

COMPROMISO DE MEJORA

FORTALECIMIENTO DE LA
AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA
EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES
DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD,
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2022

ACTOS RESOLUTIVOS

- **EQUIPO DE ACREDITACIÓN**
- **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CARGO

8

Punchana, 29 de Agosto del 2022

OFICIO N° 4489 -2022-GRL-DRS-L /30.50

Señor

Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA
Gerente Regional de Salud Loreto
Presente

GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO	
SECRETARÍA	
Recibido por:	
Hora:	10:00 am
Fecha:	31 AGO 2022

ASUNTO REMITE RESOLUCIÓN EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle y al mismo tiempo comunicarle que, en el marco del proceso de acreditación de establecimientos de salud del MINSA, y en cumplimiento de compromisos de mejora, se le hace llegar las Resoluciones Directorales del Equipo de Acreditación y Equipo Autoevaluador del Hospital Regional de Loreto 2022.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTÍN BACCA PINTO
CMP N° 36660 - RNE 28563
Director General

Cc.
Archivo
MMBP/JGGA/HAC



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ...

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

N° 155 - 2021-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Visto, el expediente N° 6196-21 derivado por la Dirección General a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico conteniendo el Oficio N° 076-2021-GRL-DRS-L/30.50.06 mediante el cual la Oficina de Gestión de la Calidad solicita aprobación con R.D. para la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", señalan que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

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

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los Principios, Normas, Metodologías y Procesos para la implementación del Sistema mencionado, orientado a obtener resultados para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tiene como finalidad: Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud, cual sea su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre los estándares previamente definidos, con el objeto de que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios, promoviendo una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad;

Que, con Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene por finalidad "Estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Firma]
Bach. Derecho Lilia Susana Rangel Del Castillo
Fedatario Suplente
Reg. N° _____ Fecha 18 NOV 2021



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ...

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Nº 155 - 2021-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Que, el artículo 27º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Resolución Ejecutiva Regional Nº 728-2015-GRL-P, ratificado con Ordenanza Regional Nº 008-2016-GRL-CR, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente con la participación activa del personal para la cual tiene asignada varias funciones entre ellas e) Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones mencionado, en su Segunda Disposición Complementaria establece: El Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" podrá establecer los Comités y/o Comisiones Permanentes o Temporales según sea el caso, necesarios para la dinámica e interrelaciones de coordinación de los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, con Informe Técnico Nº 009-2021-GRL-DRS-L/30.50.06, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, sustenta técnicamente que es necesario la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Sub Dirección, y;

En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ejecutiva Regional Nº 041-2021-GRL-GR, que designa a la Directora General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar, la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", con los responsables de los Órganos y/o Unidades Orgánicas según el siguiente detalle:

1.1.- Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto

Nº	CARGO ESTRUCTURAL	CARGO EN EL EQUIPO
1	Director(a) General	Presidente
2	Jefe(a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Miembro
3	Jefe(a) del Departamento de Enfermería	Miembro
4	Jefe(a) del Departamento de Ginecología y Obstetricia	Miembro
5	Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad	Miembro

Pág. 02 de 03

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Bach. Doretha Lilia Solís de Castañeda Del Castillo
Fidatario Suplente
Reg. Nº _____ Fecha 18 NOV 2021

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

N° 155 - 2021-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Artículo 2°.- Notificar, la presente resolución a los miembros que conforman el Equipo, a efectos de que tomen conocimiento, y deberán presentar en el más corto plazo su Plan de Trabajo.

Artículo 3°.- El Equipo Conformado tendrá una vigencia de dos (02) años a partir de la fecha de aprobada la Resolución y los servidores que lo conforman, seguirán percibiendo sus remuneraciones de acuerdo a los dispositivos legales vigentes.

Artículo 4°.- Encargar a la Sub Dirección General y la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el Seguimiento y Monitoreo de los Equipos aprobados en el artículo 1°.

Artículo 5°.- Encargar, a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese;



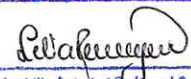







 Ing. D. S. VALVERDE
 C.M.P. 63965 / R.N. 1747
 Directora General

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


 Bach. Derecho Lilia Soledad Rodríguez Del Castillo
 Fedatario Suplente
 Reg. N° _____ Fecha **18 NOV 2021**

JRV/PPT/BE/EP/DJ/CM/RGO/CO/JZG/mmrh.

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Visto, el expediente Nº 6196-21 derivado por la Dirección General a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico conteniendo el Oficio Nº 076-2021-GRL-DRS-L/30.50.06 mediante el cual la Oficina de Gestión de la Calidad solicita aprobación con R.D. para la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 "Ley General de Salud", señalan que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo Nº013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2º define el termino acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, con Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los Principios, Normas, Metodologías y Procesos para la implementación del Sistema mencionado, orientado a obtener resultados para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº456-2007/MINSA, se aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tiene como finalidad: Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud, cual sea su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre los estándares previamente definidos, con el objeto de que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios, promoviendo una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad;

Que, la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Sra. EVELYN TANNA PINEDO GÓMEZ
Fidatario Suplente

Reg. Nº 256 Fecha 05 OCT 2021





"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ...

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Nº 158 - 2021-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Que, con Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene por finalidad "Estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

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

Que, el artículo 27° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Resolución Ejecutiva Regional N° 728-2015-GRL-P, ratificado con Ordenanza Regional N° 008-2016-GRL-CR, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente con la participación activa del personal para la cual tiene asignada varias funciones entre ellas e) Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones mencionado, en su Segunda Disposición Complementaria establece: El Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" podrá establecer los Comités y/o Comisiones Permanentes o Temporales según sea el caso, necesarios para la dinámica e interrelaciones de coordinación de los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, con Informe Técnico N° 010-2021-GRL-DRS-L/30.50.06, la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, sustenta técnicamente que es necesario la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Sub Dirección, y;

En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 041-2021-GRL-GR, que designa a la Directora General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar, la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", con los responsables de los Órganos y/o Unidades Orgánicas según el siguiente detalle:

Pág. 02 de 04

HOSPITAL REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LOR.
"FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Sra. EVELYN TANXIA PINEDO GÓMEZ
Fidatario Suplente

R.º N.º 158... Fecha 05 OCT 2021

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

1.1.- Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Loreto

N°	CARGO ESTRUCTURAL	CARGO EN EL EQUIPO
1	Director(a) General	Presidente
2	Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad	Líder
3	Jefe(a) de la Oficina Ejecutiva de Administración	Miembro
4	Jefe(a) de la Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo	Miembro
5	Jefe(a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Miembro
6	Jefe(a) de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública	Miembro
7	Jefe(a) de la Unidad de Auditoría	Miembro
8	Jefe(a) de la Unidad de Garantía de la Calidad	Miembro
9	Jefe(a) de la Unidad de Atención al Ciudadano	Miembro
10	Jefe(a) de la Oficina de Estadística e Informática	Miembro
11	Jefe(a) del Departamento de Farmacia	Miembro
12	Jefe(a) de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo	Miembro
13	Jefe(a) de la Oficina de Seguros	Miembro
14	Jefe(a) del Departamento de Ginecología y Obstetricia	Miembro
15	Jefe(a) del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos	Miembro
16	Jefe(a) del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro
17	Jefe(a) del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación	Miembro
18	Jefe(a) del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Miembro
19	Jefe(a) del Departamento de Pediatría	Miembro
20	Jefe(a) del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro
21	Jefe(a) del Departamento de Enfermería	Miembro
22	Coordinador(a) de Enfermería del Servicio de Emergencia	Miembro
23	Coordinador(a) de Enfermería del Departamento de Ginecología y Obstetricia	Miembro
24	Coordinador(a) de Enfermería del Departamento de Medicina	Miembro
25	Coordinador(a) de Enfermería del Departamento de Cirugía	Miembro
26	Coordinador(a) de Enfermería del Departamento de Oncología	Miembro
27	Coordinador(a) de Enfermería del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales	Miembro
28	Jefe(a) de la Unidad de Salud Ambiental	Miembro
29	Coordinador(a) de Obstetras	Miembro

Artículo 2°.- Notificar, la presente resolución a los miembros que conforman el Equipo, a efectos de que tomen conocimiento, y deberán presentar en el más corto plazo su Plan de Trabajo.

Artículo 3°.- El Equipo Conformado tendrá una vigencia de dos (02) años a partir de la fecha de aprobada la Resolución y los servidores que lo conforman, seguirán percibiendo sus remuneraciones de acuerdo a los dispositivos legales vigentes.

HOSPITAL REGIONAL DE SALUD - LORETO
"FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Sra. EVELYN MARÍA MEDO CÓMEZ
Fiduciaria Suplente



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ...

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

N° 158 - 2021-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCION DIRECTORAL

Punchana, 23 de Agosto del 2021.

Artículo 4°.- Encargar a la Sub Dirección General y la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el Seguimiento y Monitoreo de los Equipos aprobados en el artículo 1°.

Artículo 5°.- Encargar, a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese;



[Handwritten signature]

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS"
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Handwritten signature]

Sra. EVELYN TAYRA PINEDO GÓMEZ
Fedatario Suplente

Reg. N°... 256... Fecha 05 OCT 2021

JRV/PPT/BEPE/DJCM/RGO/CDJZG/mmrh.

PLAN

- PLAN DE AUTOEVALUACIÓN CON RD



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

14

Punchana, 17 de Octubre del 2022

OFICIO N° 4489/2022-GRL-DRS-L /30.50

Señor

Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA
Gerente Regional de Salud Loreto



Presente

ASUNTO: REMITE PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2022
ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA
DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA



*1 copia
- D. R.C.
- 15 minutos
- en octubre*

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar adjunto al presente, el Plan de Autoevaluación 2022 del Hospital Regional de Loreto.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"TÉCNICO LA IGLESIAS"
Dr. MIGUEL MARIANO SACCA PINTO
C.M.P. N° 36660 - RNE 28553
Director General

Cc.
Archivo
MMBP/JGGA/HAC



Punchana, 17 de Octubre del 2022



OFICIO N° 245 -2022-GRL-DRS-L /30.50.06

Señor

M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
Director General del Hospital Regional de Loreto



Presente

ASUNTO: REMITE PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2022
ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA
DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar adjunto al presente, el Plan de Autoevaluación 2022 del Hospital Regional de Loreto.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Dirección Regional de Salud-Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIETA ATIGLESÍAS"

Dra. HAYDEE APARADO CORA
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Cc.
Archivo
HAC/Flori

N° 120 -2022-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 31 de Marzo del 2022

Visto, el Memorando N°377-2022-GRL-DRS-L/30.50, emitido por la Dirección General conteniendo el Oficio N°061-2022-GRL-DRS-L/30.50.06, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N° 009-2022-GRL-DRS-L/30.50.06, presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral del documento denominado Plan de Autoevaluación y su cronograma 2022 – Hospital Regional de Loreto.



