1
10	EMG	Atención de emergencia	70,31	86,67	50	50,38	0
11	ATQ	Atención quirúrgica					
12	DIV	Docencia e investigación					
13	ADT	Atención de apoyo al diagnóstico			60,91	64,29	0
14	ADA	Admisión y alta	77,08	51,11	48,33	45,43	2
15	RCR	Referencia y contrareferencia	60,3	49,02	49,47	68,21	1
16	GMD	Gest. De medicamentos	72,77	72,73	73,33	69,71	0
17	GIN	Gest. De la información	52,5	51,52	53,53	47,06	0
18	OLDE	Descontaminación. Limpieza, de	55,94	44,28	46,36	34,39	3
19	MRS	Manejo de riesgo social	45,94	54	43,75	20,13	3
20	NYD	Nutrición y dietética					
21	GIM	Gest. De insumos y materiales	35,76	55,93	27,78	24,72	3
22	EIF	Gest. De equipos e infraestructura	41,41	30	20,71	19,33	4
Total de macroprocesos			7	8	8	9	32

En el cuadro N°02 podemos desprender lo siguiente:

- Se muestra la relación de los Macroprocesos, con su respectivo resultado, identificados, que se encuentran por debajo de la media de su respectiva categoría del EE.SS y distante al estándar mínimo exigido por la Norma Técnica de Acreditación, por otro lado se muestra los Macroprocesos críticos comunes para las diferentes niveles y categorías.
- De los 12 macroprocesos identificados como críticos, 07 de ellos corresponden a los establecimientos con categoría I-1 de los cuales 03 Macroprocesos son considerados críticos (GCA-Gestión de la Calidad, CGP-Control de la gestión y prestación y GSD-Gestión de seguridad ante desastres).
- En las IPRESS de categoría I-2 y I-3, ambos cuentan con 08 Macroprocesos críticos respectivamente, podemos apreciar que son 05 macroprocesos comunes de los cuales 03 Macroprocesos son considerados críticos (GCA-Gestión de la Calidad, EIF-Gestión de equipos e infraestructura y CGP-Control de la gestión y prestación).
- En las IPRESS de categoría I-4 cuentan con 09 Macroprocesos críticos, de los cuales 03 Macroprocesos son considerados críticos (EIF-Gestión de equipos e infraestructura, MRS Manejo de riesgos y GCA-Gestión de la Calidad).

9.6. Análisis de resultados a nivel de criterios y estándares de las 04 categorías de atención de salud.

De los 59 establecimientos de salud autoevaluados, se obtiene resultados con valoración "0" y se puede inferir lo siguiente:

- El 41% de los mismos cuentan con valoración "0" ello equivale a 254 estándares corresponden a la categoría de macroprocesos de apoyo; siendo los MP con mayor rango con valoración cero EFI, OLDE, MRS y GIM
- Se tiene un total de 244 estándares que representan el 39% a los macroprocesos gerenciales que obtuvieron una calificación de cero; de los cuales resaltan el macroproceso de GCA, GSD, MRA y CGP falta implementar estrategias que permitan
- Finalmente 123 estándares que equivalen a un 19% a los macroprocesos de apoyo.

Cuadro N° 03

Resultados de Macroproceso/Estándar/Criterio con resultado (0) - Autoevaluación RSSLC 2022			
Macroproceso/Estándar/Criterio		Cuenta de Respuesta (0)	%
Apoyo		254	41%
ADA	Admisión y alta	22	
ADT	Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	8	
OLDE	Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz.	51	
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	55	
GIM	Gestión de insumos y materiales	32	
GIN	Gestión de la información	20	
GMD	Gestión de medicamentos	20	
MRS	Manejo del riesgo social	33	
RCR	Referencia y contrareferencia	13	
Gerencia		244	39%
CGP	Control de la gestión y prestación	36	
DIR	Direccionamiento	10	
GCA	Gestión de la calidad	84	
GHH	Gestión de recursos humanos	10	
GSD	Gestión de seguridad ante desastres	63	
MRA	Manejo del riesgo de atención	41	
Prestación		123	19%
ATA	Atención ambulatoria	32	
EMG	Atención de emergencias	33	
ATH	Atención de hospitalización	42	
AEX	Atención extramural	16	
Total general		621	

Cuadro N°06.

