

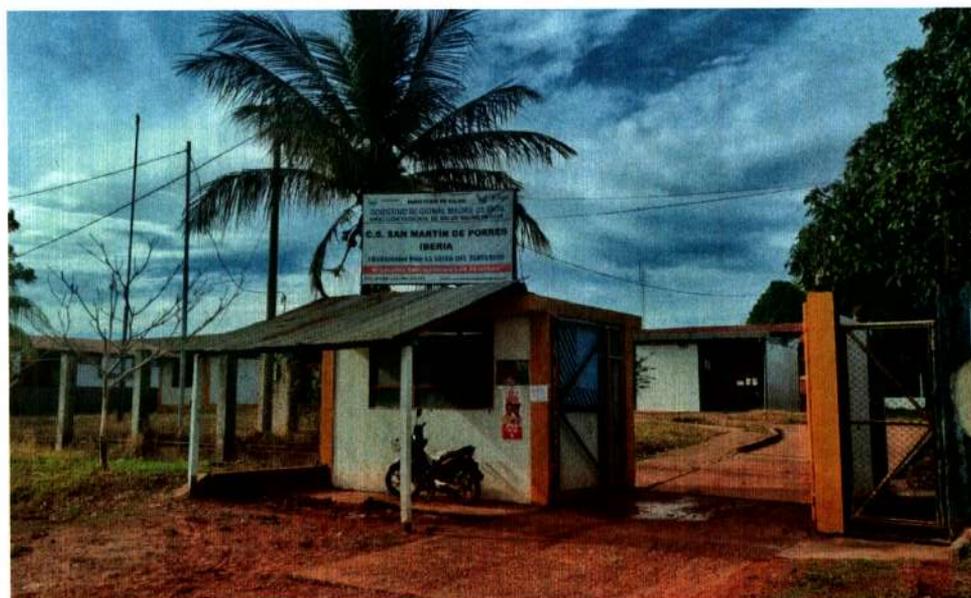


INFORME TECNICO

PROCESO DE AUTOEVALACION PARA LA ACREDITACIÓN AÑO 2022

CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES

IBERIA – TAHUAMANU – MADRE DE DIOS



AÑO

2022



INDICE

I. PRESENTACIÓN	3
II. OBJETIVOS	4
III. ALCANCE.....	4
IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	4
V. EQUIPO EVALUADOR	5
VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN	5
VII. PUNTAJE ALCANZADO	6
VIII. RECOMENDACIONES.....	9
IX. ANEXOS	14



I. PRESENTACIÓN

La obtención de la calidad en salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones basada en la garantía de seguridad y trato humanos hacia los usuarios. En este proceso para fortalecer e institucionalizar la gestión de calidad, la Acreditación se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; garantizar un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, contribuimos a obtener un servicio de salud con enfoque humano y social.

El Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia oferta servicios promocionales, preventivos, recuperativos, siendo el único que resuelve con mayor capacidad resolutive de la provincia de Tahuamanu, dada a la inaccesibilidad de lagunas comunidades y encontrándonos a 180 kilómetros del próximo establecimiento de mayor capacidad resolutive para las referencias de urgencias y emergencias de áreas especializadas como cirugías mayores, traumatología, casos COVID en estado severo, etc.

En este contexto, el Centro de salud San Martín de Porres de Iberia, comprometido a brindar una atención oportuna, eficiente, garantizando la calidad de prestación de servicios de salud; llevo a cabo la ejecución de la autoevaluación institucional como parte inherente a las exigencias que demanda el proceso de acreditación de los establecimientos de salud.



II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar que el Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia cuenta con capacidad resolutoria, para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares de calidad definidos para establecimientos categoría I-3 orientados a minimizar riesgos y maximizar la satisfacción de usuario y promover una cultura de calidad en el ámbito de Tahuamanu.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ✓ Se cumplió con la programación para la organización y se ejecutó la evaluación interna según los estándares de acreditación por la norma vigente del MINSA
- ✓ Se identificó brechas en los macroprocesos para y se tomará acciones de mejoramiento continuo de la calidad cumpliendo los criterios y estándares de acreditación.
- ✓ Se estableció pautas para la mejora en el desempeño y organización laboral del personal de salud del Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia.

