



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

Punchana, 10 de Diciembre del 2024

**OFICIO N° 5444-2024-GRL-GRS-L /30.50**

Señor  
**M.C. Guillermo ANGULO ARÉVALO**  
Gerente Regional de Salud de Loreto

DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD SECRETARÍA DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS		GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO TRAMITE DOCUMENTARIO	
REVISADO POR: <i>[Signature]</i>	Exp. N°: 01486	11 DIC 2024	
VISTO EL H.R. 8.02	Folio: _____	Hora: _____	
FECHA: 12/12/2024	Firma: _____	Firma: <i>[Signature]</i>	

Presente

**ASUNTO      INFORME DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HRL.**

**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 informarle que en el marco de cumplimiento del compromiso de mejora establecido en el DS N° 036-2023-SA, Ficha N° 44 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de Salud", el Hospital Regional de Loreto, adjunta al presente el informe final de autoevaluación para la Acreditación.

Así mismo informarle que este documento se publicará en la Web Institucional del Hospital Regional de Loreto, <http://www.hrlloreto.gob.pe>

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

Atentamente,



Gerencia Regional de Salud Loreto  
Hospital Regional de Loreto  
"Felipe Arrivale Iglesias"  
*[Signature]*  
**Dr. Jonathan Ángel López López**  
DIRECTOR GENERAL

Cc.  
Archivo  
JRMLL/RCHH/HAC  
*[Signature]*



Punchana, 10 de Diciembre del 2024

**OFICIO N° 319 -2024-GRL-GRS-L /30.50.06**

**Señor  
M.C. Jehoshua Rafael Michelangelo LOPEZ LOPEZ  
Director General del Hospital Regional de Loreto**



**Presente**

**ASUNTO      INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA  
ACREDITACIÓN DEL HRL.**

\*\*\*\*\*  
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo informarle que en el marco de cumplimiento del compromiso de mejora establecido en el DS N° 036-2023-SA, Ficha N° 44 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de Salud", el Hospital Regional de Loreto, adjunta al presente el informe final de autoevaluación para la Acreditación.

Así mismo informarle que este documento se publicará en la Web Institucional del Hospital Regional de Loreto, <http://www.hrloreto.gob.pe>

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

Atentamente,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LORETO,  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
  
Dra. HAYDEE ALVARADO CORA  
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad  
C.E.P. 17203

Cc.  
Archivo  
HAC



**INFORME FINAL PROCESO DE  
AUTOEVALUACIÓN 2024**

**EQUIPO EVALUADOR**

**Noviembre - 2024**

**INDICE**

<b>Nº</b>		<b>Pág.</b>
1.	Presentación	4
2.	Objetivo	7
3.	Alcance	8
4.	Metodología de Evaluación	9
5.	Equipo Evaluador	11
6.	Cumplimiento del Plan	11
7.	Resultados	15
8.	Recomendaciones	26
9.	Recomendaciones específicas	27

## INFORME DE AUTOEVALUACIÓN 2024

### 1. PRESENTACIÓN

La autoevaluación es la fase inicial, obligatoria, en el proceso de acreditación de los establecimientos de salud; dicha fase permite evaluar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, en cada uno de sus procesos de manera categórica y a base de puntuaciones porcentuales. La calidad de la atención se define como la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos. La calidad de servicio es la medida en que un proveedor de servicios cumple con las expectativas y necesidades de sus pacientes o usuarios.

El Hospital "Felipe Santiago Arriola Iglesias", es un establecimiento de referencia regional, para el departamento de Loreto, brinda prestación de servicios de salud especializada<sup>1</sup> es categorizado como Nivel III-1 de complejidad<sup>2,3</sup> con código RENAES N° 0003<sup>4</sup>; desde hace varios años viene realizando el proceso para la acreditación, para este proceso se requiere contar con un equipo de evaluadores internos; los cuales, aplicando un listado de estándares de acreditación es posible determinan el nivel de su cumplimiento.

Para calificar como acreditado la puntuación debe ser igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares; si el puntaje está entre 70 a 84% se deberá subsanar los criterios observados y reevaluar en un plazo máximo de seis meses; si el puntaje esta entre 50 a 69% 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.