De los 59 establecimientos de salud autoevaluados, se obtiene resultados con valoración "1" y se puede inferir lo siguiente:

- El 36% de los mismos cuentan con valoración "1" ello equivale a 235 estándares corresponden a la categoría de macroprocesos de apoyo; siendo los MP que mayor

desarrollo de actividades con valoración uno son ADA, OLDE, GIN y RCR; siendo el MP MRS de menor desarrollo.

- Se tiene un total de 277 estándares que representan el 42% a los macroprocesos gerenciales que obtuvieron una calificación de cero; de los cuales resaltan el macroproceso de GCA, GSD, MRA y CGP falta implementar estrategias que permitan
- Finalmente 148 estándares que equivalen a un 22% a los macroprocesos de apoyo; los de mayor desarrollo ATA,EMG,ATH

Cuadro N° 04

Resultados de Macroproceso/Estándar/Criterio con resultado (1) - Autoevaluación
RSSLC 2022

Macroproceso/Estándar/Criterio	Cuenta de Respuesta (0)	%
Apoyo	235	36%
ADA Admisión y alta	44	
ADT Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	12	
OLDE Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz.	42	
EIF Gestión de equipos e infraestructura	23	
GIM Gestión de insumos y materiales	19	
GIN Gestión de la información	32	
GMD Gestión de medicamentos	22	
MRS Manejo del riesgo social	5	
RCR Referencia y contrareferencia	36	
Gerencia	277	42%
CGP Control de la gestión y prestación	53	
DIR Direccionamiento	36	
GCA Gestión de la calidad	51	
GRH Gestión de recursos humanos	30	
GSD Gestión de seguridad ante desastres	43	
MRA Manejo del riesgo de atención	64	
Prestación	148	22%
ATA Atención ambulatoria	50	
EMG Atención de emergencias	38	
ATH Atención de hospitalización	35	
AEX Atención extramural	25	
Total general	660	

X. Oportunidades de Mejora Identificadas

La estructura del abordaje de la autoevaluación para la acreditación es: Categoría, Macroproceso, Estándar y Criterio de valoración (como se muestra en el cuadro N°03 y 04), las oportunidades de mejora se pueden deducir del análisis de resultados realizados previamente y para efectos de poder abordar específicamente.

La RSSLC se enfocará en los Macroprocesos y Estándares cuyos resultados no fueron óptimos priorizando su intervención en primera instancia los de valoración cero y posteriormente los de valoración uno, que corresponden a las diferentes categorías de atención y los respectivos órganos de apoyo.

Acciones /Proyectos de mejora Las ideas de las acciones o proyectos de mejora se resumen en el cuadro N°05

Cuadro N° 05

**PROPUESTAS DE OPORTUNIDADES DE MEJORA- EJERCICIO FISCAL 2023
AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LA RSSLC**

CATEGORIA	AREA/PROCESO	ESTANDAR	CRITERIOS	MEJORA CONTINUA/ IDEA	TIPO DE MEJORA	INICIO DE LA MEJORA (FECHA)	TIEMPO EN DIAS (CALENDARIOS)	RESPONSABLE
Apoyo	Gestión de equipos e infraestructura	El establecimiento cuenta con recursos humanos capacitados y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativa y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Plan de Mantenimiento de Infraestructura y Servicios Básicos Incorporados al POA	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Jefe de Administración
			El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ser fin durante el último año.	Personal responsable de mantenimiento de infraestructura y Equipamiento Capacitado	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Jefe de Conectividad
Apoyo	Gestión de Insumos y Materiales	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.	Personal responsable de mantenimiento de infraestructura y Equipamiento Capacitado	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Jefe de Administración
			Se realiza el requerimiento de bienes con tiempos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Personal responsable de mantenimiento de infraestructura y Equipamiento Capacitado	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Jefe de Administración
Apoyo	Gestión de Insumos y Materiales	Se tiene definida los mecanismos de almacenamiento y adquisición de insumos y materiales.	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de requerimiento de bienes estratégicos con acuerdos marco en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de).	Personal responsable de mantenimiento de infraestructura y Equipamiento Capacitado	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Jefe de Administración
			Se especifican los resultados de los indicadores relacionados de cobertura para los procedimientos administrativos y estos se ejecutan en los tiempos esperados.	Personal responsable de calidad/evaluación de ejemplos sanitarias	Acción de Mejora	02/04/2023	90	Resp. GC de NIA/Red
Gerencia	Control de la gestión y prestación	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación en acuerdo.	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación.	Plan de gestión de calidad, que incluye los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación.	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Resp. GC de Red
			Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución.	Personal responsable de DMS capacitado y capacitado.	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Resp. DMS de Red
Gerencia	Gestión de la calidad	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno e interno.	Acción de Mejora	02/09/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			En establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora.	Plan de mejora continua.	Acción de Mejora	02/09/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
Gerencia	Gestión de la calidad	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención prioritario producto de la implementación de los proyectos de mejora.	Implementación de proyectos de mejora continua, previo análisis y priorización de oportunidades de mejora.	Acción de Mejora	02/04/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno e interno.	Acción de Mejora	01/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno y externo a través de encuestas.	Acción de Mejora	01/02/2023	90	Resp. GC y Resp. de Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron quejas durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno en el establecimiento de salud.	Acción de Mejora	02/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de usuarios que presentaron queja la información recibida de la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno en consulta externa.	Acción de Mejora	02/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno en el establecimiento de salud.	Acción de Mejora	02/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos recibidos durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Levantamiento de la información de la satisfacción del usuario interno en el establecimiento de salud.	Acción de Mejora	02/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	Apertura de plataformas de atención del usuario.	Acción de Mejora	02/02/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
Gerencia	Gestión de la calidad	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y reclamos de los usuarios.	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los plazos.	Implementación de plataforma de atención de usuario externo.	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo.	Implementación de señalización en idioma/lengua de señas.	Acción de Mejora	02/01/2023	90	Resp. GC de MIA/Red de Red
			El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencias, consulta externa, hospitalización).	Implementación de los derechos de pacientes en zona de contacto como adhesivos.	Acción de Mejora	02/06/2023	90	Resp. GC de Red

