Punchana, 30 de octubre del 2025

OFICIO N° 3243 -2025–GRL–GRS–L /30.50

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

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° 022-2024-SA, Ficha N° 46 **"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.

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

Así mismo, solicitarle, por su intermedio hacer llegar este documento a la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud-UFGCS del MINSA., dentro del periodo establecido en la Ficha N° 46, y tenga a bien remitir la copia de envío de este documento

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"
Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

Cc.
Archivo
JRMLL/RCHH/HAC/

31

Punchana, 30 de octubre del 2025

OFICIO N° 213 -2025–GRL–GRS–L /30.50.06

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
MESA DE PARTES
RECIBIDO
30 OCT 2025
FIRMA HORA N° EXP.

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° 022-2024-SA, Ficha N° 46 **"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

"Felipe Arriola Iglesias"
Te Sirve con

INFORME FINAL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2025

EQUIPO EVALUADOR

Iquitos - 2025

INDICE

Nº		Pág.
1.	Presentación	3
2.	Objetivo	6
3.	Alcance	7
4.	Metodología de Evaluación	8
5.	Equipo Evaluador	9
6.	Cumplimiento del Plan	10
7.	Resultados	15
8.	Criterios a priorizar	27
9.	Anexos: Evidencias	30

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

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[1] es categorizado como Nivel III-1 de complejidad[2,3] con código RENAES Nº 0003[4]; 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

[1] R.M.Nro.769-2004 que aprueba la N.T. Nro.021 de "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
[2] D.S. Nro. 13-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
3 RD Nº 692-2013-GRL-DRS-Loreto/30.01
4 RM 546-2011, Categorías de establecimientos del sector salud

de Salud[5,6]; 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. 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.

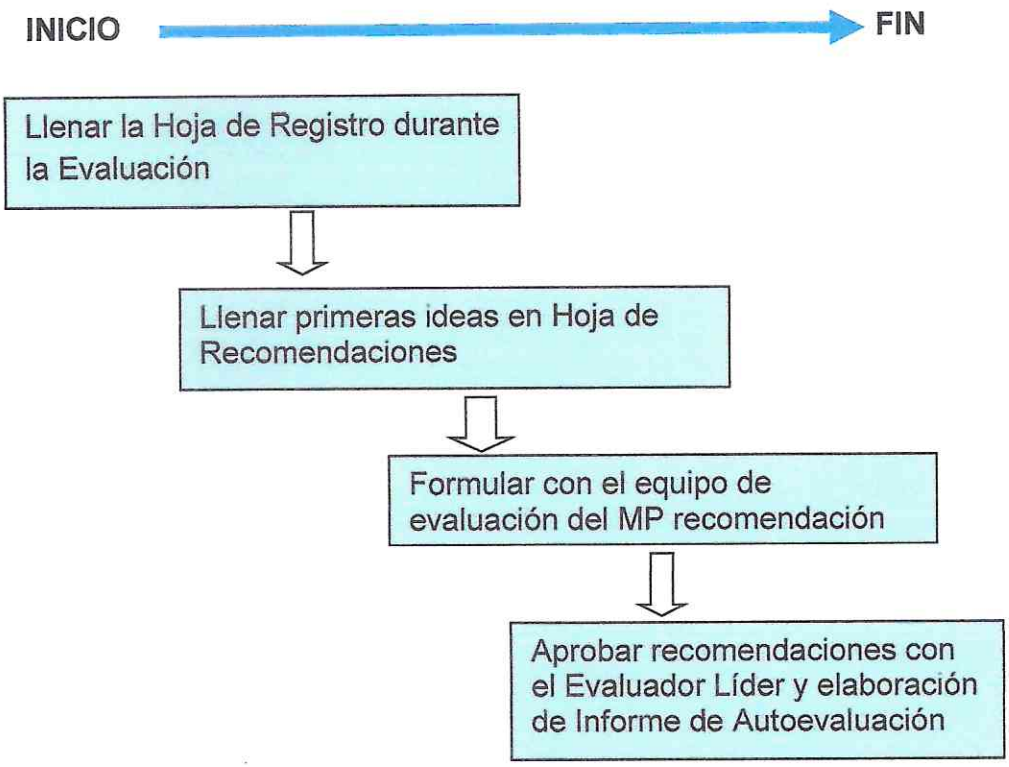
Con la aprobación del Plan Institucional de Auditoria de la calidad de atención en Salud y el Plan de autoevaluación y su cronograma 2023[7]; se conformó el equipo de evaluadores internos para el 2023 los cuales iniciaron el proceso de Autoevaluación durante el mes de noviembre, el resultado para el 2023 fue 72% y en el 2024 se logró un 78%.