III. ALCANCE

La autoevaluación fue obligatoria en toda la IPRESS y oficinas del Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia, evaluándose todos los macroprocesos de acreditación Nivel I-3, según la lista de estándares de acreditación.

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación es la fase de inicio del proceso y estuvo a cargo del equipo de evaluadores internos con competencia en el proceso de acreditación. Los resultados obtenidos de esta evaluación, son comparados con estándares e indicadores previamente definidos.

Técnicas de evaluación:

- Verificación de documentos
- Observación directa de los procesos
- Entrevistas
- Muestreo
- Encuestas
- Auditorías de registros médicos
- Otras que sean requeridas.



V. EQUIPO EVALUADOR

Evaluador líder :

- M.C. Dazia Zolenka Avila Donaire

Evaluadores :

- Lic. Guliana Paredes Cervantes
- Lic. Aldiabel A. García Osorio
- Lic. Patricia L. Cayllahua Gil
- Lic. Nory Muñoz Ccallo.
- Lic. Rosario Diaz Sarmiento

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

1. Se conformó el equipo de autoevaluación para el año 2022
2. Se elaboró y aprobó mediante acto resolutivo el Plan de Autoevaluación 2022
3. Desarrollamos el programa de capacitación de evaluadores internos, para desarrollar el programa de acreditación.
4. Revisó y/o reformuló los instrumentos de recolección de información, así como las listas de chequeo la cual se utilizó por cada macroproceso y su duración no excedió de dos semanas.
5. Se formuló estrategias de comunicación orientado a sensibilizar y acoger la colaboración de los jefes, coordinadores y trabajadores en general en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.
6. Se programó las visitas para la recopilación de información, la misma que fue desarrollada por cada equipo auto evaluador, que coordinó con las jefaturas involucradas en los macroprocesos a fin de definir fechas de obligatorio cumplimiento de ambas partes, salvo situaciones inesperadas que fueron comunicadas oportunamente.
7. Se gestionó los materiales necesarios para el proceso de autoevaluación.
8. Recopilamos la información en las fechas programadas por cada equipo.
9. Se elaboró el informe final de autoevaluación, el que estuvo a cargo del evaluador líder del equipo de evaluadores internos y coordinadores de equipos de autoevaluación para remitirlo al comité de Acreditación.

VII. PUNTAJE ALCANZADO

Tabla N° 01: Puntaje final de Autoevaluación 2022

Establecimiento :	00002793-SAN MARTIN DE P											
Tipo de Establecimiento :	I-3											
Fase:	AutoEvaluación											
Año:	2022											
Periodo :	1											
		MACROPROCESO					CATEGORIAS					
		Nro total criterios					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	31.36	0.00	0.00	107.70	17.09	15.87	
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	6.72	28.57				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	0.00	0.00				
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	12.58	45.83				
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	2.48	31.58				
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	0.00	0.00				
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	4.57	16.67	123.09	37.61	30.55	
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	20.58	75.00				
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	4.90	50.00	76.93	28.53	37.09	
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	2.45	25.00				
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	6.19	63.16				
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	7.00	71.43				
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	4.32	44.12				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	3.12	31.82				
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	3.68	37.50				
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	0.00	0.00				
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	1.05	10.71				
Total	196	95	83	18	196	307.72	79.63		307.72	83.23		
									Puntaje Final (%)	27		

RESULTADO FINAL	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)
NO aprobado. Reiniciar desde la Autoevaluación (Menos 50%)	

Como se observa en la Tabla N° 1 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 27% (NO aprobado) Según la NT Nro 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