XI. Conclusiones

1. El proceso de Autoevaluación es de carácter obligatorio y se puede mostrar su trascendencia en la generación de evidencias de la implementación y cumplimiento de los Estándares para la Acreditación, así como también nos orienta en las intervenciones administrativas y asistenciales, a través de la formulación e implementación de políticas, adecuación de normas, planes, programas, proyectos y acciones de mejora en el ámbito regional y local.
2. Se cuenta con los resultados de los establecimientos de salud de la RSSLC en estricta concordancia a la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y que representa el 78% de la totalidad de Establecimientos de salud fueron autoevaluados.
3. Los resultados del cumplimiento de los estándares en las cuatro categorías de atención del ámbito de la RSSLC, están por debajo de los puntajes exigidos por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

XII. Recomendaciones

1. La RSSLC y los órganos desconcentrados deben garantizar la autoevaluación del proceso de Acreditación de la totalidad de establecimientos de salud, bajo la conducción el área de gestión y Calidad Sanitaria o las que haga sus veces en el ejercicio fiscal 2023.
2. Promover la autoevaluación del otros sub sectores públicos y privados de la Región, bajo la conducción de la Dirección de gestión y Calidad Sanitaria o las que haga sus veces de la Gerencia Regional de Salud Cusco en el ejercicio fiscal 2022 en adelante.
3. Los resultados del año fiscal 2022 deben ser considerado como una línea de base para efectos de poder evaluar el progreso del cumplimiento de los estándares de acreditación de Establecimientos de salud del ámbito la RSSLC, bajo la responsabilidad directa de los directores ejecutivos y jefes de los establecimientos de salud.
4. Se debe priorizar la mejora de los resultados de cumplimiento de los estándares la MR Kamisea y Pucyura para el año fiscal 2023, bajo la responsabilidad directa de los directores ejecutivos y jefes de los establecimientos de salud.
5. El gran desafío es generar una nueva cultura, un cambio en el quehacer habitual.
6. Lograr optimizar los procesos y realizar nuestro trabajo con calidad, seremos capaces de disminuir los costos, no sólo financieros sino de tiempo, de recursos humanos, físicos, de equipamiento, y obtener más recursos que serán invertidos en más prestaciones. Así, propiciaremos la mejora continua de los procesos

XIII. Referencias Bibliográficas

Barrios Mariela F. [2014]. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014;30(2):179-183
<http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [HNDAC]. (2018). Autoevaluación y acreditación

<https://www.hndac.gob.pe/web-antigua/autoevaluaci%C3%B3n-y-acreditaci%C3%B3n.htm>
l

R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. Boletín del Diario El Peruano, 04 de junio de 2007.