[5] 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"

[6] 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

[7] 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 cuento 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.[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, Gíneco-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

[8] 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:

MACROPREOCESOS 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 Epidemiologia
Control de la gestión y prestación	Oficina de Planeamiento Estratégico

MACROPREOCESOS PRESTACIÓNALES

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[9] 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

[9] RD N° 050 - 2025-GRL-GRS-L/30.50 del 17 de febrero 2025

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 2025, fueron propuestos por el Equipo de Acreditación 2025

5.2 El equipo conformante que participó en el Proceso de Autoevaluación 2025, 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. Greisi Curico Huansi	Miembro
12	Lic. Ecolg. Ana Carvalho Del Aguila	Miembro
13	Lic.Obst. Erika Meléndez Chuquimbalqui	Miembro
14	Lic. Enf. Rubí Dávila Padilla	Miembro

15	M.C. Cristopher Emmanuel Gallo Paredes	Miembro
16	Tecn. Med. Alexander Omero Briones Alejos	Miembro
17	Lic. Enf. Sara Mafaldo Ricopa	Miembro
18	Asist. Social Martha Cárdenas Tangoa	Miembro
19	Lic. Enf. Clara Tello Tuesta	Miembro
20	M.C. Jose Carlos Rengifo Fernandini	Miembro
21	M.C. Eddyn Flores Pezo	Miembro
22	Q.F. Robert Dávila del Castillo	Miembro
23	Dr. Jorge Luis Baldeon Rios	Miembro
24	Lic. Enf. Keti Vela Lozano	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 2025.

6.1. Cronograma de Actividades

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2025																			
			MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			
			1	2	3	4	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																
2	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección de Calidad					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	Revisión 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	X	X	X	X	X	X				
11	Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	X	X		
12	Difusión de resultados	Comité de Autoevaluación del HRL																			X	
13	Propuesta de recomendaciones	Comité de Autoevaluación del HRL																				X

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	JULIO/ AGOSTO				
				14	15	16	17	18
1		Direccionamiento	11	X	X	X	X	X
		Gestión de RR.HH	11					
		Referencia y Contrarreferencia	10					
2		Manejo del Riesgo Social y	6	X	X	X	X	X
		Atención de Hospitalización (Medicina)	26					
		Atención de Seguridad ante Desastres	21					
3		Gestión de Equipos e Infraestructura y	12	X	X	X	X	X
		Gestión de Insumos y Materiales	8					
		Atención Ambulatoria	14					
4		Manejo del Riesgo de la Atención y	50	X	X	X	X	X
		Control de la Gestión y Prestación	15					
5		Gestión de la Calidad y	22	X	X	X	X	X
		Docencia e Investigación	15					
6		Admisión y Altas y	16	X	X	X	X	X
		Nutrición y Dietética	10					
7		Gestión de la Información y	14	X	X	X	X	X
		Atención Quirúrgica	24					
8		Gestión de Medicamentos y	15	X	X	X	X	X
		Atención de Hospitalización (Cirugía)	26					
9		Atención Hospitalización	26	X	X	X	X	X
		Pediatría y Gineco - Obstetricia	26					
10		Atención de Apoyo al	11	X	X	X	X	X
		Diagnóstico y Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	17					
11		Atención de Emergencias	14	X	X	X	X	X

Elaborado: Equipo de autoevaluación

Desde la fecha el mes de julio a agosto 2025, 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 2025 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

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 Establecimentos 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 Manejo de Nutrición de Pacientes
2	I-2	
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-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

- **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 Contrarrefencia
  - 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	**84 %**

RESULTADO FINAL:
NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)