Análisis de Puntajes obtenidos por Macroprocesos

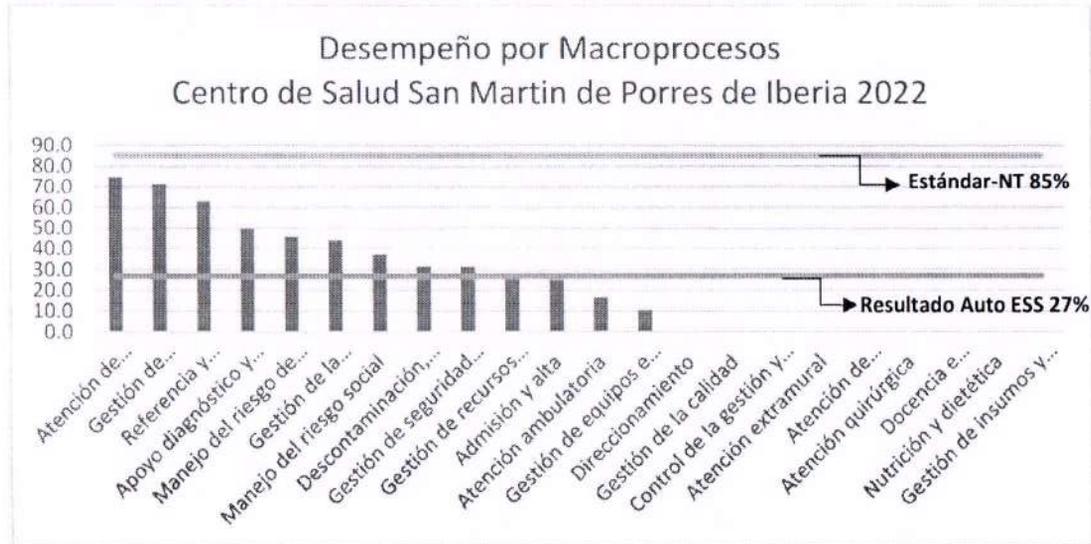


Gráfico N° 01: Desempeño por Macroprocesos del Centro de Salud San Martin de Porres de Iberia.

En el presente cuadro observamos que los Macroprocesos de Atención de Emergencias, Gestión de Medicamentos y Referencia y Contrarreferencia obtuvieron el mayor puntaje, con 75%, 71.4% y 63.2% respectivamente, sin llegar al puntaje estándar que es 85% según NT.

Los Macroprocesos con 0% de avance (Direccionamiento, Gestión de la Calidad, Control de gestión de información, Atención extramural y Gestión de insumos y Materiales) se priorizará en la implementación de los proyectos de mejora continua.

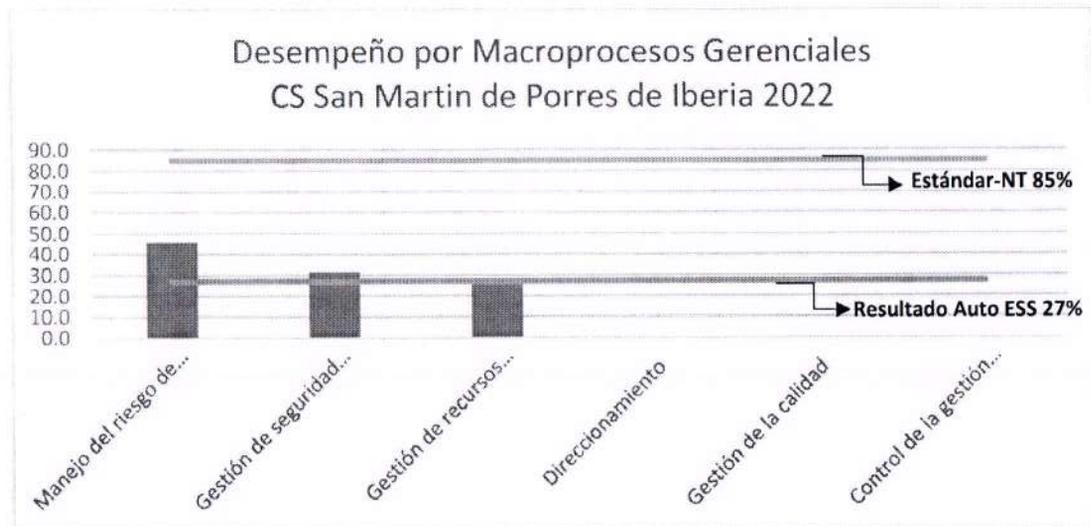


Gráfico N° 02: Desempeño por Macroprocesos Gerenciales del Centro de Salud San Martin de Porres de Iberia.