CONSIDERANDO:

Que, los **numerales I y II del Título preliminar de la Ley N° 26842 “Ley General de Salud”** que señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.



Que, la Ley N°27813 “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”, cuya finalidad es coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.



Que, la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP.V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.



Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.



Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico denominado “Política Nacional de Calidad”, en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

Que, La Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, cuyo objetivo es proporcionar, a las

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

autoridades sanitarias los criterios técnicos y metodológicos, para el proceso de categorización de establecimientos del Sector Salud, en su respectivo ámbito geo socio-sanitario.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado mediante Ordenanza Regional N°008-2016-GR-CR, en el Artículo 27° define a la Oficina de Gestión de la Calidad, como la Unidad Orgánica encargada de Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, en el Hospital Regional de Loreto, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignada las siguientes funciones: c) implementar las estrategias, metodológicas e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios f) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención, procedimientos de atención al paciente.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Ordenanza Regional N° 008-2016-GR-CR, en el Artículo 11°, literal c), menciona que dentro de las Atribuciones y Responsabilidades del Director General es expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia.

Con el visado de la Dirección, Sub Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas en el Resolución Ejecutiva Regional N° 414-2021-GRL-GR, de fecha 29 de Noviembre del 2021, que designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE AUTOEVALUACION Y SU CRONOGRAMA 2022- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", con un total de diez (10) folios que desarrolla ocho (08) ítems.

Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento y monitoreo del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y SU CRONOGRAMA 2022- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", para la implementación y aplicación del Plan autorizado en el artículo 1°, debiendo informar a la Dirección General sobre el desarrollo del referido Plan.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad de manera coordinada con la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Loreto.

Regístrese y Comuníquese

MMBP/JCGA/ MRAP /LLARI/ LAOT/HAC/ LUIA



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. MIGUEL MARTÍN BACCA PINTO
CMP N° 32690 - RNE 28563
Director General



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ♥

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

10



Dr. Loreto
Arriola Iglesias
A CALIDAD
SISTEMA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"



PUNCHANA – PERÚ

2022

Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 1



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con

9


ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	2
III.	ALCANCE	3
IV.	BASE LEGAL	4
V.	OBJETIVOS	5
VI.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	6
VII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	7
VIII.	EQUIPO DE EVALUACIÓN	8





"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con 

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios en materia de salud, pasando de modelos tradicionales a modelos autogestionarios.

El avance de la Tecnología Médica, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que responda a las necesidades que demanda el usuario.

Dentro del sistema, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad; siendo la Acreditación un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

Los estándares establecidos en el instrumento de Acreditación; permiten orientar la evaluación de aspectos determinantes de la prestación de salud, que influyen en el resultado de la prestación desde una perspectiva de calidad.

El proceso de autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", está a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados.

II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación dentro del proceso de Acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

En ese contexto, el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", considera de suma importancia desarrollar el proceso de autoevaluación con la aplicación de los diferentes macro procesos; que permitirá identificar nudos críticos y proponer acciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.

III. ALCANCE

La Autoevaluación se realizará en las Unidades/Servicios/UPSS del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", evaluándose todos los macro procesos de Acreditación del nivel III-1, según el listado de estándares de Acreditación.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de salud
- Ley N° 27815, Ley del código de ética de la función pública
- Ley N° 27813, Ley del sistema Nacional coordinado y descentralizado de salud.



- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Abril 2009.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 076-2014/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2".

V. OBJETIVOS

a) **Objetivo General:**

Mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

b) **Objetivos Específicos:**

- Realizar autoevaluación de los macroprocesos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".
- Identificar las fortalezas y debilidades del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", a través de la aplicación del listado de estándares para la acreditación.
- Promover los planes de mejora continua de la calidad.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación, lo realizará el equipo de evaluadores internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", quienes aplicaran el listado de estándares según categoría de las IPRESS, mediante, la observación, entrevistas, encuestas, revisión, auditorías, verificación, muestras, visitándose todos los servicios de los diferentes establecimientos de la jurisdicción de la micro red:

1. Reunión para la elaboración del plan
2. Identificación de macro procesos para cada servicio
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso
4. Desarrollo de la auto evaluación
5. Elaboración del informe final.

En el proceso de autoevaluación se realizarán coordinaciones permanentes con el equipo evaluador y los trabajadores de los diferentes establecimientos.



Con el análisis de los resultados de la actividad, obteniendo propuestas de mejora continua. El proceso de autoevaluación se realizará en coordinación permanente con el Equipo evaluador, de cada EE.SS., sin interferir con la atención a los usuarios.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", referencias, normativas y criterios de evaluación en función a los macro procesos por categorías de las IPRESS.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad de la DIRESA Loreto;

1. Reunión para la elaboración del plan.
2. Identificación de macro procesos para cada servicio.
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
4. Desarrollo de la auto evaluación.
5. Elaboración del informe final.

Composición de Listado de Estándares por Categorías			
Categoría	Macro procesos	Estándares	Criterios
I-1	17	38	113
I-2	17	45	132
I-3	18	52	196
I-4	19	60	254
II-1	20	68	328
II-2	21	70	341
III-1	21	70	342

RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
Nº	Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de la Calidad	3	22
4	Manejo del Riesgo de Atención	8	50
5	Emergencias y Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Asistencia ambulatoria	4	17
8	Atención extramural	4	13
9	Atención de hospitalización	7	26
10	Atención de emergencias	3	14
11	Atención Quirúrgica	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14	Admisión y alta	4	16
15	Referencia y contrareferencia	4	13
16	Gestión de medicamentos	3	15
17	Gestión de la información	3	14
18	Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19	Manejo del riesgo social	2	6
20	Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21	Gestión de insumos y materiales	2	8
22	Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL		75	361



Macro procesos que NO aplican según la Categoría y Naturaleza Jurídica de los Establecimientos de Salud

Nº	Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)	Macro procesos que no aplican
1	I-1	Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Apoyo Diagnóstico y Tratamiento
2	I-2	Manejo de Nutrición de Pacientes
3	I-3	Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación
4	I-4	Manejo de Nutrición de Pacientes Atención Quirúrgica Docencia e Investigación
5	II-1	Atención Extramural
6	II-2	
7	III-3	
8	Clínicas Privadas	Atención Extramural Docencia e Investigación Manejo de Riesgo Social
9	Hospitales EsSalud, FFAA y Policiales	Atención Extramural Manejo del Riesgo Social

VII. **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES** (Ejemplo o modelo a seguir): Trabajar los macroprocesos y estándares según corresponda a las categorías de las IPRESS. Tener en cuenta que la micro red/IPRESS/Hospitales son los responsables de la aplicación de la Autoevaluación en el 100% de las IPRESS de su jurisdicción).

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2022																
			MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Comité de Autoevaluación	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
2	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección de Calidad										x	x	x					
3	Reunión de presentación	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																x	
4	Solicitar aprobación del Plan de Autoevaluación e incluirlo en el POI	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																x	
5	Designación de responsables por cada servicio/Unidad/UPS	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																x	
6	Designación de responsables por cada macroprocesos	Comité de Autoevaluación del HRL																x	
7	Elaboración del cronograma de realización de la autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																x	
8	Difusión del cronograma a todos los servicios/Unidades/UPSS	Comité de Autoevaluación del HRL																x	
9	Informar el inicio de la autoevaluación a los servicios/Unidades/DIRESA	Comité de Autoevaluación del HRL																x	
10	Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																x	x
11	Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	x





"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con ❤️

4

12	Difusión de resultados	Comité de Autoevaluación del HRL																		X
13	Propuesta de recomendaciones	Comité de Autoevaluación del HRL																		X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

N°	Responsables por sub-proyectos	Macroprocesos	Equipos Evaluadores internos	de SETIEMBRE 2022				Responsable (s) Evaluado (s)
				1	2	3	4	
1	Lider:	Direccionamiento	1		X			
2		Gestión de recursos humanos	1		X			
3		Gestión de la calidad	1		X			
4		Manejo del riesgo de la atención	2		X			
5		Gestión de seguridad ante desastres	1		X			
6		Control de la gestión y prestación	1		X			
7		Atención ambulatoria	1		X			
8	Lider:	Atención de hospitalización	5			X		
9		Atención de emergencias	1			X		
10		Atención quirúrgica	1			X		
11		Docencia e investigación	1			X		
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1			X		
13		Admisión y alta	1			X		
14		Referencia y Contrarreferencias	1			X		
15		Gestión de medicamentos	1			X		
16	Lider:	Gestión de la información	1		X			
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1		X			
18		Manejo del riesgo social	1		X			
19		Nutrición y dietética	1		X			
20		Gestión de insumos y materiales	1		X			
21	Gestión de equipos e infraestructura	1		X				

VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN:

El equipo de gestión, los responsables de cada macroprocesos, los evaluadores internos y el personal que labora en la Micro Red/IPRESS, son los responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

N°	Responsables por sub-proyectos	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	SETIEMBRE				Responsable(s) Evaluador(s)
				1	2	3	4	
1	Líder:	Direccionamiento	1		X			
2		Gestión de recursos humanos	1		X			
3		Gestión de la calidad	1		X			
4		Manejo del riesgo de la atención	2		X			
5		Gestión de seguridad ante desastres	1		X			
6		Control de la gestión y prestación	1		X			
7		Atención ambulatoria	1		X			
8	Líder:	Atención de hospitalización	7			X		
9		Atención de emergencias	1			X		
10		Atención quirúrgica	1			X		
11		Docencia e investigación	1			X		
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1			X		
13		Admisión y alta	1			X		
14		Referencia y Contrarreferencias	1			X		
15	Gestión de medicamentos	1			X			
16	Líder:	Gestión de la información	1		X			
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1		X			
18		Manejo del riesgo social	1		X			
19		Nutrición y dietética	1		X			
20		Gestión de insumos y materiales	1		X			
21		Gestión de equipos e infraestructura	1		X			