Con los resultados obtenidos en la autoevaluación, será posible 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

<sup>1</sup> R.M.Nro.769-2004 que aprueba la N.T. Nro.021 de "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"

<sup>2</sup> D.S. Nro. 13-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

<sup>3</sup> RD N° 692-2013-GRL-DRS-Loreto/30.01

<sup>4</sup> RM 546-2011, Categorías de establecimientos del sector salud

de Salud<sup>5,6</sup>; 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 desde el año 2007, a excepción del año 2008, viene realizando de manera continua las autoevaluaciones. 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. N° 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 2023<sup>7</sup>; se conformó el equipo de evaluadores internos para el 2023 los cuales iniciaron el proceso de Autoevaluación durante el mes de noviembre, el resultado fue 72% y en el 2024 se logró un 78%.

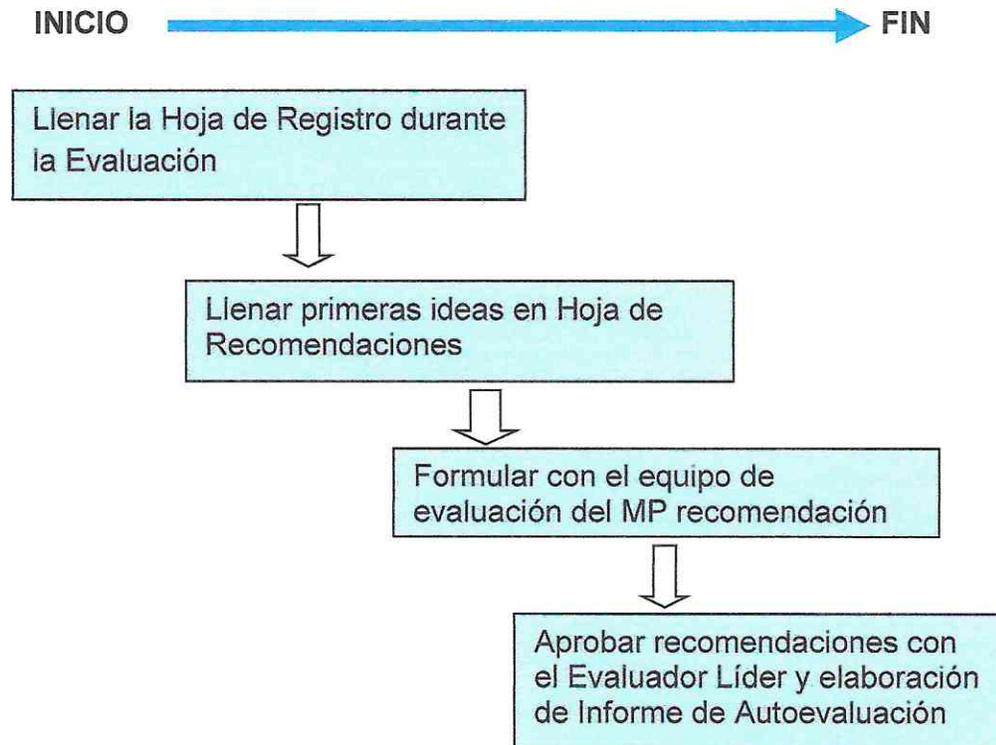
---

<sup>5</sup> 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"

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> RD N°093-2024-GRL-DRS-L/30.50 Plan de autoevaluación y su cronograma 2024

## 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:

- 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.<sup>8</sup>

## 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.

## 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

---

<sup>8</sup> ASIS 2021 Hospital Regional de Loreto

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	Servicio Consultorios Externos
Docencia e investigación	Oficina de Docencia e Investigación
Atención quirúrgica	Dpto. de Anestesiología
Atención de hospitalización	Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia

## MACROPROCESOS DE APOYO

MACROPROCESO	SERVICIOS EVALUADOS
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 acreditación<sup>9</sup> 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

<sup>9</sup> RD N° 113 - 2024-GRL-GRS-L/30.50 del 30 de MAYO 2024

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.