Este gráfico muestra los Macroprocesos Gerenciales, observándose que el Macroproceso Manejo de Riesgo de la Atención a obtenido un 45.8% de cumplimiento, seguido del Macroproceso de Gestión de Seguridad ante Desastres con un grado de cumplimiento de 31.6% así como el de Gestión de Recursos Humanos con un 28.6% de cumplimiento, los macroprocesos de Direccionamiento, así como Gestión de la Calidad y Control de la Gestión y Prestación muestran un 0% de cumplimiento.

Siendo los Macroprocesos de Direccionamiento, así como Gestión de la Calidad y Control de la Gestión y Prestación, macroprocesos claves en los cuales se enmarcan actividades que se desarrollan continuamente, se obtuvo 0% de cumplimiento en razón a la falta de evidencias como libro de actas, informes, planes de trabajo, etc.

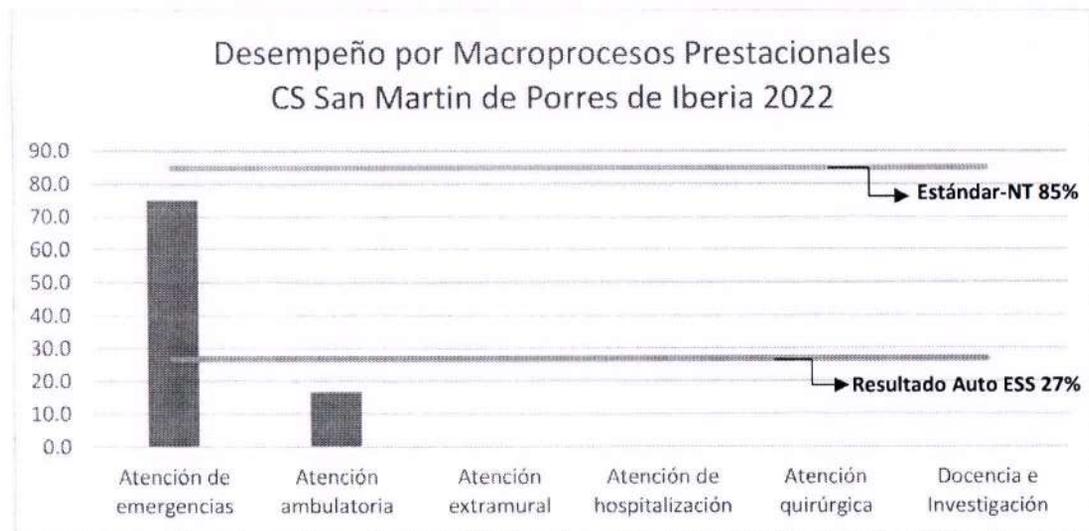


Gráfico N° 03: Desempeño por Macroprocesos Prestacionales del Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia.

En este cuadro se observa los Macroprocesos Prestacionales, de los cuales el Macroproceso de Atención de emergencias alcanza un 75% de cumplimiento seguido del Macroproceso de Atención Ambulatoria con un 16.7 % y en atención extramural se tiene un 0% de cumplimiento, los otros Macroprocesos (de hospitalización, atención quirúrgica y docencia e investigación) no aplica. La falta de evidencias que demuestran la efectivización de las atenciones extramurales ha permitido obtener un nulo cumplimiento.