N°	Responsables	Macroprocesos	N° EVAL.	RESPONSABLES
1	Líder:	Direccionamiento	1	
2		Gestión de recursos humanos	1	
3		Gestión de la calidad	1	
4		Manejo del riesgo de la atención	2	
5		Gestión de seguridad ante desastres	1	
6		Control de la gestión y prestación	1	
7		Atención ambulatoria	1	
8	Líder:	Atención de hospitalización	7	
9		Atención de emergencias	1	
10		Atención quirúrgica	1	
11		Docencia e investigación	1	
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1	
13		Admisión y alta	1	
14		Referencia y Contrarreferencias	1	
15		Gestión de medicamentos	1	
16	Líder:	Gestión de la información	1	
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1	
18		Manejo del riesgo social	1	
19		Nutrición y dietética	1	
20		Gestión de insumos y materiales	1	
21		Gestión de equipos e infraestructura	1	



1 DIRECCIONAMIENTO	2 Gestión de recursos humanos	3 Gestión de la calidad	4 Manejo del riesgo de la atención	4 Manejo del riesgo de la atención	5 Gestión de seguridad ante desastres	6 Control de la gestión y prestación	7 Atención ambulatoria	9 Atención de hospitalización	9 Atención de hospitalización
9 Atención de hospitalización	9 Atención de hospitalización	9 Atención de hospitalización	9 Atención de hospitalización	9 Atención de hospitalización	10 Atención de emergencias	11 Atención quirúrgica	12 Docencia e investigación	13 Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	14 Admisión y alta
15 Referencia y Contrarreferencias	16 Gestión de medicamentos	17 Gestión de la información	18 Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	19 Manejo del riesgo social	20 Nutrición y dietética	21 Gestión de insumos y materiales	22 Gestión de equipos e infraestructura		



COMUNICACIÓN DE INICIO

- DOCUMENTO CON SELLO DE RECEPCIÓN DE LA GERESA



CARGO

07

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Punchana, 17 de Octubre del 2022

OFICIO N° 4333 -2022-GRL-DRS-L /30.50

Señor

Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA
Gerente Regional de Salud Loreto

Presente



ASUNTO COMUNICA INICIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HRL.

ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA
DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que, en el marco del proceso de acreditación de establecimientos de salud del MINSA, y en cumplimiento de indicadores de desempeño, el Hospital Regional de Loreto, iniciará el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, **el 19 de octubre del 2022.**

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIGLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA RINTO
CMIP N° 36660 - RNE 28553
Director General

Cc.
Archivo
MMBP/JGGA/HAC



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Punchana, 17 de Octubre del 2022

OFICIO N° 237 -2022-GRL-DRS-L /30.50.06

Señor

M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
Director General del Hospital Regional de Loreto



Presente

ASUNTO: COMUNICA INICIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HRL.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que, en el marco del proceso de acreditación de establecimientos de salud del MINSA, y en cumplimiento de indicadores de desempeño, el Hospital Regional de Loreto, iniciará el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, el **19 de octubre del 2022**.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Cc.
Archivo
HAC/Flori

INFORME

- **INFORME TÉCNICO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN REMITIDO A GERESA**



Punchana, 11 de Enero del 2023

OFICIO N° 104 -2023-GRL-DRS-L /30.50

Señor

M.C. JOSE ANTONIO SALINAS MORALES
Gerente Regional de Salud Loreto

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO			
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO			
TRAMITE DOCUMENTARIO			
12 ENE 2023			
Exp. N°:	000511		
Folio:		Hoja:	19.17
Fecha:		Firma:	[Firma]

Presente

ASUNTO: REMITE INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2022

- ATENCIÓN**
- COORDINADOR CONVENIOS DE GESTIÓN - GERESA
 - OFICINA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar adjunto al presente, el Informe de Autoevaluación 2022 para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

[Firma]

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE SALUD LORETO
"FELICE ARRIOLA LOLAS"

DR. JHARLEY DI STEFANO PANCHI TORRES
CMP N° 55115 - RNE 23309
DIRECTOR GENERAL

C.c.
Archivo
JDPT/CATR/HAC



Punchana, 11 de Enero del 2023

OFICIO N° 002 -2023-GRL-DRS-L /30.50.06

Señor

M.C. JHARLEY D'STILGER PINCHI TORRES
Director General del Hospital Regional de Loreto



Presente


ASUNTO: REMITE INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2022

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar adjunto al presente, el Informe de Autoevaluación 2022 para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Dirección Regional de Salud-Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"


Dra. MAYDEE ALVARADO CORA
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Cc.
Archivo
HAC/Flori



"Felipe Arriola Iglesias"

Te Sirve con 

INFORME FINAL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2022

EQUIPO EVALUADOR

IQUITOS PERÚ

2022

EQUIPO DE GESTIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
 QF. ROY ALEXANDER ALVAREZ MARREROS

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – 2022

1	QF. ROY ALEXANDER ALVAREZ MARREROS	Líder
2	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA HAYDEE	Miembro
3	DRA. JUANA VELA VALLES	Miembro
4	DRA. ROSA MERCEDES FREITAS CAYCHO	Miembro
5	LIC. ADM. MARÍA ROSALINA ARÉVALO PEIXOTO.	Miembro
6	SRA. DORA SAMAN MONTES	Miembro
7	PS. NIDIA RENGIFO COLLANTES	Miembro
8	LIC. ENF CARMEN MARINA GRATELLE TUESTA.	Miembro
9	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	Miembro
10	M.C SERGIO RUIZ TELLO	Miembro
11	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI	Miembro
12	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	Miembro
13	M.C. WILBERT HUMBERTO MAMANI	Miembro
14	LIC. ENF. CONSUELO ALVAN MORI	Miembro
15	C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO	Miembro
16	M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN	Miembro
17	LIC. ENF. VICTORIA NUÑEZ CORAL	Miembro
18	Blga. HEIDY SANCHEZ GRANDEZ	Miembro
19	M.C. NAIR MONTES DE OCA LUNA	Miembro
20	C.P.C JUDITH CASTRO MEDOZA	Miembro
21	M.C RAÚL DE LA CRUZ SOMMO.	Miembro
22	M.C JOHAN MARÍN LIZARRAGA	Miembro
23	LIC. ENF. JUANA ERLITA PINEDO CHIRINOS	Miembro
24	LIC. ENF CLARA TELLO TUESTA	Miembro
25	M.C. MARTHA ESTRELLA VALDIVIA	Miembro
26	M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES	Miembro
27	C.D ALEXANDER JOSUE RENGIFO BOZA	Miembro
28	LIC. ENF ERIKA VANESSA ARISTA ALVIS	Miembro
29	ING. MIGUEL VARGAS SANDY	Miembro
30	BLGA. HEIDY SANCHEZ GRANDEZ	Miembro
31	Q.F. OSCAR ABEL RIOS MANUYAMA	Miembro
32	NUT. ANTHONY MACEDO VARGAS	Miembro
33	Q.F. ROSA MARÍA PEREA VARGAS	Miembro
34	LIC. ENF. KEI NAYLU UTIA VASQUEZ	Miembro
35	QF. JONATAN JOAS LOPEZ DEL AGUILA	Miembro
36	SRA. KARINA CHANG PEÑA	Miembro
37	SRA. SELVINA LAO VALLES	Miembro

38	BACH. DER. LILIA REATEGUI DEL CASTILLO	Miembro
39	LIC. LLOID RODRIGUEZ ICOMENA	Miembro
40	LIC. ENF. LISBETH SANDOVAL DAVILA	Miembro
41	LIC. ENF. RUBI DÁVILA PADILLA.	Miembro
42	M.C ALAN CASTRO LATORRE	Miembro

ÍNDICE

Nº		Pág.
1.	Presentación	5
2.	Objetivo	8
3.	Alcance	8
4.	Metodología de Evaluación	9
5.	Equipo Evaluador	10
6.	Cumplimiento del Plan	10
7.	Resultados	15
8.	Criterios a implementar	28
9.	Conclusiones	34
10.	Fuentes de información	34
	Anexos: Evidencias	

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2022

1. PRESENTACIÓN

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria en el Proceso de Acreditación del Hospital Regional de Loreto, para este proceso se requiere contar con un equipo de evaluadores internos; los cuales, mediante un Listado de Estándares de Acreditación determinan el nivel de su cumplimiento, el cual puede ser **Acreditado** cuando la calificación es igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares y **No Acreditado** cuando el resultado es menor al 85%. Si el puntaje está entre 70% y menos del 85% se deberá subsanar los criterios observados y reevaluar en un plazo máximo de seis meses; si el puntaje está entre 50% y menos del 70% se deberá subsanar los criterios observados y reevaluar en un plazo máximo de nueve meses; si el puntaje es menor del 50% deberá subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la Autoevaluación. El objetivo de la presente autoevaluación es dar a conocer las áreas con deficiencias en el nivel de desempeño Institucional a fin de establecer medidas correctivas o estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad. La finalidad del presente informe es dar a conocer a Dirección ejecutiva y a su equipo técnico y de gestión un alcance de las evidencias que demuestran el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación establecidos por el Ministerio de Salud^{1,2}; el presente documento permitirá priorizar y fortalecer la gestión en las actividades que presenten dificultades para alcanzar dichos estándares en beneficio de la calidad de atención a nuestros usuarios y público en general.

a) Antecedentes.

El Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias", es un hospital de referencia regional, especializada³ de Nivel III-1 de complejidad^{4,5} con código único RENAES N° 0003, categoría que significa todo un reto mantener; sin embargo, el potencial humano y su capacidad resolutoria son su fortaleza⁶.

Desde el año 2007, a excepción del año 2008, se viene realizando de manera continua las autoevaluaciones en el Hospital Regional de Loreto hasta la fecha. El puntaje alcanzando para el 2007 fue de 36%, el 2009 se obtuvo un 45%, en el 2010 un 60%; Sin embargo los resultados de los años 2009 y 2010 fueron evaluaciones realizadas por los propios involucrados, lo que podría haber originado un sesgo por lo que el Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto, a fin de cumplir con el procedimiento adecuado descrito en la R.M.