## 5. EQUIPO DE EVALUADORES

5.1 Los evaluadores internos para el Proceso de Autoevaluación del año 2024, fueron propuestos por el Equipo de Acreditación 2024

5.2 El equipo conformante que participó en el Proceso de Autoevaluación 2026, fue el siguiente:

1	QF. Roy Alexander Álvarez Marreros	Lider
2	Lic. Enf. Haydee Alvarado Cora. Dra.	Miembro
3	Lic. Enf. Jaqueline del Pilar Rios Salinas.	Miembro
4	Abog. Lilia Soledad Reategui del Castillo	Miembro
5	Lic.Enf. Dersy Elizabeth Iglesias Curto.	Miembro
6	Ing. Miguel Ángel Vargas Sandi.	Miembro
7	MC. Carolina Zambrano Garcia.	Miembro
8	M.C. Sergio Ruiz Tello	Miembro
9	Lic. Enf. Lorena Armas Navas	Miembro
10	Lic. Enf. Juana E. Pinedo Chirinos.	Miembro
11	Lic. Enf. Ines Castillo Grandez.	Miembro
12	Blga. Ana Carvalho Del Aguila	Miembro
13	Lic.Obst. Susana Minchola Cruces.	Miembro
14	Lic. Enf. Rubí Dávila Padilla	Miembro

15	Q.F. Ericka Aquituari Pacaya	Miembro
16	Tecn. Med. Alexander Omero Briones Alejos	Miembro
17	Lic. Enf. Sara Mafaldo Ricopa	Miembro
18	C.D. Alexander Rengifo Boza	Miembro
19	Lic. Enf. Clara Tello Tuesta	Miembro
20	Lic. Enf. Teresa Aspajo Pinedo	Miembro
21	M.C. Eddyn Flores Pezo	Miembro
22	Psi. Nidia Rengifo Collantes	Miembro
23	M.C. Julio Canelo Torres	Miembro
24	CPC. Judith Castro Mendoza	Miembro

### 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 2024.



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

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

Elaborado: Equipo de autoevaluación

Desde la fecha el mes de julio a agosto 2024, 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 2023 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 Categorías**

<b>Categoría</b>	<b>Macro procesos</b>	<b>Estándares</b>	<b>Criterios</b>
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

<b>Macro procesos que NO aplican según la Categoría y Naturaleza Jurídica de los Establecimientos de Salud</b>		
<b>Nº</b>	<b>Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)</b>	<b>Macro procesos que no aplican</b>
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	
6	II-2	Atención Extramural
7	III-3	
8	<b>Clínicas Privadas</b>	Atención Extramural Docencia e Investigación Manejo de Riesgo Social
9	<b>Hospitales EsSalud, FFAA y Policiales</b>	Atención Extramural Manejo del 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.
  - 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.