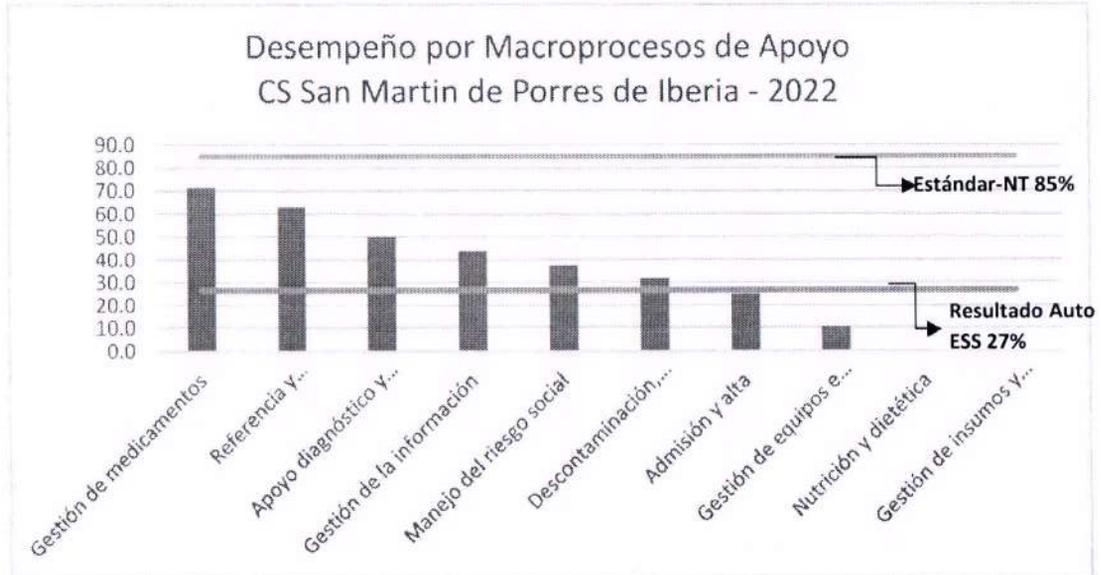


Gráfico N° 04: Desempeño por Macroprocesos de Apoyo del Centro de Salud San Martín de Porres de Iberia.

En este cuadro se observan los Macroprocesos de Apoyo, siendo el Macroproceso de Gestión de Medicamentos el que mayor porcentaje de cumplimiento tiene con un 71.43%, seguido de Referencia y Contrarreferencia y Apoyo al Diagnóstico y Terapéutico con un 63% y 50% de cumplimiento, el Macroproceso de Gestión de Insumos y Materiales obtuvo un 0% de cumplimiento, siendo que Nutrición y dietética no aplica para el nivel del C.S. San Martín de Porres de Iberia.

VIII. RECOMENDACIONES

MACROPROCESO DE ADMISIÓN Y ALTA

1. Actualizar según RM N° 597-2006/MINSA, NTS N°022MINSA para la gestión de la Historia Clínica con responsabilidad del Jefe de Establecimiento
2. Implementación de las Historias Clínicas de acuerdo a la norma vigente por etapa de vida.
3. Implementar y socializar RM N° 423-2001-SA/DM y Manual de Procedimiento de admisión integral por responsabilidad del Jefe del Establecimiento de Salud y responsable del área de Admisión.
4. Programación de capacitación al personal de admisión



MACROPROCESO DE ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO

1. Implementar documentos según RM N° 616-2003 SA/DM.
2. Implementar y realizar Plan Operativo con responsabilidad en el Jefe de Establecimiento y Responsable del Equipo de Gestión

MACROPROCESO DE ATENCIÓN EXTRAMURAL

1. Implementar documento oficial del nivel competente que contiene el modelo de atención extramural en los ámbitos familia y/o comunidad.
2. Implementar las guías de trabajo oficializadas para actividades extramurales de acuerdo al MAIS-BFC.
3. Realizar la programación de actividades e informe de evaluación del desarrollo de actividades.
4. Organización para implementación del PROFAM con responsabilidad del Jefe del Establecimiento de Salud

MACROPROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

1. Implementar señalización en consulta externa y zonas visibles de acceso al usuario.
2. Adoptar las guías del MINSA. Identificar morbilidades por etapa de vida
3. Evaluar y cumplir el estándar de los indicadores para la atención prenatal
4. Realizar plan para la implementación de la estrategia de familias saludables.
5. Implementar documentos oficiales para la estrategia de Escuelas promotoras de salud.
6. Implementar documentos oficiales para el desarrollo de programas de prevención de las patologías más frecuentes.
7. Implementar de manera adecuada los medios que incentiven y faciliten a los usuarios consignar sugerencias en todos los ambientes de consulta externa

MACROPROCESO DE CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN

1. Formular e implementar planes de auditoria con responsabilidad en el Jefe de establecimiento y equipo de gestión.
2. Incentivar la capacitación al personal con responsabilidad al coordinador de capacitación
3. Implementar el proceso de supervisión, monitoreo y evaluación con el coordinador asignado.
4. Socializar mediante reuniones técnicas los resultados del monitoreo y evaluación.
5. Establecer la verificación y oficializar. Lograr resultado mayor al 80%



MACROPROCESO DE DIRECCIONAMIENTO

1. Implementar Plan Operativo Anual con responsabilidad sobre Jefe de establecimiento y equipo de gestión
2. Implementar y actualizar documentos oficiales que identifiquen las necesidades de salud para todas las etapas de vida
3. Organizar reuniones e implementar actas para la formulación del ASIS
4. Asignar responsables de las actividades para los planes correspondientes
5. Realizar evaluación trimestral de acuerdo al POA

MACROPROCESO DE DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

1. Socializar las disposiciones según documento oficial sobre la limpieza y desinfección.
2. Implementar a los procedimientos de empaque y esterilización lo indicado según norma
3. Fomentar la protección a más del 90% del personal según normas de bioseguridad
4. Implementar disposiciones dirigidas a mejorar la limpieza del EESS con base a los resultados de percepción del usuario.

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

1. Elaborar el plan de mantenimiento preventivo y recuperativo anual oficializado e incluirlo en el POA
2. Implementar manual de procedimientos para mantenimiento (DGIEM) Generar informes de la actividad
3. Elaborar el plan de mantenimiento. Realizar informes trimestrales de la evaluación del Plan de Mantenimiento

MACROPROCESO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

1. Verificar la documentación e implementar las disposiciones oficiales en la atención de emergencia. Según RM 516-2005-MINSA y RM 386-2006-MINSA
2. Programación de capacitaciones con responsabilidad sobre el Jefe de establecimiento de Salud y Responsable de Capacitación



MACROPROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. Organizar y designar responsable y equipo de calidad e implementar proyectos de mejora continua previa capacitación al personal asignado.
2. Implementar manual de procedimientos para procesos asistenciales y administrativos.
3. Implementar mecanismos para la atención de sugerencias, quejas o reclamos para el usuario interno
4. Identificar las barreras de accesos a los usuarios y emitir propuestas y acciones a implementar e implementar mejoras para disminuir las barreras identificadas
5. Implementar evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno de forma semestral.

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES

1. Realizar Plan Anual de necesidades por servicios den EESS
2. Realizar requerimientos de bienes y estrategias por cada servicio según las necesidades

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN

1. Implementar Plan Anual de adquisiciones para el equipamiento del sistema de información según necesidad.
2. Capacitar a todo el personal de la oficina de EI sobre la base de datos del Sistema de información manual o electrónico
3. Elaborar proyectos de mejora continua de los puntos críticos de la gestión de información
4. Documentar la implementación del método de gestión de información de acuerdo a las disposiciones generales.

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTO

1. Aplicar y evaluar las normas de prescripción e informar de manera mensual.
2. Documentar la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores de dispensación

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

1. Designar jefe de establecimiento a tiempo completo con perfil gerencial.
2. Fomentar la participación de los equipos de trabajo para la toma de decisiones o planteamiento de soluciones a los problemas.