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

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
2023	72
2024	78
2025	84

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

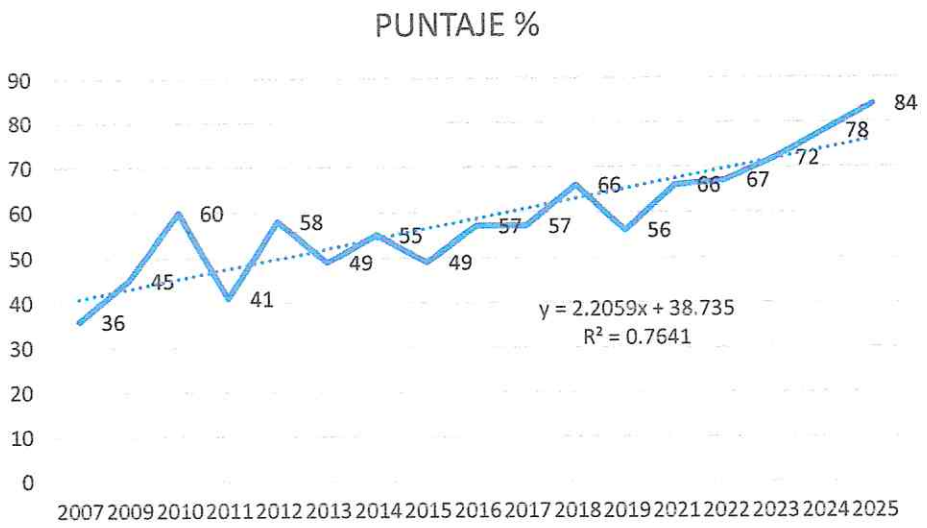


TABLA 2 PORCENTAJES ALCANZADOS POR CATEGORÍA DE LOS MACROPROCESOS HRL 2025

CATEGORÍA	%
Gestión	80.39
Prestacional	87.13
Apoyo	85.62

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	77.80	77.75
2025	80.39	87.13	85.62

GRAFIC0 2 PORCENTAJES ANUALES ALCANZADOS POR CATEGORÍAS DE LOS MACROPROCESOS COMPARAD OS 2009 - 2025

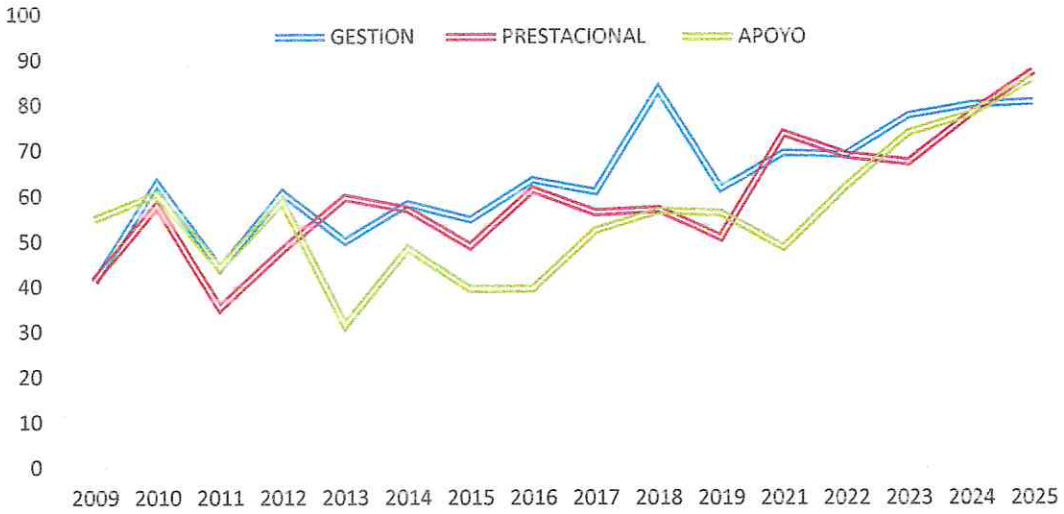


TABLA 4 CRITERIOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2025

Establecimiento : 00000003-HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS

Tipo de Establecimiento : III-1

Fase: AutoEvaluación

Año: 2025

Periodo : 3

		Nro total criterios				MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	**Criterios eval**	**E**	**P**	**R**	**T**	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	32.19	58.82	222.64	178.97	80.39
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	42.62	89.02			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	41.04	85.71			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	13.19	96.43			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	29.60	86.54			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	38.30	80.00	254.45	221.69	87.13
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	36.35	75.93			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	44.10	92.11			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	45.33	94.68			
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	32.57	95.24			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	11.27	65.91	159.03	136.16	85.62
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	16.12	94.29			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	15.59	91.18			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	13.15	76.92			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	15.24	89.13			
Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	15.63	91.38			
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	15.59	91.18			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	15.78	92.31			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	15.59	91.18			
Total	**342**	134	167	41	342	636.12	535.51		636.12	536.82	
									Puntaje Final (%)	**84**	