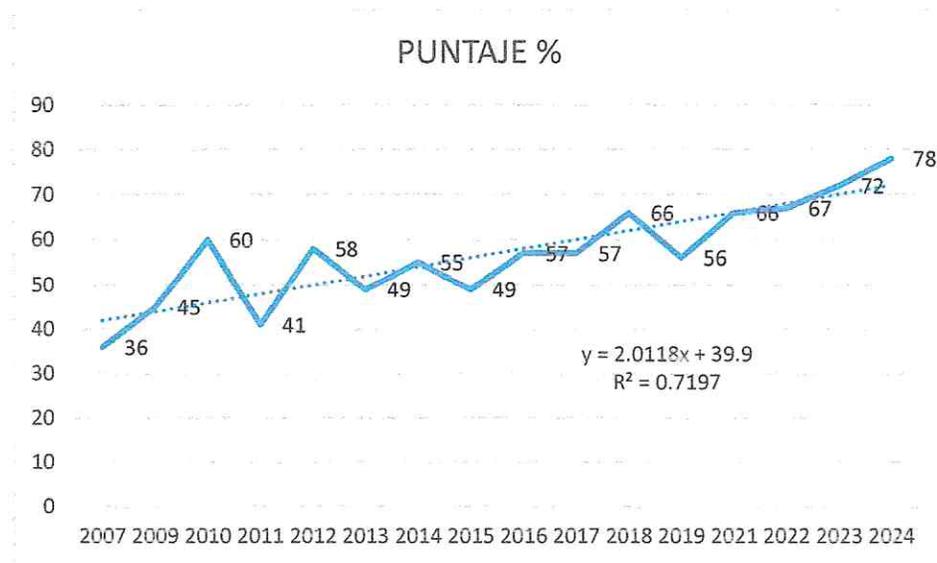
## 7. RESULTADOS

<b>Puntaje Total</b>	<b>78 %</b>
<b>RESULTADO FINAL:</b>	
<b>NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)</b>	

**TABLA 1 PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS EN LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2007 - 2024**

<b>AÑO</b>	<b>%</b>
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
2023	72
2024	78

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



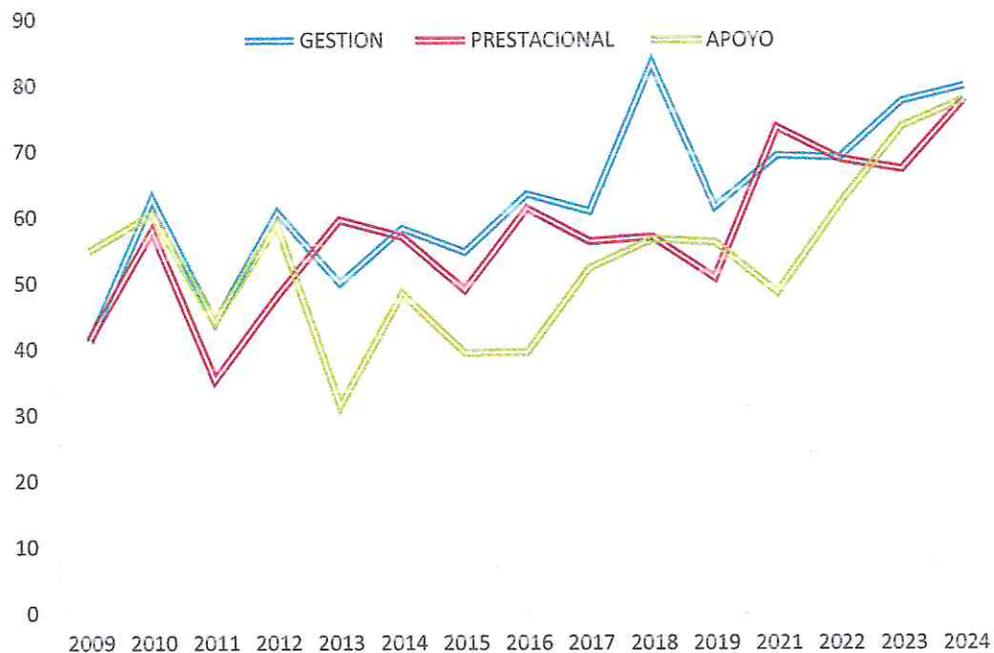
**TABLA 2 PORCENTAJES ALCANZADOS POR CATEGORÍA DE LOS MACROPROCESOS HRL 2024**

CATEGORÍA	%
Gestión	79.77
Prestacional	77.80
Apoyo	77.75

**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
2023	77.48	67.20	73.64
2024	79.77	77.8	77.75

**GRAFICO 2 PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS POR CATEGORÍAS DE LOS MACROPROCESOS COMPARADOS 2009 - 2024**



**TABLA 4 CRITERIOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2024**

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	43.45	79.41	222.64	177.59	79.77
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	33.80	82.35			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	41.46	86.59			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	38.41	80.22			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	11.48	83.93			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	22.36	65.38			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	39.50	82.50	254.45	197.95	77.80
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	32.81	68.52			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	41.58	86.84			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	35.66	74.47			
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	26.06	76.19			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	12.83	75.00	159.03	123.64	77.75
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	11.73	68.57			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	16.09	94.12			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	12.83	75.00			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	12.27	71.74			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	12.68	74.14			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	12.44	72.73			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	12.07	70.59			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	16.44	96.15			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	13.58	79.41			
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>134</b>	<b>167</b>	<b>41</b>	<b>342</b>	<b>636.12</b>	<b>499.50</b>		<b>636.12</b>	<b>499.18</b>	
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>78</b>	