R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”. Boletín del Diario El Peruano, 30 de mayo de 2006. [consultado 2021 dic 27]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/280089/251477_RM519-2006.pdf20190110-18386-plydyr.pdf

Resolución de Superintendencia N° 004-2021-SUSALUD/S Aprueban el “Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” Lima, 20 de enero de 2021-Perú. [consultado 2021 dic 27]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-para-el-registronacional-de-institu-resolucion-no-004-2021-susaluds-1921675-1/>

RM N°076-2014/MINSA, Guía técnica para la categorización de establecimientos de salud. Boletín del Diario El Peruano, 19 de febrero de 2014. [consultado 2021 dic 27]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200685/197446_RM076_2014_MINSA.pdf20180926-32492-5bgh6c.pdf

RM N°270-2009/MINSA. Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Boletín del Diario El Peruano, 23 de abril de 2009. [consultado 2021 dic 28]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391416/guia-tecnica-del-evaluador-para-laacreditacion-de-establecimientos-de-salud-y-servicios-medicos-de-apoyo.pdf>

XIV. Anexos

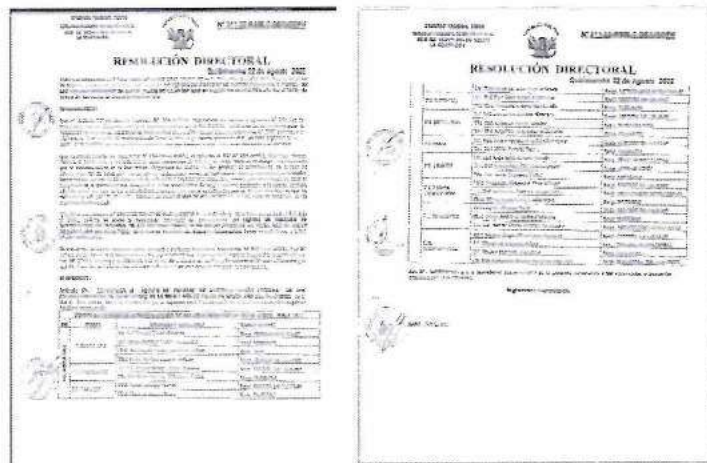
Anexo N° 01

Documento resolutivo de equipo de acreditación RSSLC 2022



Anexo N° 02

Documento resolutivo de conformación de equipos de autoevaluación RSSLC 2022



Anexo N° 03

Documento resolutivo de aprobación plan de autoevaluación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de la RSSLC 2022

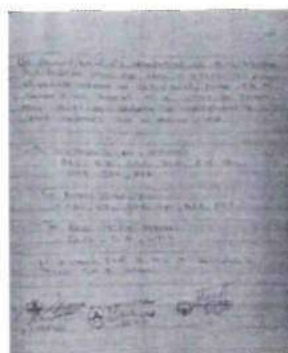


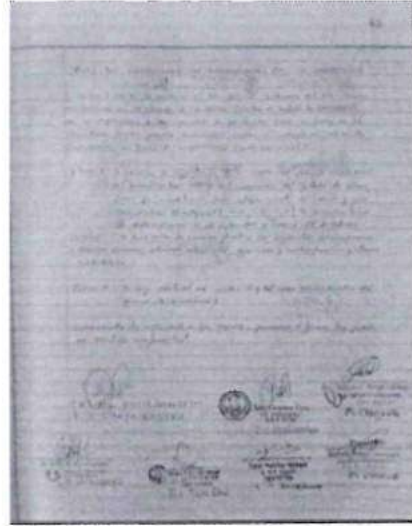
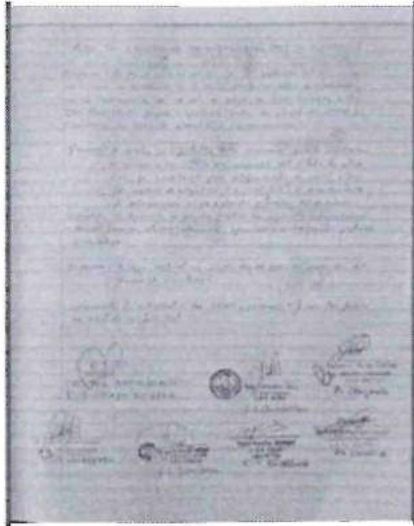
Anexo N° 04

Documento de inicio del proceso de autoevaluación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de la RSSLC 2022