RESULTADO FINAL= 84
NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)

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

TABLA 5 RANKING DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MACROPROCESO 2025

MACROPROCESOS	%
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	96.43
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	95.24
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	94.68
ADMISIÓN Y ALTA	94.29
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	92.31
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	92.11
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	91.38
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	91.18
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	91.18
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	91.18
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	89.13
GESTIÓN DE LA CALIDAD	89.02
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	86.54
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	85.71
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	82.35
ATENCIÓN AMBULATORIA	80.00
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	76.92
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	75.93
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	72.73
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	65.91
DIRECCIONAMIENTO	58.82
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0.00

TABLA 6 CALIFICACIÓN DE LOS MACROPROCESOS SEGÚN PUNTAJES 2025

Calificaciones	Macroprocesos	% Cumplimiento
Aprobado (85% o más)	Gestión de seguridad ante desastres	96.43
	Docencia e Investigación	95.24
	Atención quirúrgica	94.68
	Admisión y alta	94.29
	Gestión de insumos y materiales	92.31
	Atención de emergencias	92.11
	Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	91.38
	Gestión de equipos e infraestructura	91.18
	Referencia y contrarreferencia	91.18
	Nutrición y dietética	91.18
	Gestión de la información	89.13
	Gestión de la calidad	89.02
	Control de la gestión y prestación	86.54
	Manejo del riesgo de atención	85.71
NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)	Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	74.14
	Manejo del riesgo social	72.73
	Gestión de la información	71.74
	Nutrición y dietética	70.59
NO aprobado - Subsanar en 9 meses (50%-69%)	Admisión y alta	68.57
	Atención de hospitalización	68.52
	Control de la gestión y prestación	65.38
No aplica	Atención extramural	0.00

TABLA 7 RANKING POR MACRO PROCESOS GERENCIALES, PRESTACIONALES Y DE APOYO 2025

Macroprocesos	%	%
Direccionamiento	58.82	80.39
Gestión de recursos humanos	82.35	
Gestión de la calidad	89.02	
Manejo del riesgo de atención	85.71	
Gestión de seguridad ante desastres	96.43	
Control de la gestión y prestación	86.54	
Atención ambulatoria	80.00	87.13
Atención extramural	0.00	
Atención de hospitalización	75.93	
Atención de emergencias	92.11	
Atención quirúrgica	94.68	
Docencia e Investigación	95.24	
Apoyo diagnóstico y terapéutico	65.91	73.64
Admisión y alta	94.29	
Referencia y contrarreferencia	91.18	
Gestión de medicamentos	76.92	
Gestión de la información	89.13	
Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción y Esterilización	91.38	
Manejo del riesgo social	72.73	
Nutrición y dietética	91.18	
Gestión de insumos y materiales	92.31	
Gestión de equipos e infraestructura	91.18	

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	2025
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	58,82
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	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	89,02
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	85,71
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	96,43
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	86,54
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	80,00
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	0,000
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	75,93
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	84,21	86,84	92,11
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	94,68
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	95,24
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	65,91
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	94,29
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	91,18
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	76,92
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	89,13
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción 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	91,38
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	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	91,18
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	92,31
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	79,41	79,41	91,18

60

TABLA 09 DISPERCIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO DEL 2009 AL 2025

MACROPROCESOS	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	28
APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	28
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	27
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	25
ADMISIÓN Y ALTA	23
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	23
GESTIÓN SEGURIDAD ANTE DESASTRES	22
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	21
GESTIÓN RRHH	21
MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	19
ATENCIÓN AMBULATORIA	19
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	18
DIRECCIONAMIENTO	18
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	17
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	16
MANEJO RIESGO ATENCIÓN	15
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	15
GESTIÓN CALIDAD	15
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	13
ATENCIÓN EMERGENCIA	12
ANETCIÓN EXTRAMURAL	0

GRAFICA 3 RANKING DE DISPERCIÓN DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO DEL 2009 AL 2025