<b>RESULTADO FINAL=72</b>  <b>NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)</b>	<b>Calificaciones:</b>
	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 2024**

MACROPROCESOS	%
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	96.15
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	94.12
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	86.84
GESTIÓN DE LA CALIDAD	86.59
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	83.93
ATENCIÓN AMBULATORIA	82.50
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	82.35
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	80.22
DIRECCIONAMIENTO	79.41
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	79.41
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	76.19
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	75.00
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	75.00
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	74.47
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	74.14
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	72.73
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	71.74
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	70.59
ADMISIÓN Y ALTA	68.57
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	68.52
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	65.38
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0.00

**TABLA 6 CALIFICACIÓN DE LOS MACROPROCESOS SEGÚN PUNTAJES 2024**

Calificaciones	Macroprocesos	% Cumplimiento
<b>Aprobado (85% o más)</b>	Gestión de insumos y materiales	96.15
	Referencia y contrarreferencia	94.12
	Atención de emergencias	86.84
	Gestión de la calidad	86.59
<b>NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)</b>	Gestión de seguridad ante desastres	83.93
	Atención ambulatoria	82.50
	Gestión de recursos humanos	82.35
	Manejo del riesgo de atención	80.22
	Direccionamiento	79.41
	Gestión de equipos e infraestructura	79.41
	Docencia e Investigación	76.19
	Apoyo diagnóstico y terapéutico	75.00
	Gestión de medicamentos	75.00
	Atención quirúrgica	74.47
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	74.14
	Manejo del riesgo social	72.73
	Gestión de la información	71.74
	Nutrición y dietética	70.59
<b>NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)</b>	Admisión y alta	68.57
	Atención de hospitalización	68.52
	Control de la gestión y prestación	65.38
<b>No aplica</b>	Atención extramural	0.00

**TABLA 7 RANKING POR MACRO PROCESOS GERENCIALES, PRESTACIONALES Y DE APOYO 2024**

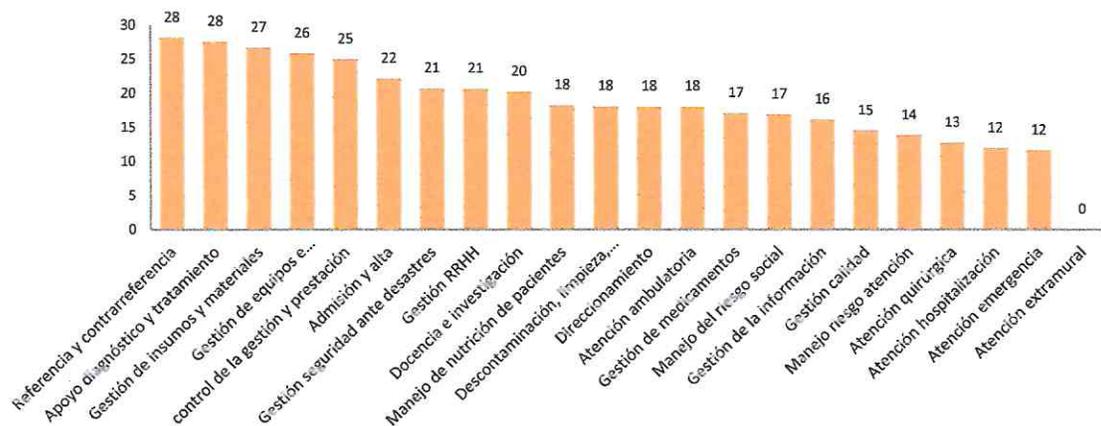
Macroprocesos	%	%
Gestión de la calidad	86.59	77.48
Gestión de seguridad ante desastres	83.93	
Gestión de recursos humanos	82.35	
Manejo del riesgo de atención	80.22	
Direccionamiento	79.41	
Control de la gestión y prestación	65.38	
Atención de emergencias	86.84	67.20
Atención ambulatoria	82.50	
Docencia e Investigación	76.19	
Atención quirúrgica	74.47	
Atención de hospitalización	68.52	
Atención extramural	0.00	
Gestión de insumos y materiales	96.15	73.64
Referencia y contrarreferencia	94.12	
Gestión de equipos e infraestructura	79.41	
Apoyo diagnóstico y terapéutico	75.00	
Gestión de medicamentos	75.00	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	74.14	
Manejo del riesgo social	72.73	
Gestión de la información	71.74	
Nutrición y dietética	70.59	
Admisión y alta	68.57	