¹ R.M. Nro. 703-2006- MINSa que aprueba la NTS- Nro. 050-MINSa/DGSP—V.02 "N.T. de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo"

² R.M. N° 270-2009/MINSa – Volumen II, que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo

³ R.M.Nro.769-2004 que aprueba la N.T. Nro.021 de "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"

⁴ D.S. Nro. 13-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

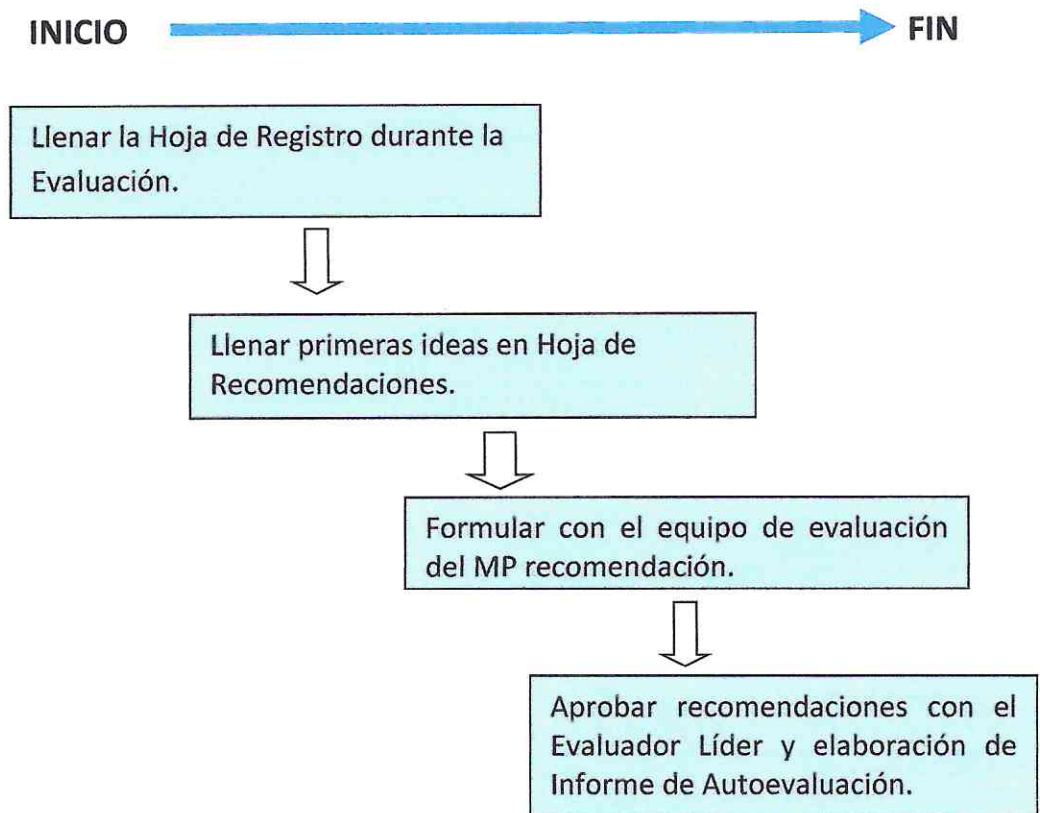
⁵ RD N° 692-2013-GRL-DRS-Loreto/30.01

⁶ RM 546-2011, Categorías de establecimientos del sector salud

Nº 270-2009/MINSA se convocó a partir del año 2011 a un equipo multidisciplinario de servidores de la institución, a fin de capacitarlos y evaluar competencias que permitan designarlos como evaluadores internos y a partir del año 2011 se obtienen los resultados con mejor exactitud obteniéndose un 41% para el 2011, 58% en el 2012, 49% en el 2013, 55% en el 2014, 49% en el 2015, 57% en el 2016, 57% en el 2017, 66% en el 2018, 57% en el 2019 y por situación del estado de emergencia no se logró realizar en el año 2020, 66% en el año 2021 y 67% en el año 2022.

Con la aprobación del Plan Institucional de Auditoria de la calidad de atención en Salud y el Plan de autoevaluación y su cronograma 2021⁷; se propone conformar el equipo de evaluadores internos para el 2022 los cuales iniciaron el proceso de Autoevaluación durante el mes de diciembre.

b) Proceso de Autoevaluación



1.1 Infraestructura (Nº de camas)

El Hospital "Felipe Arriola Iglesias, se encuentra ubicado en la Av. 28 de Julio S/N - Punchana. Cuenta con un total de 303 camas operativas divididas en los diferentes servicios.

El Hospital cuenta con cuatro pisos, y los servicios son los siguientes:

⁷ RD 120-2022-GRL-DRS-L/30.50 Plan de autoevaluación y su cronograma 2022

- En el 1er. Piso: Oficinas Administrativas, Consultorios Externos y Emergencia.
- En el 2do. Piso: Hospitalización Medicina A y B. UCI Medicina Unidad de Quemados
- En el 3er. Piso: Hospitalización de Pediatría, UCI Pediatría UCIN A (R/N Intrahospitalarios), UCIN B (R/N extra hospitalarios) UTIN (Unidad de Tratamiento Intermedios Neonatales), Unidad de Fototerapia, Maternidad.
- En el 4to. Piso: Hospitalización de Cirugía, Ginecología, Sala de Operaciones.⁸

1.2 Cartera de servicios

El Hospital Regional de Loreto es un establecimiento de salud altamente especializado, proporciona atención médico-quirúrgica a la comunidad en situación de emergencia, tanto individual como colectiva, en el ámbito intra y extra hospitalario. Brinda atención de emergencia las 24 horas.

- El Departamento de Medicina es responsable de administrar atención de salud curativa y recuperativa a todos los pacientes que lleguen a la Institución en situación de urgencia o emergencia médica. Cuenta con Médicos Especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Neumología, Nefrología, Gastroenterología, Endocrinología, Intensivistas y Emergencistas.
- El Departamento de Cirugía brinda las prestaciones en forma directa al paciente mediante procedimientos médico-quirúrgica con el fin de lograr su pronta recuperación. Para ello cuenta con un equipo de profesionales médicos de especialidades quirúrgicas: Cirujanos Generales, Neurocirujanos, Gineco-Obstetras, Oftalmólogo.
- Traumatología, brinda atención directa al paciente mediante procedimientos quirúrgicos - traumatológicos, entre ellos tenemos: Consulta de Emergencia (Consultorio), Cirugía menor (Tópico), Mediana, mayor (Sala de Operaciones), Procedimientos entre otros.
- El Departamento de Anestesiología, Analgesia y Reanimación tiene las siguientes especialidades en los Servicios de: Centro Quirúrgico, Recuperación, Reanimación como apoyo en áreas de pisos.
- El Departamento de Farmacia se encarga de brindar la atención farmacéutica de manera oportuna a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia.
- El Departamento de Diagnóstico por Imágenes es el encargado de apoyar a los Departamentos finales en el cuidado y tratamiento de las afecciones que ponen en riesgo la vida y la salud de las personas, mediante los Servicios de radiografías simple y exámenes contrastados especiales, Ecografías.

⁸ ASIS 2019 Hospital Regional de Loreto

2. OBJETIVO

El Objetivo de la Autoevaluación es el de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las Atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

3. ALCANCE

Las áreas a verificar según el Listado de Estándares de Acreditación comprenden a todas las conformantes de la Institución:

MACROPROCESOS GERENCIALES

MACROPROCESO	SERVICIOS EVALUADOS
Direccionamiento	Oficina de Planeamiento Estratégico
Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad
Gestión de Recursos Humanos	Oficina de Recursos Humanos
Gestión de seguridad ante desastres	Dpto. de Emergencia
Manejo del Riesgo de atención	Oficina de Epidemiología
Control de la gestión y prestación	Oficina de Planeamiento Estratégico

MACROPROCESOS PRESTACIONALES

MACROPROCESO	SERVICIOS EVALUADOS
Atención de emergencias	Dpto. de Emergencia
Atención ambulatoria	Servicios Consultorios Externos
Docencia e investigación	Oficina de Docencia e Investigación
Atención quirúrgica	Dpto. de Anestesiología
Atención de hospitalización	Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia
Gestión de medicamentos	Dpto. de Farmacia
Manejo del riesgo social	Servicio Social
Gestión de equipos e infraestructura	Oficina de Mantenimiento
Gestión de insumos y materiales	Oficina de Logística
Referencia y Contra referencia	Oficina de Seguros
Gestión de la información	Oficina de Estadística
Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización	Servicio Central de Esterilización
Manejo de nutrición de pacientes	Servicio de Nutrición
Admisión y Alta	Oficina de Estadística
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Dptos. Laboratorio y Rayos X

4. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

4.1. Como se organizaron los evaluadores internos.

- La Dirección de Gestión de la Calidad, y el equipo de acreditación⁹ proponen la conformación del equipo evaluador.
- Se comunicó los diferentes departamentos y servicios la solicitud de implementar Estándares de acreditación
- Se eligió mediante propuesta directa a un líder de la Autoevaluación y se organizaron grupos integrados por dos evaluadores, los cuales tuvieron a su cargo 2 a 4 Macro procesos.
- La evaluación duró entre cuatro a cinco días y al final se realizó una reunión de socialización de experiencias y lecciones aprendidas, se inició además un espacio para discutir los incidentes de la jornada.

4.2 Como fue la interacción con los informantes designados.

- La Oficina de Gestión de la Calidad brindó la asesoría técnica para la aplicación del instrumento de autoevaluación, socializó y explicó cada uno de los criterios de evaluación en cada Macro proceso, absolviendo ciertas preguntas o dudas del Equipo de Auto evaluadores, y verificando si se estaba llevando a cabo de forma adecuada.

4.3 Que técnicas de evaluación se utilizaron.

De acuerdo a la Normatividad vigente, se utilizaron diversas técnicas como, por ejemplo:

- Revisión/ Verificación de Documentos de Gestión (Resoluciones, Manuales, entre otros).
- Entrevistas a jefes de las diversas Direcciones, Departamentos, Unidades.
- Encuestas a trabajadores de distintas áreas, tomando una muestra significativa, para corroborar el conocimiento de las normativas y proceso, así como encuestas a los usuarios externos.
- Listas de Chequeo aplicadas según la normatividad vigente correspondiente.
- Observación sea hacia el personal que realiza una función determinada, así como a las diferentes áreas del hospital.
- Auditorías para determinar si se cumple con las normativas del Ministerio y propias de la Institución.