Anexo N° 5 Acta de reunión de socialización del proceso de autoevaluación





Anexo N° 05
Resultado del proceso de autoevaluación de establecimientos de salud y servicios
médicos de apoyo de las MR Santa Ana de la RSSLC 2022

Establecimiento:		CANTÓN SANTA ANA							
Tipo de Establecimiento:	54	Autobusación							
Fase:	2022	2022							
Año:	2022	2022							
Período:	1	1							
MACROPROCESO									
	L.A. SANTA ANA								
Macroproceso	Atende y eval.	E	P	R	T	Total	Porcentaje	Ponderación	Puntuación
Desarrollo de servicios	3	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de emergencias	3	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de la salud	12	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de urgencia de atención	23	7	1	1	1	10	43.48	1.00	1.00
Atención de atención ambulatoria	13	2	1	1	1	5	38.46	1.00	1.00
Atención de la gestión y atención	16	5	1	1	1	8	50.00	1.00	1.00
Atención de atención	17	4	1	1	1	7	41.18	1.00	1.00
Atención de atención	18	7	1	1	1	10	55.56	1.00	1.00
Atención de atención	19	4	1	1	1	7	36.84	1.00	1.00
Atención de atención	20	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	21	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	22	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	23	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	24	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	25	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	26	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	27	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	28	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	29	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	30	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	31	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	32	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	33	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	34	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	35	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	36	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	37	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	38	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	39	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	40	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	41	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	42	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	43	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	44	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	45	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	46	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	47	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	48	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	49	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	50	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Total	364	128	12	12	12	164	45.05	1.00	164.00

Establecimiento:		CANTÓN SANTA ANA							
Tipo de Establecimiento:	54	Autobusación							
Fase:	2022	2022							
Año:	2022	2022							
Período:	1	1							
MACROPROCESO									
	L.A. SANTA ANA								
Macroproceso	Atende y eval.	E	P	R	T	Total	Porcentaje	Ponderación	Puntuación
Desarrollo de servicios	3	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de emergencias	3	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de la salud	12	1	1	1	1	4	100.00	1.00	1.00
Atención de urgencia de atención	23	7	1	1	1	10	43.48	1.00	1.00
Atención de atención ambulatoria	13	2	1	1	1	5	38.46	1.00	1.00
Atención de la gestión y atención	16	5	1	1	1	8	50.00	1.00	1.00
Atención de atención	17	4	1	1	1	7	41.18	1.00	1.00
Atención de atención	18	7	1	1	1	10	55.56	1.00	1.00
Atención de atención	19	4	1	1	1	7	36.84	1.00	1.00
Atención de atención	20	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	21	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	22	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	23	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	24	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	25	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	26	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	27	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	28	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	29	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	30	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	31	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	32	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	33	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	34	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	35	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	36	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	37	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	38	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	39	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	40	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	41	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	42	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	43	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	44	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	45	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	46	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	47	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	48	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	49	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Atención de atención	50	1	1	1	1	4	20.00	1.00	1.00
Total	364	128	12	12	12	164	45.05	1.00	164.00

Establecimiento: 00000222245704

Tipo de Establecimiento: 12

Fase: Autogestión

Año: 2012

Período: I

Macroproyectos	Actividad				Total	Total %	Punto Base por Mes (proy)	Desvíos (proy)	Punto Base (proy)	Desvíos (proy)		
	E	P	R	T							Total	Total %
Diseño urbano	9	1	4	0	14	12.18	37.68					
Servicio de consulta técnica	6	1	6	0	13	11.54	33.74					
Definición de la ciudad	6	1	6	0	13	11.54	33.74					
Manejo de riesgos de inundación	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Control de la gestión y previsualización	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Asesoría ambiental	16	4	7	1	28	24.63	73.44					
Asesoría económica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría de seguridad ciudadana	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría de emergencia	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría jurídica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Apoyo diagnóstico y operativo	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Admisión y alta	4	2	2	0	8	7.02	20.57					
Planificación y programación	0	1	1	0	2	1.75	5.14					
Servicio de medicación	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Servicio de atención	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Diseño de construcción LÍNEA 4	4	2	1	1	8	7.02	20.57					
Manejo de riesgo social	2	0	1	1	4	3.51	10.28					
Nutrición dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Servicio de insumos y materiales	5	2	2	1	10	8.75	25.28					
Control de equipos F	3	1	0	0	4	3.51	10.28					
Total	132	54	51	6	243	212.84	619.54					
Total	132	54	51	6	243	212.84	619.54					
Punto Base						200.04	576.71					