TABLA 08 RESULTADO DE AUTOEVALUACION POR MACROPROCESOS ANUALES

ITEM	MACROPROCESO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024
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	79,41	79,41
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	73,53	82,35
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	96,34	86,59
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	73,08	80,22
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	66,07	83,93
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	63,46	65,38
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	50,00	82,5
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	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	69,44	68,52
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	84,21	86,84
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	72,34	74,47
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	57,14	76,19
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	62,36	75,00
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	74,29	68,57
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	91,18	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	61,54	75,00
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	73,91	71,74
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	75,86	74,14
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	72,73	72,73
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	50,00	70,59
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	96,15	96,15
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	35,29	17,65	29,41	35,29	79,41

**TABLA 09 DISPERSIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO DEL 2009 AL 2024**

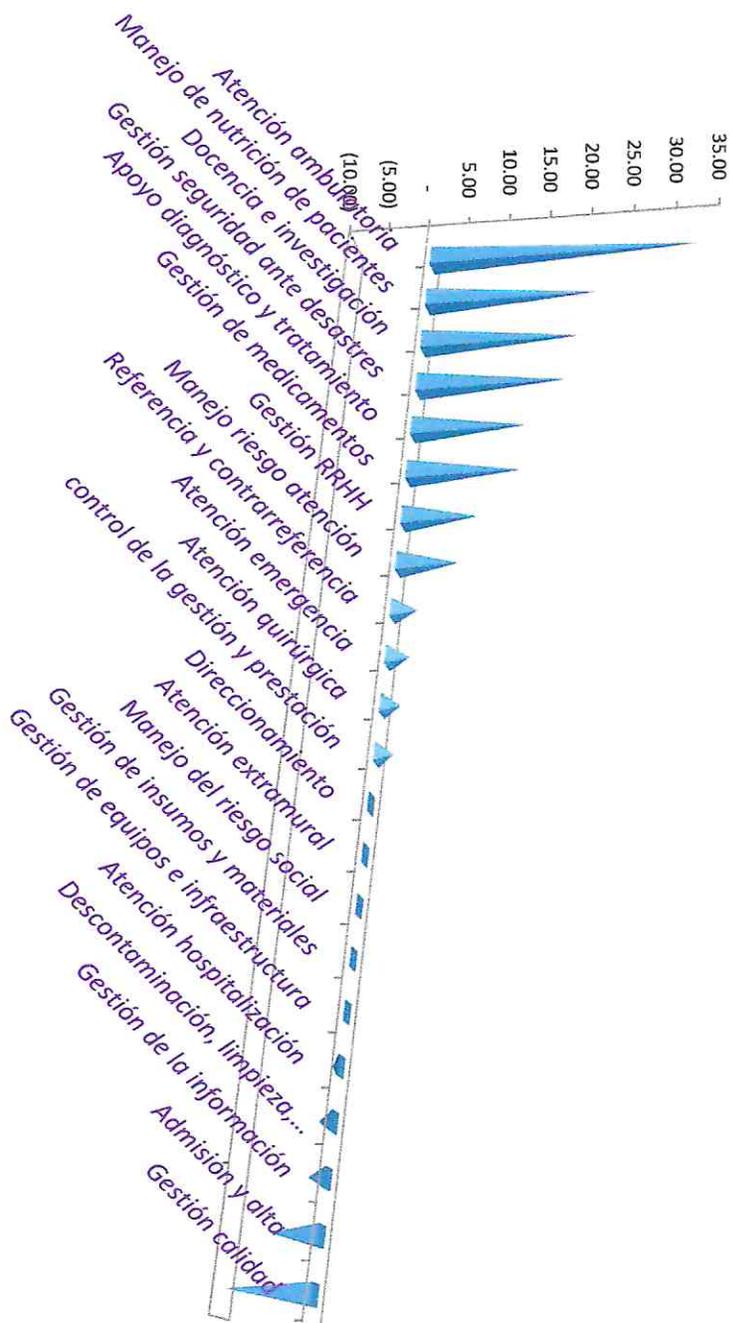
MACROPROCESOS	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28
APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	28
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	27
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	26
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	25
ADMISIÓN Y ALTA	22
GESTIÓN SEGURIDAD ANTE DESASTRES	21
GESTIÓN RRHH	21
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	20
MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	18
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	18
DIRECCIONAMIENTO	18
ATENCIÓN AMBULATORIA	18
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	17
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	17
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	16
GESTIÓN CALIDAD	15
MANEJO RIESGO ATENCIÓN	14
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	13
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	12
ATENCIÓN EMERGENCIA	12
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0