⁹ RD 155-2021-GRL-DRS-L/30.50 del 23 de mayo 2021

5. EQUIPO DE EVALUADORES

5.1. Los evaluadores internos para el Proceso de Autoevaluación del año 2022, fueron propuestos por el Equipo de Acreditación 2022.

5.2. El equipo conformante que participó en el Proceso de Autoevaluación 2022, fueron 43 integrantes, personal de salud multidisciplinario.

REFORZAMIENTO DE LAS CAPACIDADES

Con el fin de mejorar las capacidades del equipo evaluador en temas ligados a normatividad para el Proceso de Autoevaluación, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital, desarrolló un Taller de Reforzamiento sobre aspectos de Acreditación y reforzamiento de normas legales en acreditación previa medición de saberes.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El Plan de autoevaluación fue elaborado por el equipo de evaluadores internos 2022.

6.1. Cronograma de Actividades

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2022																
			Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Comité de Autoevaluación	x																
2	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección de Calidad																	
3	Reunión de presentación	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																	
4	Solicitar aprobación del Plan de Autoevaluación e incluirlo en el POI	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																	
5	Designación de responsables por cada servicio/Unidad/UPS	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL																	
6	Designación de responsables por cada macroprocesos	Comité de Autoevaluación del HRL																	
7	Elaboración del cronograma de realización de la autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	
8	Difusión del cronograma a todos los servicios/Unidades/UPSS	Comité de Autoevaluación del HRL																	
9	Informar el inicio de la autoevaluación a los servicios/Unidades/DIRESA	Comité de Autoevaluación del HRL																	
10	Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	
11	Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	
12	Difusión de resultados	Comité de Autoevaluación del HRL																	
13	Propuesta de recomendaciones	Comité de Autoevaluación del HRL																	

Elaborado: Equipo de autoevaluación

- Se eligió a un líder del Equipo de autoevaluación
- En reunión del Equipo auto evaluador se conformaron los sub-equipos para la evaluación por Macro procesos.
- Se elaboró la siguiente tabla con los conformantes y el cronograma de desarrollo de la autoevaluación:

6.2. Distribución de los responsables para la Evaluación de los Macro procesos

Nº de Equipo	EVALUADOR LIDER POR MACROPROCESOS	Macroprocesos	Total Criterios	Noviembre							
				14	15	16	17	18			
1		Direccionamiento	11								
		Gestión de RR.HH	11	X	X	X	X	X			
		Referencia y Contrarreferencia	10								
2		Manejo del Riesgo Social Y	6								
		Atención de Hospitalización (Medicina)	26	X	X	X	X	X			
		Atención de Seguridad ante Desastres	21								
3		Gestión de Equipos e Infraestructura Y	12								
		Gestión de Insumos y Materiales	8	X	X	X	X	X			
		Atención Ambulatoria	14								
4		Manejo del Riesgo de la Atención Y	50	X	X	X	X	X			
		Control de la Gestión y Prestación	15								
		Gestión de la Calidad Y	22	X	X	X	X	X			
5		Docencia e Investigación	15								
		Admisión y Altas Y	16	X	X	X	X	X			
		Nutrición y Dietética	10								
6		Gestión de la Información Y	14	X	X	X	X	X			
		Atención Quirúrgica	24								
		Gestión de Medicamentos Y	15	X	X	X	X	X			
8		Atención de Hospitalización (Cirugía)	26	X	X	X	X	X			
		Atención Hospitalización Pediatría Y	26	X	X	X	X	X			
		Gineco - Obstetricia	26	X	X	X	X	X			
9		Atención de Apoyo al Diagnóstico Y	11								
		Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	17	X	X	X	X	X			
		Atención de Emergencias	14	X	X	X	X	X			
10											
11											

Elaborado: Equipo de autoevaluación

Desde la fecha 14 al 18 de noviembre 2022 se evaluó el cumplimiento de los estándares en nuestro hospital con la colaboración de todos los responsables de las unidades a evaluar.

6.3. Organización para la autoevaluación

Para el desarrollo del proceso de autoevaluación los equipos de evaluadores se reunieron periódicamente, en total tres reuniones las que constan en el Libro de Actas.

El trabajo desarrollado se organizó de la siguiente manera:

- a) Documentaria: Se emitieron documentos para la coordinación con los departamentos servicios, oficinas y unidades referido a:
 - Tendencia de los resultados de las autoevaluaciones desde el año 2007 a la actualidad.
 - Distribución en el tiempo de las autoevaluaciones en el Hospital Regional de Loreto.

- b) Difusión: Medios utilizados:

Se envió el cronograma de la autoevaluación 2022 a las áreas involucradas consignando la ruta para acceder a la información impresa del listado de estándares alcanzada por la Dirección de Gestión de la Calidad.

- c) Medios que se usó durante el proceso de autoevaluación:

Se brindó asesoría técnica en la elaboración de los instrumentos a utilizar durante el proceso de autoevaluación.

Se brindó asistencia técnica para la determinación del tamaño de la muestra en los criterios que ameritaban.

- d) Para la ejecución de la evaluación se utilizó los instrumentos de la acreditación siendo los siguientes:

COMPOSICIÓN DE LISTADO DE ESTÁNDARES POR CATEGORÍA			
Categoría	Macro procesos	Estándares	Criterios
I - 1	17	38	113
I - 2	17	45	132
I - 3	18	52	196
I - 4	19	60	254
II - 1	20	68	328
II - 2	21	70	341
III - 1	21	70	342

MACRO PROCESOS QUE NO APLICAN SEGÚN LA CATEGORÍA Y NATURALEZA JURÍDICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
N°	TIPO DE EESS (por categoría y naturaleza jurídica)	MACRO PROCESOS QUE NO APLICAN
1	I - 1	Atención de Hospitalización
		Atención Quirúrgica
		Docencia e Investigación
		Apoyo Diagnóstico y Tratamiento
2	I - 2	Manejo de Nutrición de Pacientes
3	I - 3	Atención de Hospitalización
		Atención Quirúrgica
		Docencia e Investigación
		Manejo de Nutrición de Pacientes
4	I - 4	Atención Quirúrgica
		Docencia e Investigación
		Manejo de Nutrición de Pacientes
5	II - 1	Atención Extramural
6	II - 2	
7	III - 1	
8	Clínicas Privadas	Atención Extramural
		Docencia e Investigación
		Manejo de Riesgo Social
9	Hospitales EsSalud. FFAA y Policiales	Atención Extramural
		Manejo de Riesgo Social

- **Listado de estándares:** Documento que contiene los criterios de evaluación en función de los macro procesos, según la categoría del establecimiento, que para el caso de los Establecimientos III-1 como el nuestro, se cuenta con 21 macro procesos a evaluar siendo estos:
 - Direccionamiento
 - Gestión de los Recursos Humanos
 - Gestión de la Calidad
 - Manejo del Riesgo de la Atención
 - Gestión de Seguridad ante desastres.
 - Control de la Gestión y Prestación
 - Atención Ambulatoria.
 - Atención de Hospitalización
 - Atención de Emergencia.
 - Atención Quirúrgica.
 - Docencia e Investigación
 - Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
 - Admisión y Alta.

26

- Referencia y Contrarreferencia
 - Gestión de Medicamentos.
 - Gestión de la Información.
 - Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización.
 - Manejo del Riesgo Social.
 - Manejo de Nutrición de Pacientes.
 - Gestión de Insumos y Materiales.
 - Gestión de Equipos e Infraestructura.
- **Aplicativo estadístico:** Instrumento que permite analizar y procesar la Información.
 - **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación.

7. RESULTADOS

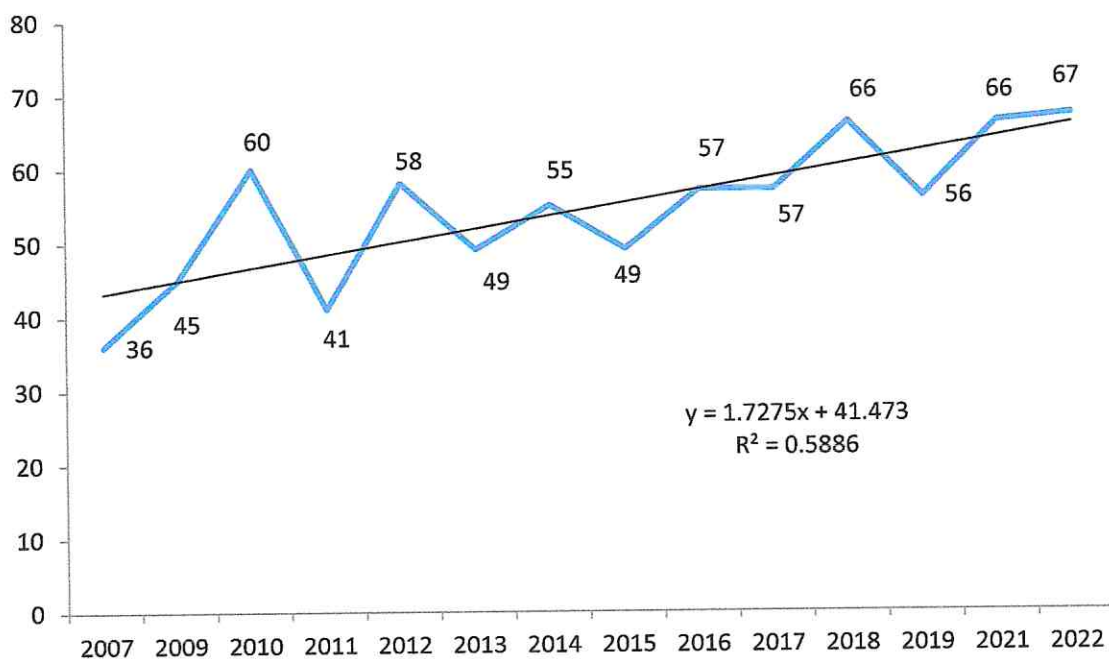
Puntaje Total	67 %
---------------	------

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

TABLA 1
PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS EN LA AUTOEVALUACIÓN DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2007 – 2022