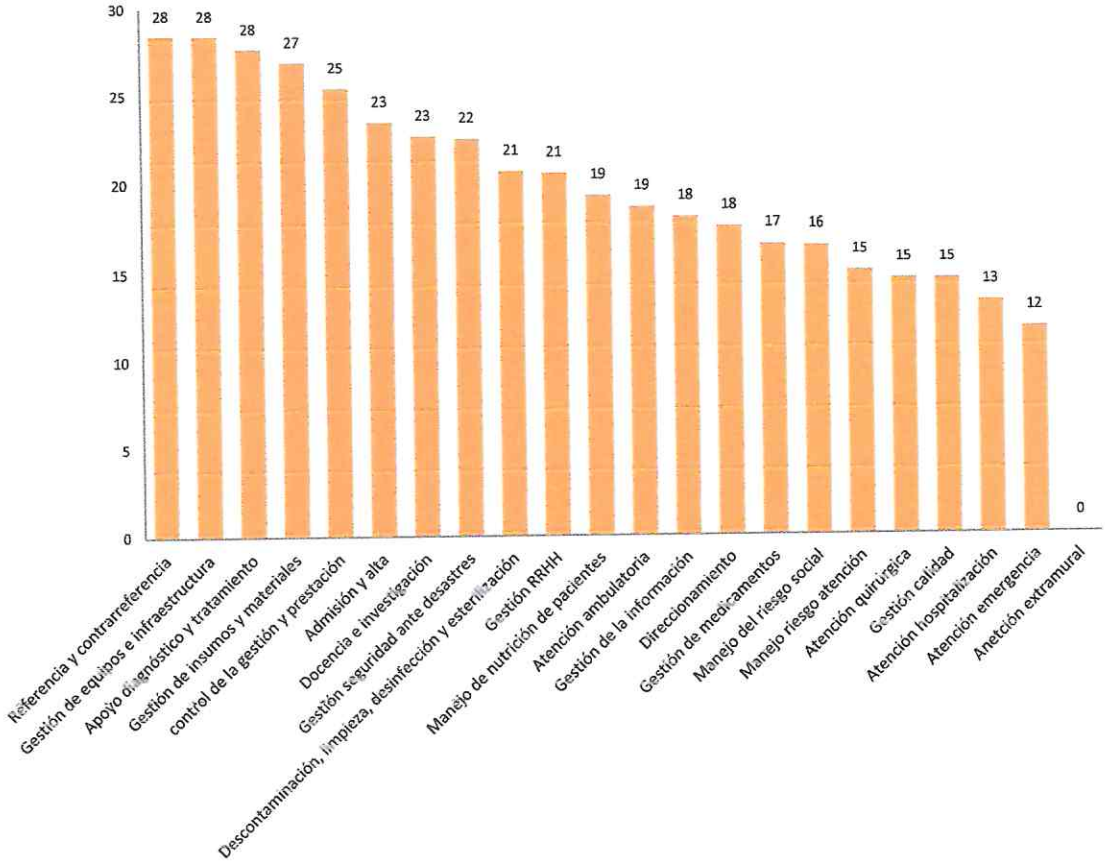
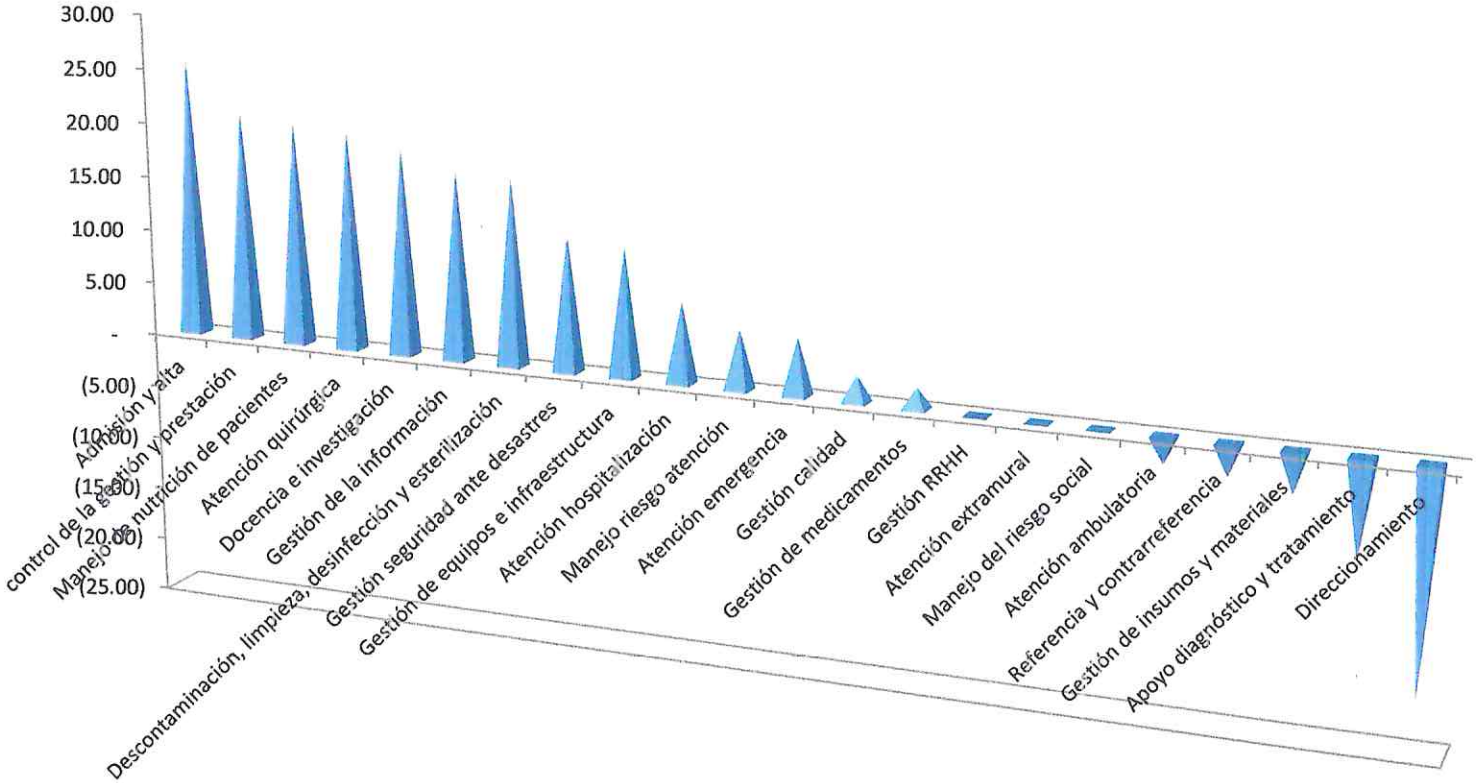