Establecimiento: 00000222245704

Tipo de Establecimiento: 11

Fase: Autogestión

Año: 2012

Período: I

Macroproyectos	Actividad				Total	Total %	Punto Base por Mes (proy)	Desvíos (proy)	Punto Base (proy)	Desvíos (proy)		
	E	P	R	T							Total	Total %
Diseño urbano	9	1	4	0	14	12.18	37.68					
Servicio de consulta técnica	6	1	6	0	13	11.54	33.74					
Definición de la ciudad	6	1	6	0	13	11.54	33.74					
Manejo de riesgos de inundación	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Control de la gestión y previsualización	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Asesoría ambiental	16	4	7	1	28	24.63	73.44					
Asesoría económica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría de seguridad ciudadana	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría de emergencia	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría jurídica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Apoyo diagnóstico y operativo	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Admisión y alta	4	2	2	0	8	7.02	20.57					
Planificación y programación	0	1	1	0	2	1.75	5.14					
Servicio de medicación	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Servicio de atención	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Diseño de construcción LÍNEA 4	4	2	1	1	8	7.02	20.57					
Manejo de riesgo social	2	0	1	1	4	3.51	10.28					
Nutrición dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Servicio de insumos y materiales	5	2	2	1	10	8.75	25.28					
Control de equipos F	3	1	0	0	4	3.51	10.28					
Total	113	46	41	6	206	179.96	505.48					
Total	113	46	41	6	206	179.96	505.48					
Punto Base						171.76	481.39					

Establecimiento: 00000222245704

Tipo de Establecimiento: 11

Fase: Autogestión

Año: 2012

Período: I

Macroproyectos	Actividad				Total	Total %	Punto Base por Mes (proy)	Desvíos (proy)	Punto Base (proy)	Desvíos (proy)		
	E	P	R	T							Total	Total %
Diseño urbano	9	1	4	0	14	12.18	34.23					
Definición de la ciudad	6	1	6	0	13	11.54	33.74					
Manejo de riesgos de inundación	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Control de la gestión y previsualización	4	1	2	1	8	7.02	20.57					
Asesoría ambiental	16	4	7	1	28	24.63	73.44					
Asesoría económica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría de seguridad ciudadana	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría de emergencia	1	1	0	0	2	1.75	5.14					
Asesoría jurídica	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Asesoría e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Admisión y alta	4	2	2	0	8	7.02	20.57					
Planificación y programación	0	1	1	0	2	1.75	5.14					
Servicio de medicación	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Servicio de atención	7	3	4	0	14	12.18	35.27					
Diseño de construcción LÍNEA 4	4	2	1	1	8	7.02	20.57					
Manejo de riesgo social	2	0	1	1	4	3.51	10.28					
Nutrición dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00					
Servicio de insumos y materiales	5	2	2	1	10	8.75	25.28					
Control de equipos F	3	1	0	0	4	3.51	10.28					
Total	113	46	41	6	206	179.96	505.48					
Total	113	46	41	6	206	179.96	505.48					
Punto Base						171.76	481.39					

Establecimiento: HOSPITAL GENERAL
Tipo de Establecimiento: S-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2022
Periodo: 1
MACROPROCESO: PATERNIDAD
Tabla de datos con columnas: Macroproceso, Referencia, E, P, R, S, Total, Puntaje Máximo por Macroproceso, Puntaje Obtenido por Macroproceso, Diferencia Máx. Macroproceso, Puntaje Máx. Proceso, Puntaje Obtenido por Proceso, Diferencia Máx. Proceso, Puntaje Máx. Unidad, Puntaje Obtenido por Unidad, Diferencia Máx. Unidad.

Establecimiento: HOSPITAL CHIGUATO
Tipo de Establecimiento: S-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2022
Periodo: 1
MACROPROCESO: PATERNIDAD
Tabla de datos con columnas: Macroproceso, Referencia, E, P, R, S, Total, Puntaje Máximo por Macroproceso, Puntaje Obtenido por Macroproceso, Diferencia Máx. Macroproceso, Puntaje Máx. Proceso, Puntaje Obtenido por Proceso, Diferencia Máx. Proceso, Puntaje Máx. Unidad, Puntaje Obtenido por Unidad, Diferencia Máx. Unidad.