AÑO	%
2007	36
2009	45
2010	60
2011	41
2012	58
2013	49
2014	55
2015	49
2016	57
2017	57
2018	66
2019	56
2020	00
2021	66
2022	67

GRAFICO 1
TENDENCIA PORCENTUAL ANUAL ALCANZADA EN LA AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO



24

TABLA 2
PORCENTAJES ALCANZADOS POR CATEGORÍA DE LOS MACROPROCESOS
HRL 2022

CATEGORÍA	%
Gestión	68.96
Prestacional	68.76
Apoyo	61.95

TABLA 3
PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS POR CATEGORÍAS DE LOS
MACROPROCESOS

AÑOS	GESTION	PRESTACIONAL	APOYO
2009	41.15	41.55	55.01
2010	62.86	58.03	60.53
2011	44.02	35.31	44.19
2012	60.73	48.16	58.84
2013	49.97	59.59	31.41
2014	58.26	57.05	48.45
2015	54.75	48.97	39.42
2016	63.44	61.33	39.55
2017	60.86	56.31	52.29
2018	83.24	57.00	56.64
2019	61.48	50.78	56.18
2020	00.00	00.00	00.00
2021	69.27	73.57	48.53
2022	68.95	68.76	61.95

GRAFICO 2
PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS POR CATEGORÍAS DE LOS
MACROPROCESOS COMPARADOS 2009 - 2022

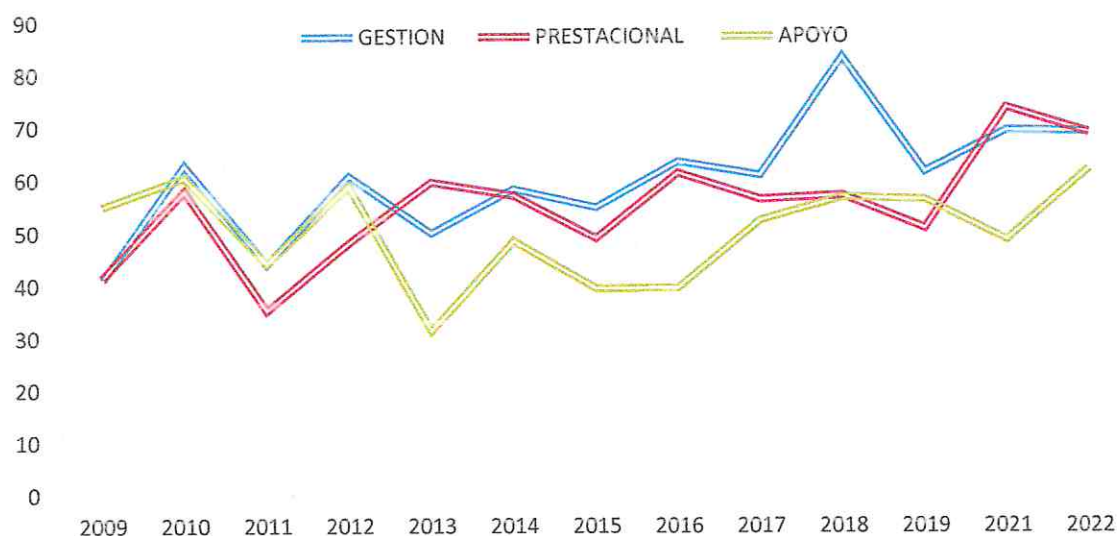


TABLA 4
CRITERIOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2022

00000003-HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA
IGLESIAS

Establecimiento :

III-1

Tipo de Establecimiento :

Autoevaluación

MACROPROCESO

CATEGORIAS

2022

Periodo :

1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Total	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T							
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	41.84	76.47	222.64	153.53	68.96	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	18.11	44.12				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	39.12	81.71				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	36.83	76.92				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	8.79	64.29				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	20.39	59.62	254.45	174.95	68.76	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	38.30	80.00				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	24.38	50.93	254.45	174.95	68.76	
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	31.50	65.79				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	42.28	88.30				

Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	18.73	54.76		
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	9.72	56.82		
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	7.82	45.71		
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	16.09	94.12		
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	15.13	88.46		
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	10.78	63.04		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	9.14	53.45	159.03	98.52
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	10.10	59.09		
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	12.57	73.53		
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	8.55	50.00		
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	6.04	35.29		
Total	342	134	167	41	342	636.12	426.22		636.12	427.00
									Puntaje Final (%)	67

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

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

TABLA 5
RANKING DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESO

Macroprocesos	Cumplimiento x Macro proceso %
Referencia y contrarreferencia	94.12
Gestión de medicamentos	88.46
Atención quirúrgica	88.30
Gestión de la calidad	81.71
Atención ambulatoria	80.00
Manejo del riesgo de atención	76.92
Direccionamiento	76.47
Nutrición y dietética	73.53
Atención de emergencias	65.79
Gestión de seguridad ante desastres	64.29
Gestión de la información	63.04
Control de la gestión y prestación	59.62
Manejo del riesgo social	59.09
Apoyo diagnóstico y terapéutico	56.82
Docencia e Investigación	54.76
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	53.45
Atención de hospitalización	50.93
Gestión de insumos y materiales	50.00
Admisión y alta	45.71
Gestión de recursos humanos	44.12
Gestión de equipos e infraestructura	35.29
Atención extramural	0.00

TABLA 6
CALIFICACIÓN DE LOS MACROPROCESOS SEGÚN PUNTAJES

Calificaciones	Macroprocesos	% Cumplimiento
Aprobado (85% o más)	Referencia y contrarreferencia	94.12
	Gestión de medicamentos	88.46
	Atención quirúrgica	88.30
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)	Gestión de la calidad	81.71
	Atención ambulatoria	80.00
	Manejo del riesgo de atención	76.92
	Direccionamiento	76.47
	Nutrición y dietética	73.53
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)	Atención de emergencias	65.79
	Gestión de seguridad ante desastres	64.29
	Gestión de la información	63.04
	Control de la gestión y prestación	59.62
	Manejo del riesgo social	59.09
	Apoyo diagnóstico y terapéutico	56.82
	Docencia e Investigación	54.76
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	53.45
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)	Atención de hospitalización	50.93
	Gestión de insumos y materiales	50.00
	Admisión y alta	45.71
	Gestión de recursos humanos	44.12
	Gestión de equipos e infraestructura	35.29
No aplica	Atención extramural	0

TABLA 7
RANKING POR MACRO PROCESOS GERENCIALES, PRESTACIONALES
Y DE APOYO

Macroprocesos	%	%
Gestión de la calidad	81.71	68.96
Manejo del riesgo de atención	76.92	
Direccionamiento	76.47	
Gestión de seguridad ante desastres	64.29	
Control de la gestión y prestación	59.62	
Gestión de recursos humanos	44.12	
Atención quirúrgica	88.30	68.76
Atención ambulatoria	80.00	
Atención de emergencias	65.79	
Docencia e Investigación	54.76	
Atención de hospitalización	50.93	
Atención extramural	0.00	
Referencia y contrarreferencia	94.12	61.95
Gestión de medicamentos	88.46	
Nutrición y dietética	73.53	
Gestión de la información	63.04	
Manejo del riesgo social	59.09	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	53.45	
Gestión de insumos y materiales	50.00	
Admisión y alta	45.71	
Gestión de equipos e infraestructura	35.29	
Apoyo diagnóstico y terapéutico	56.82	

TABLA 08
RESULTADO DE AUTOEVALUACION POR MACROPROCESOS ANUALES

ITEM	MACROPROCESO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022
1	Direccionamiento	35,29	79,41	55,88	82,35	41,18	58,82	55,88	41,18	52,94	82,35	88,24	82,35	76,47
2	Gestión de recursos humanos	64,71	55,88	26,47	73,53	41,18	38,24	44,12	82,35	58,82	91,18	85,29	85,29	44,12
3	Gestión de la calidad	64,63	81,71	75,61	80,49	68,29	76,83	67,07	73,17	64,63	95,12	37,80	63,41	81,71
4	Manejo del riesgo de atención	51,10	56,59	51,65	59,89	32,42	51,10	47,25	39,56	63,74	69,23	70,33	52,20	76,92
5	Gestión de seguridad ante desastres	19,64	28,57	16,07	64,29	57,14	55,36	41,07	73,21	50,00	75,00	66,07	73,21	64,29
6	Control de la gestión y prestación	11,54	75,00	38,46	3,85	59,62	69,23	73,08	71,15	75,00	86,54	21,15	59,62	59,62
7	Atención ambulatoria	37,50	52,50	20,00	50,00	75,00	42,50	47,50	57,50	42,50	60,00	32,50	72,50	80,0
8	Atención extramural	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00
9	Atención de hospitalización	33,33	56,48	30,56	42,59	42,59	60,19	37,04	57,41	53,70	41,67	49,07	57,41	50,93
10	Atención de emergencias	57,89	76,32	78,95	63,16	78,95	68,42	68,42	81,58	94,74	92,11	94,74	84,21	65,79
11	Atención quirúrgica	59,57	59,57	47,87	43,62	44,68	77,66	67,02	62,77	63,83	56,38	62,77	76,60	88,30
12	Docencia e Investigación	33,33	19,05	38,10	42,86	50,00	21,43	59,52	45,24	23,81	80,95	61,90	78,57	54,76
13	Apoyo diagnóstico y tratamiento	40,91	47,73	100,00	18,18	,00	36,36	31,82	9,09	4,55	25,00	20,45	27,27	56,85
14	Admisión y alta	44,29	60,00	41,43	55,71	12,86	41,43	61,43	35,71	82,86	82,86	97,14	40,00	45,71
15	Referencia y contrarreferencia	79,41	47,06	17,65	76,47	44,12	94,12	29,41	41,18	32,35	73,53	38,24	26,47	94,12
16	Gestión de medicamentos	61,54	63,46	53,85	100,00	55,77	88,46	65,38	88,46	80,77	76,92	96,15	42,32	88,46
17	Gestión de la información	56,52	58,70	28,26	67,39	47,83	63,04	47,83	47,83	43,48	13,04	56,52	50,00	63,04
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	62,07	56,90	43,10	63,79	31,03	20,69	15,52	29,31	43,10	41,38	46,54	53,45	53,45
19	Manejo del riesgo social	68,18	54,55	31,82	90,91	54,55	54,55	40,91	54,55	77,27	90,91	77,27	72,73	59,09
20	Manejo de nutrición de pacientes	47,06	61,76	82,35	61,76	50,00	44,12	11,76	52,94	82,35	73,53	67,65	70,59	73,53
21	Gestión de insumos y materiales	65,38	100,00	26,92	76,92	15,38	57,69	84,62	23,08	50,0	69,23	53,85	73,08	50,00
22	Gestión de equipos e infraestructura	17,65	58,82	17,65	82,35	2,94	11,76	29,41	23,53	35,29	35,29	17,65	29,41	35,29