**GRAFICA 3 RANKING DE DISPERSIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO DEL 2009 AL 2024**

**TABLA 10 COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO ENTRE LOS PERIODOS 2023 Y 2024**

<b>CRITERIO</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>DIFERENCIA</b>
DIRECCIONAMIENTO	79.41	79.41	0.00
GESTIÓN RRHH	73.53	82.35	8.82
GESTIÓN CALIDAD	96.34	86.59	-9.76
MANEJO RIESGO ATENCIÓN	73.08	80.22	7.14
GESTIÓN SEGURIDAD ANTE DESASTRES	66.07	83.93	17.86
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	63.46	65.38	1.92
ATENCIÓN AMBULATORIA	50.00	82.50	32.50
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0.00	0.00	0.00
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	69.44	68.52	-0.93
ATENCIÓN EMERGENCIA	84.21	86.84	2.63
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	72.34	74.47	2.13
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	57.14	76.19	19.05
APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	61.36	75.00	13.64
ADMISIÓN Y ALTA	74.29	68.57	-5.71
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	91.18	94.12	2.94
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	61.54	75.00	13.46
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	73.91	71.74	-2.17
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	75.86	74.14	-1.72
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	72.73	72.73	0.00
MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	50.00	70.59	20.59
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	96.15	96.15	0.00
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	79.41	79.41	0.00

GRAFICA 4 RANKING COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO ENTRE LOS PERIODOS 2023 Y 2024



## 8. CRITERIOS A PRIORIZAR

Macroproceso	Criterio
Direccionamiento	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.
Gestión de equipos e infraestructura	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.
	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.
	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.
	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.
	Existe un 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.
	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.
Docencia e Investigación	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente.
	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado.
	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados.
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.
	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.
	Se capacita 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.
Gestión de medicamentos	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las normas prácticas de almacenamiento
	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.
	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación.
	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.

	<p>Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado, stock real y es el esperado. El margen de consistencia es mayor al 99%.</p> <p>Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.</p>
<b>Atención quirúrgica</b>	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.
<b>Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización.</b>	El personal en cada servicio clasifica y realiza 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.
	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.
	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.
	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.
	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.
	Se cuantifica 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.
<b>Manejo del riesgo social</b>	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.
	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.
<b>Gestión de la información</b>	El establecimiento de salud tiene definido 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.
	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.
	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.
<b>Nutrición y dietética</b>	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.
<b>Admisión y Alta</b>	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.
	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.
	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple.
<b>Atención de hospitalización</b>	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto.

	<p>La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.</p> <p>Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder.</p> <p>Se monitoriza 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>El establecimiento de salud cuenta con 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>Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.</p>
<b>Control de la gestión y prestación</b>	<p>El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.</p> <p>El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.</p> <p>En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.</p>

### EVIENCIAS