Establecimiento: HOSPITAL SAN ANTONIO
Tipo de Establecimiento: S-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2022
Periodo: 1
MACROPROCESO: PATERNIDAD
Tabla de datos con columnas: Macroproceso, Referencia, E, P, R, S, Total, Puntaje Máximo por Macroproceso, Puntaje Obtenido por Macroproceso, Diferencia Máx. Macroproceso, Puntaje Máx. Proceso, Puntaje Obtenido por Proceso, Diferencia Máx. Proceso, Puntaje Máx. Unidad, Puntaje Obtenido por Unidad, Diferencia Máx. Unidad.

Anexo N° 06

Resultado del proceso de autoevaluación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de las MR Maranura de la RSSLC 2022

Establecimiento: HOSPITAL SAN ANTONIO
Tipo de Establecimiento: S-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2022
Periodo: 1
MACROPROCESO: PATERNIDAD
Tabla de datos con columnas: Macroproceso, Referencia, E, P, R, S, Total, Puntaje Máximo por Macroproceso, Puntaje Obtenido por Macroproceso, Diferencia Máx. Macroproceso, Puntaje Máx. Proceso, Puntaje Obtenido por Proceso, Diferencia Máx. Proceso, Puntaje Máx. Unidad, Puntaje Obtenido por Unidad, Diferencia Máx. Unidad.

Establecimiento: HOSPITAL SANTA TERESA
Tipo de Establecimiento: S-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2022
Periodo: 1
MACROPROCESO: PATERNIDAD
Tabla de datos con columnas: Macroproceso, Referencia, E, P, R, S, Total, Puntaje Máximo por Macroproceso, Puntaje Obtenido por Macroproceso, Diferencia Máx. Macroproceso, Puntaje Máx. Proceso, Puntaje Obtenido por Proceso, Diferencia Máx. Proceso, Puntaje Máx. Unidad, Puntaje Obtenido por Unidad, Diferencia Máx. Unidad.

Establecimiento: 2001008 PUCYURA
 Tipo de Establecimiento: 14
 Año: 2022
 Período: 1

Macroproceso	No operativos					Punto Máx. por Mes proceso	Punto Máx. por Mes proceso	Completo de 1 Mes proceso	Punto Máx. asignado	Punto Máx. asignado	Completo de 1 Mes proceso
	Atende a nivel	E	P	R	T						
Total	112	56	43	14	10	171,76	171,76	100,00	171,76	171,76	100,00

Establecimiento: 2000249 SCLC ALTOPILO
 Tipo de Establecimiento: 14
 Año: 2022
 Período: 1

Macroproceso	No operativos					Punto Máx. por Mes proceso	Punto Máx. por Mes proceso	Completo de 1 Mes proceso	Punto Máx. asignado	Punto Máx. asignado	Completo de 1 Mes proceso
	Atende a nivel	E	P	R	T						
Total	113	57	42	14	10	171,76	171,76	100,00	171,76	171,76	100,00

Establecimiento: 2001000 TRUCO
 Tipo de Establecimiento: 14
 Año: 2022
 Período: 1

Macroproceso	No operativos					Punto Máx. por Mes proceso	Punto Máx. por Mes proceso	Completo de 1 Mes proceso	Punto Máx. asignado	Punto Máx. asignado	Completo de 1 Mes proceso
	Atende a nivel	E	P	R	T						
Total	112	56	43	14	10	171,76	171,76	100,00	171,76	171,76	100,00

Anexo N° 09

Resultado del proceso de autoevaluación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de las MR Pucyura de la RSSLC 2022

Establecimiento: 2001008 PUCYURA
 Tipo de Establecimiento: 14
 Año: 2022
 Período: 1

Macroproceso	No operativos					Punto Máx. por Mes proceso	Punto Máx. por Mes proceso	Completo de 1 Mes proceso	Punto Máx. asignado	Punto Máx. asignado	Completo de 1 Mes proceso
	Atende a nivel	E	P	R	T						
Total	186	93	68	22	10	307,72	307,72	100,00	307,72	307,72	100,00

Establecimiento: 2001008 PUCYURA
 Tipo de Establecimiento: 14
 Año: 2022
 Período: 1

Macroproceso	No operativos					Punto Máx. por Mes proceso	Punto Máx. por Mes proceso	Completo de 1 Mes proceso	Punto Máx. asignado	Punto Máx. asignado	Completo de 1 Mes proceso
	Atende a nivel	E	P	R	T						
Total	164	82	60	20	10	274,34	274,34	100,00	274,34	274,34	100,00