TABLA 09
DISPERSIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO
DEL 2009 AL 2022

MACROPROCESOS	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	27
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	27
APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	26
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	25
ADMISIÓN Y ALTA	23
GESTIÓN RRHH	21
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	21
GESTIÓN SEGURIDAD ANTE DESASTRES	20
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	20
MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	19
DIRECCIONAMIENTO	19
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	18
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	18
ATENCIÓN AMBULATORIA	17
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	15
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	15
GESTIÓN CALIDAD	14
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	13
MANEJO RIESGO ATENCIÓN	12
ATENCIÓN EMERGENCIA	12
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	10
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0

GRAFICA 3
RANKING DE DISPERSIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO
DEL 2009 AL 2022

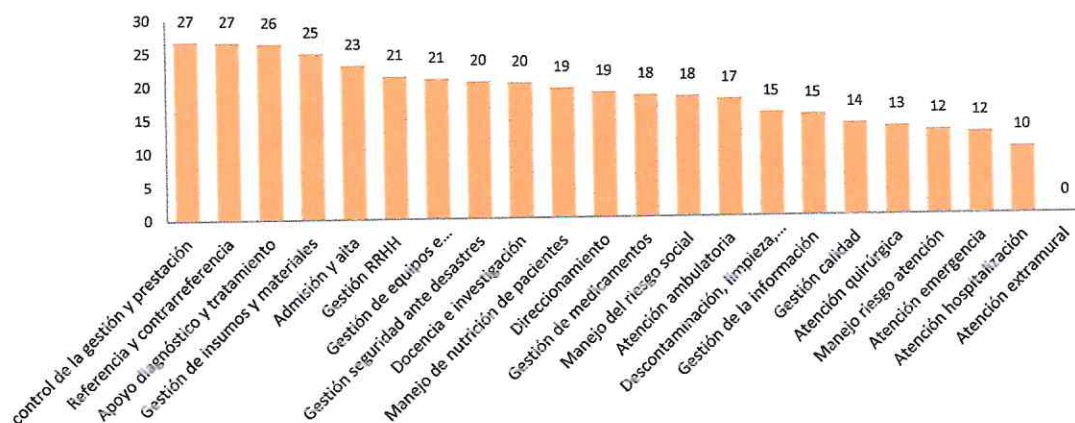
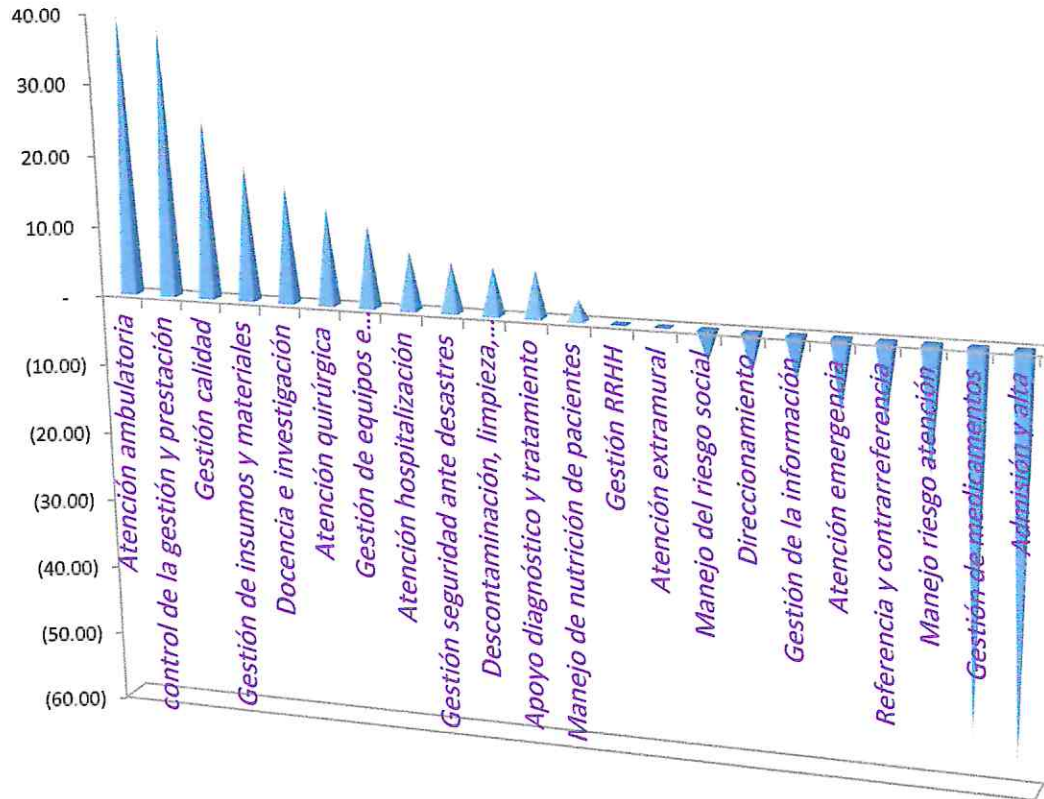


TABLA 10
COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO ENTRE LOS PERIODOS 2021 Y 2022

CRITERIO	2021	2022	DIFERENCIA
Direccionamiento	82.35	76.47	-5.88
Gestión RRHH	85.29	44.12	-41.18
Gestión calidad	63.41	81.71	18.29
Manejo riesgo atención	52.20	76.92	24.73
Gestión seguridad ante desastres	73.21	64.29	-8.93
control de la gestión y prestación	59.62	59.62	0.00
Atención ambulatoria	72.50	80.00	7.50
Atención extramural	0.00	0.00	0.00
Atención hospitalización	57.41	50.93	-6.48
Atención emergencia	84.21	65.79	-18.42
Atención quirúrgica	76.60	88.30	11.70
Docencia e investigación	78.57	54.76	-23.81
Apoyo diagnóstico y tratamiento	27.27	56.82	29.55
Admisión y alta	40.00	45.71	5.71
Referencia y contrarreferencia	26.47	94.12	67.65
Gestión de medicamentos	42.31	88.46	46.15
Gestión de la información	50.00	63.04	13.04
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	53.45	53.45	0.00
Manejo del riesgo social	72.73	59.09	-13.64
Manejo de nutrición de pacientes	70.59	73.53	2.94
Gestión de insumos y materiales	73.08	50.00	-23.08
Gestión de equipos e infraestructura	29.41	35.29	5.88

GRAFICA 4
RANKING COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO
ENTRE LOS PERIODOS 2021 Y 2022



8. CRITERIOS A IMPLEMENTAR

Macroproceso	Criterio
Control de la gestión y prestación	Contar con certificados de capacitación de 60 horas a más en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable.
	Contar con informe de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos tres meses
	Contar con informes de monitoreo y evaluación de la calidad en las áreas/servicios de atención clínica.
	Contar con informe de identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión, informe de procesos de mejora establecidos.
Direccionamiento	Contar con ASIS actualizado con RD, con actas de reuniones
	Contar con informe de evaluación semestral de las FON con el porcentaje de avance
	Contar con GPC aprobadas con RD, e informe de evaluación de la adherencia.
Gestión de la calidad	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.
	Contar con documento oficial que define y difunde el paquete de información al usuario
	Contar con directiva con RD, que garantice la privacidad en la atención del usuario
	Contar con informes de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas.
	Contar con flujogramas general por servicio y señalizaciones.
Gestión de recursos humanos	Contar con reglamento con RD, del proceso de selección del personal según norma vigente.
	Elaborar MAPRO con RD, del proceso de inducción del personal e informe de inducción del personal del último semestre.
	Contar con documento formal que defina formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.
	Contar con informes de las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.
	Contar con documentos de conformación de equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional, y actas respectivas.
	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.
	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial.
	Contar con plan de capacitación que incluya el tema de derechos y deberes de los usuarios externos, herramientas de comprensión y cumplimiento

Gestión de seguridad ante desastres	Gestionar la certificación de inspección técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.
	Contar con informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la Municipalidad, en las dos últimas obras. (ampliación, rehabilitación y remodelación)
	Implementar las señalizaciones de seguridad en todas las áreas según criterios y estándares establecidos.
	Gestionar RD de guías de manejo de emergencias masivas.
	Gestionar la dotación de servicio de ambulancia acorde con los estándares mínimos de operación según normatividad,
	Implementar un sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.
	Implementar el sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.
	Gestionar la disponibilidad de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.
Manejo del riesgo de atención	Contar con informe de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna mediante indicadores propuestos para la institución según normatividad.
	Contar con informe de la tasa de mortalidad materna de los últimos 5 años.
	Contar con formato de consentimiento informado diferenciado por edad o condición de salud.
	Contar con formato con RD de rechazo al procedimiento o tratamiento.
	Contar con manual/guía de procedimiento que permita evaluar en el paciente susceptible el riesgo de aspiración e4n el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, y se aplican medidas preventivas.
	Contar con GPC, de medidas de prevención de la desnutrición al ingreso y durante la atención a los pacientes e informe de su aplicación.
	Contar con guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con RD.
	Elaborar, aplicar un plan de atención de enfermería y registrar los procedimientos realizados, en la historia clínica e informe de aplicación.
	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado. . .
	Contar con MAPRO con RD, de administración de medicamentos, manejo de historias clínicas y del Kardex de enfermería.
	Contar con MAPRO con RD, de provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado
	Contar con MAPRO con RD de procedimientos de descontaminación de las áreas de riesgo al finalizar su jornada laboral.
Contar con manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos e informe de socialización.	