3. Actualizar el Plan Operativo Anual. Implementar plan anual de capacitación. Evaluar trimestralmente para fortalecer competencias

MACROPROCESO DE GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

1. Actualizar / recertificar la inspección técnica a cargo de Defensa Civil
2. Implementar señalización de seguridad en todas las áreas del EESS
3. Implementar Plan Anual de emergencias y desastres
4. Implementar actividades para el Plan de contingencia y respuesta regional y local ante emergencias
5. Difundir a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias o desastres

MACROPROCESO DEL RIESGO DE ATENCIÓN

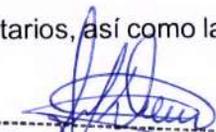
1. Reportar el análisis de indicadores de la efectividad de la atención
2. Realizar reuniones e informar de manera oficial para proponer ideas que disminuyan riesgos de la atención
3. Incentivar al personal a hacer uso de indumentaria de bioseguridad bajo responsabilidad de Jefe de Establecimiento de Salud y equipo de gestión
4. Implementar el manual de prevención de riesgos relativo al tipo de trabajo
5. Cumplir con la normativa de manejo de residuos sólidos hospitalarios.

MACROPROCESO DE MANEJO DE RIESGO SOCIAL

1. Implementar Documento oficial de evaluación socio-económica
2. Implementar tarifario diferenciado del EESS
3. Implementar fichas y realizar informes mensuales de control de calidad

MACROPROCESO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

1. Elaborar Flujograma adecuado a la realidad local y publicación en consultorio externo
2. Establecer coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, servicios extrainstitucionales, locales, regionales y elaborar actas de compromiso
3. Implementar mecanismos de seguimiento a los pacientes referidos.
4. Documentar aspectos críticos del REFCON del EESS, proponer las medidas de mejoras y socializarlo entre el personal
5. Reactivar a los agentes comunitarios, así como la vigilancia comunitaria y socializarlo


Dra. DAZIA AVILA DONAIRE
MEDICO CIRUJANO
CMP 087990

Establecimiento : 00002793-SAN MARTIN DE PORRES DE IBERIA
 Tipo Establec : I-3
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2022
 Período : 1

Cod Macro	Macroprocesos	Cod Estandar	Estandar	Crt. Eval	N° total Criterios								Puntaje Maximo por Estandar							
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T				
DIR	Direccionamiento	DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	8	5	2	1	8	6.7	5.3	4.0	16.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	3	1	2	0	3	1.2	4.8	0.0	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
GRH	Gestión de recursos humanos	GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	0.0	4.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0			
		GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0			
		GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	0.0	4.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0			
		GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	3	0	3	0	3	0.0	6.0	0.0	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
GCA	Gestión de la calidad	GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	5	5	0	0	5	10.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	9	5	4	0	9	6.9	11.1	0.0	18.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	8	0	1	7	8	0.0	1.4	14.6	16.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
MRA	Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	6	3	2	1	6	3.6	4.8	3.6	12.0	3.6	1.2	1.8	6.6	0.0			
		MRA-2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		MRA-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		MRA-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		MRA-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
		MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	9	3	6	0	9	3.6	14.4	0.0	18.0	0.6	2.4	0.0	3.0	0.0			
		MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	0.6	5.7	0.0	6.3	0.0			
		MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura. Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	3.0	0.0	3.0	0.0			
GSD	Gestión de Seguridad ante desastres	GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	4	4	0	0	4	8.0	0.0	0.0	8.0	2.0	0.0	0.0	2.0				
		GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	5	1	4	0	5	1.1	8.9	0.0	10.0	0.0	1.1	0.0	1.1				
		GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	5	4	1	0	5	6.7	3.3	0.0	10.0	5.0	1.7	0.0	6.7				

Establecimiento : 00002793-SAN MARTIN DE PORRES DE IBERIA
 Tipo Establec : I-3
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2022
 Período : 1