TABLA 10 COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO ENTRE LOS PERIODOS 2024 Y 2025

CRITERIO	2024	2025	DIFERENCIA
DIRECCIONAMIENTO	79.41	58.82	-20.59
GESTIÓN RRHH	82.35	82.35	0.00
GESTIÓN CALIDAD	86.59	89.02	2.44
MANEJO RIESGO ATENCIÓN	80.22	85.71	5.49
GESTIÓN SEGURIDAD ANTE DESASTRES	83.93	96.43	12.50
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	65.38	86.54	21.15
ATENCIÓN AMBULATORIA	82.50	80.00	-2.50
ATENCIÓN EXTRAMURAL	0.00	0.00	0.00
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	68.52	75.93	7.41
ATENCIÓN EMERGENCIA	86.84	92.11	5.26
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	74.47	94.68	20.21
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	76.19	95.24	19.05
APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	75.00	65.91	-9.09
ADMISIÓN Y ALTA	68.57	94.29	25.71
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	94.12	91.18	-2.94
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	75.00	76.92	1.92
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	71.74	89.13	17.39
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	74.14	91.38	17.24
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	72.73	72.73	0.00
MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	70.59	91.18	20.59
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	96.15	92.31	-3.85
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	79.41	91.18	11.76

GRAFICA 4 RANKING COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POR MACROPROCESO ENTRE LOS PERIODOS 2024 Y 2025



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.
	Contar con ASIS institucional oficializado y actualizado.
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 buenas 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.
	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%.
	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.
Atención quirúrgica	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperacion) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.
Descontamina cion,limpieza,d esinfeccion, esteriliz.	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 inncesarios 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.
Manejo del riesgo social	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.
Gestión de la información	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.
Nutrición y dietética	El profesional de nutricion efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.
	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.
Admisión y Alta	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.
	Registrar y monitorear el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.

	Tener documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple.
	0Organizar y garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.
Atención de hospitalización	Permitir el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto.
	Establecer mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.
	Auditar todos los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder.
	Monitorizar la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).
	Contar 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.
	Realizar auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones.
	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento
Control de la gestión y prestación	Evaluar la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.
	Evaluar la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.
	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.

9. ANEXOS: EVIDENCIAS DE LA AUTOEVALUACIÓN