	<p>Contar con MAPRO con RD de control de calidad del agua que garantiza la disponibilidad en los procesos de atención y evidencias de participación del gobierno local.</p>
Atención ambulatoria	<p>Contar con documento oficial que establece los mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria, registro o informes de evaluación de demanda insatisfecha de los dos últimos trimestres.</p>
	<p>Contar con ASIS institucional GPC abordando patologías más frecuentes identificadas en las diversas etapas de vida aprobadas.</p>
	<p>Contar con documento oficial para evaluar cumplimiento de GPC, informes de auditoría de la calidad de registro de atención, informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año</p>
	<p>Contar con informes de evaluación de indicadores de atención pre natal (FON) de los últimos trimestres</p>
Atención de hospitalización	<p>permitir el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto.</p>
	<p>Implementar el sistema de medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realizar acciones para su disminución.</p>
	<p>Realizar auditorías de casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización con la finalidad de tomar decisiones de corresponder.</p>
	<p>Monitorizar la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).</p>
	<p>Implementar un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.</p>
	<p>Realizar auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.</p>
Atención quirúrgica	<p>Contar con informe de evaluación de la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.</p>
	<p>Contar con Guías de prácticas clínicas y procedimientos médicos y de enfermería e implementar su disponibilidad y accesibilidad para el personal del servicio</p>
Docencia e Investigación	<p>Contar con plan de monitoreo e informes del cumplimiento del programa de tutorías y supervisión a los alumnos, internos y residentes.</p>
	<p>Contar con Actas de reuniones del comité institucional de ética en la investigación y el comité de investigación</p>
	<p>El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado.</p>
	<p>Contar con planes e informe de actividades de las unidades y comités de docencia e investigación aprobados</p>
Atención de emergencias	<p>Contar guía de procedimientos con RD que incluya mecanismos de información general al usuario operativo en el servicio.</p>
	<p>Elaborar guías de prácticas clínicas con RD de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida e informe de su cumplimiento.</p>

	<p>Contar con equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.</p> <p>Contar con un sistema de triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes.</p>	
Admisión y alta	<p>Contar con RD que apruebe el sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales según normatividad.</p> <p>Contar con MAPRO de la unidad de estadística e informática para la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas), Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de procedimientos.</p> <p>Contar con MAPRO del control de entradas y salidas de los registros (historias clínicas), e informes trimestrales sobre los problemas detectados.</p> <p>Contar con MAPRO del proceso de medición de conocimientos de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo a través de encuestas.</p> <p>Elaborar y gestionar RD que aprueba el plan de capacitación sobre actividades en el área de admisión del establecimiento en el último año, informes de capacitación.</p> <p>Contar con libro de ocurrencias sobre la identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión, informe de encuesta al usuario externo sobre la información brindada por el personal de admisión.</p> <p>Contar con informe de monitoreo del tiempo de espera del usuario en consultorios externos e implementación de proyectos de mejora continua según resultados del estudio.</p> <p>Contar con libro de registro de citas que no se efectivizaron, informe del libro registro, implementar proyectos de mejora continua.</p> <p>Contar con libro de registro manual o electrónico de citas atendidas y reprogramadas en el establecimiento, informe y análisis de datos.</p> <p>Contar con Plan de auditoría de historias clínicas para el control de calidad, e informe de resultados según normatividad</p> <p>Contar con MAPRO con RD del proceso de alta, informe de monitoreo del proceso de alta, lista de chequeo en función al procedimiento.</p> <p>Contar con cuaderno de registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio, Informe mensual de estos resultados.</p>	
	Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	<p>Contar con manuales y/o guías de procedimientos y administrativos de los servicios de Apoyo al diagnóstico y tratamiento, así como los informes de porcentaje de su cumplimiento.</p> <p>Contar con un programa con RD de control de la calidad del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.</p> <p>Contar con MAPRO de control de calidad por servicios de apoyo, e informe de su cumplimiento</p> <p>Contar con guía de procedimientos para la producción de insumos y/o medicamentos.</p> <p>Implementar capacitaciones al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen e informes respectivos.</p>

Descontaminación limpieza, desinfección, esterilización	Contar con lista de chequeo de evaluación al personal en cada servicio respecto a la clasificación y realización de la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.
	Implementar un libro de registro del sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.
	Implementar un libro de registro del sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
	Contar con informes de supervisión al personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres si está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.
	Elaborar un MAPRO del procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.
	Implementar un cuaderno de registro para cuantificar el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.
	Contar con informe de evaluación del cumplimiento del almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.
Gestión de equipos e infraestructura	Contar con informes de supervisión al personal de limpieza, si está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.
	Contar con certificados del personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión e informes de proyectos de inversión elaborados en el último año evaluado o en proceso.
	Contar con MAPRO con RD, de procedimientos para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.
	Contar MAPRO con RD, del sistema de inventario manual o electrónico actualizado, así mismo de la operatividad de equipos e instrumentos con informe anual y trimestral
	Contar con MAPRO con RD de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias, informe de procedimientos realizados de acuerdo con el manual.
	Contar con MAPRO con RD, de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras e informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual.
	Contar con MAPRO con RD de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) e informe de resultados.
	Contar con MAPRO con RD, de procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.
	Contar con informe trimestral de mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.
Contar con libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura o equipos e informe trimestral.	

Referencia y contrarreferencia	Contar con informe de capacitación del personal responsable del SRCR o certificado de capacitación y resultado de encuesta de conocimiento sobre la NT del SRCR.
Gestión de insumos y materiales	Elaborar y gestionar RD del manual de buenas prácticas de almacenamiento de insumos y materiales. Contar con informe de implementación de las recomendaciones y lista de chequeo de cumplimiento del manual.
	Elaborar y gestionar RD del manual de procedimientos para el control de insumos y materiales. Contar con informe de implementación de las recomendaciones y lista de chequeo de cumplimiento del manual.
	Contar con MAPRO con RD de adquisición de insumos y materiales en logística y lista de chequeo de cumplimiento de la norma vigente.
	Contar con un libro de registro manual o electrónico de opinión de técnicos en el proceso de la adquisición de insumos y materiales, informes de auditoría de los procesos de adquisición y lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales.
Gestión de la información	Contar con MAPRO con RD que define los mecanismos del sistema de gestión de la información, contar con informes del sistema de información en el último trimestre.
	Contar con MAPRO con RD, que define los mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.
	Contar con un espacio participativo de análisis de información con Actas respectivas.
	Contar con un espacio donde se muestre la información relevante y actualizada de proyectos de mejora continua de la información.
	Contar con informes de identificación semestral de las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.
Manejo del riesgo social	Elaborar una Ficha de control de calidad FESE.
	Gestionar servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.
	Contar con informe de evaluación del tarifario adecuados a las políticas del MINSA
Gestión de medicamentos	Contar con Guía de procedimientos con RD que establezca los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación
	Implementar un cuaderno de registro de errores en la prescripción de medicamentos reportados por farmacia e informes a los jefes de servicio o departamentos con medidas correctivas así como el seguimiento de las mismas.
	Contar con informe mensual de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real de los medicamentos trazadores.
Nutrición y dietética	Contar con informe de capacitación y constancia de capacitación de todo el personal en los últimos 12 meses
	Contar con manual de manipulación de alimentos con RD e informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos
	Contar con informe de visita diaria a los pacientes con dietas especiales.

9. CONCLUSIONES

- El proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, se llevó a cabo con la participación de un equipo multidisciplinario muy comprometido con la mejora de la calidad de atención del Hospital Regional de Loreto.
- Se contó con el apoyo de la Dirección general y de cada uno de los jefes de departamento, servicios y oficinas del Hospital Regional de Loreto.
- El resultado refleja un resultado de 67%, lo cual indica que se tiene que realizar una autoevaluación a los 9 meses, el tiempo que permitirá levantar muchas de las observaciones identificadas.

10. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. R.M. Nro. 703-2006- MINSA que aprueba la NTS- Nro. 050-MINSA/DGSP— V.02 “N.T. de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
2. R.M. N° 270-2009/MINSA – Volumen II, que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo.
3. R.M.Nro.769-2004 que aprueba la N.T. Nro.021 de “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
4. D.S. Nro. 13-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. RD N° 692-2013-GRL-DRS-Loreto/30.01.
6. RM 546-2011, Categorías de establecimientos del sector salud.
7. RD 120-2022-GRL-DRS-L/30.50 Plan de autoevaluación y su cronograma 2022.
8. ASIS 2019 Hospital Regional de Loreto.
9. RD 155-2021-GRL-DRS-L/30.50 del 23 de mayo 2021.

ANEXOS: EVIDENCIAS

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO EVALUADOR DEL HRL



REVISIÓN DE MACROPROCESSOS Y ESTÁNDARES



AUDITORÍA



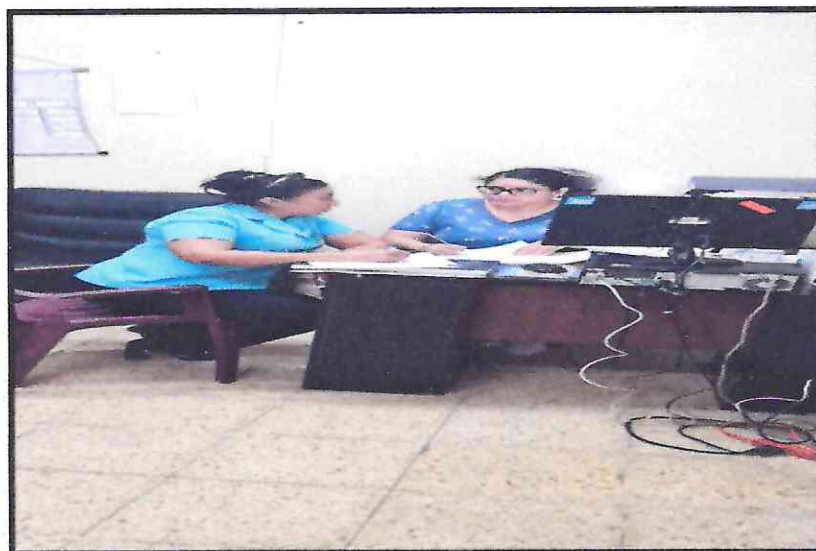
MANTENIMIENTO



ONCOLOGÍA



FARMACIA



EMERGENCIAS Y DESASTRES



GESTIÓN DE LA ACALIDAD



PEDIATRÍA



CIRUGÍA



UCI MEDICINA



SERVICIOS GENERALES



SALUD AMBIENTAL



DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