Cod Macro	Macroprocesos	Cod Estandar	Estandar	Crit. Eval	N° total Criterios					Puntaje Maximo por Estandar					Puntaje obtenido por Estandar				
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R
GIN	Gestión de la información	GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y contable	4	0	4	0	4	0.0	8.0	0.0	0.0	8.0	0.0	4.0	0.0	0.0	4.0	
		GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	4	2	2	0	4	2.7	5.3	0.0	1.3	8.0	0.0	5.3	0.0	0.0	6.7	
		GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	5	3	2	0	5	4.3	5.7	0.0	0.7	10.0	0.0	1.4	0.0	0.0	2.1	
DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0		
		GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	3	0	3	0	3	0.0	6.0	0.0	6.0	0.0	4.0	0.0	0.0	4.0		
		DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	0.0	4.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0		
MRS	Manejo del riesgo social	DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	1	0	1	0	1	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0		
		DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	4	2	1	1	4	2.3	2.3	0.0	1.7	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	
		MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	2	1	1	0	2	1.3	2.7	0.0	1.3	4.0	0.0	1.3	0.0	0.0	1.3	
NYD	Nutrición y dietética	MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	2	0	1	1	2	0.0	1.6	2.4	4.0	0.0	1.6	0.0	0.0	1.6		
		NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
GIM	Gestión de insumos y materiales	NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	2	2	0	0	2	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
EIF	Gestión de equipos e infraestructura	GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	3	0	2	1	3	0.0	3.4	2.6	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	8	6	2	0	8	9.6	6.4	0.0	16.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8		
		EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0		
				90	83	18	191	146.7	190.4	44.9	382.0	39.9	56.4	10.6	106.9				

Establecimiento : 00002793-SAN MARTIN DE PORRES DE IBERIA
 Tipo Establec : I-3
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2022
 Período : 1

Cod Macro	Macroprocesos	Cod Estandar	Estandar	Crt. Eval	N° total Criterios						Puntaje Maximo por Estandar					
					E	P	R	T	E	P	R	T	E	P	R	T
ATQ	Atención quirúrgica	EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	3	3	0	0	3	6.0	0.0	0.0	6.0	0.0	0.0	6.0	
		EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	3	0	1	2	3	0.0	1.5	4.5	6.0	1.5	3.4	4.9	
		ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
DIV	Docencia e Investigación	ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y terapéutico	DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	2	1	1	0	2	1.3	2.7	0.0	4.0	0.7	0.0	0.7	
		ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	4.0	
ADA	Admisión y alta	ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, sectorial o institucional.	2	0	2	0	2	0.0	4.0	0.0	4.0	1.0	0.0	1.0	
		ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	4	2	2	0	4	2.7	5.3	0.0	8.0	0.7	1.3	2.0	
		ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
RCR	Referencia y contrarreferencia	ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	4	4	0	0	4	8.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	3.0	
		RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	1	1	0	0	1	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	
		RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	4	0	1	3	4	0.0	1.5	6.5	8.0	0.0	0.7	5.5	
GMD	Gestión de medicamentos	RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	3	3	0	0	3	6.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	
		GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	4	1	3	0	4	1.1	6.9	0.0	8.0	0.0	6.9	6.9	

ACTA DE CIERRE DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL CS-SAN
MARTIN DE PORRES DE IBERIA – CATEGORIA 1-3 AÑO 2022

Fecha Reunión: 27 de Diciembre del 2022

Hora: 17:00 PM.

Lugar de la Reunión: Auditorio de la IPRESS San Martin de Porres de Iberia.

Asistentes:

➤ Lic. Rita H. Guevara Sarmiento	Jefe de Establecimiento	GOBIERNO REGIONAL MIDU DIRECCION REGIONAL DE SALUD TRAMITE DOCUMENTARIO RECEPCION - CARGO Registro Exp. N° <u>12344</u> Folios: _____ Fecha: <u>29.DIC.2022</u> Hora: _____ Firma: _____
➤ M.C. Dazia Z. Ávila Donaire	Evaluador Líder	
➤ Lic. Guliana Paredes Cervantes	Evaluador	
➤ Lic. Rosario Diaz Sarmiento	Asistente	
➤ Lic. Aldiabel A. García Osorio	Evaluador	
➤ Q.F. Luz Mary Luque Arapa	Asistente	
➤ Lic. Patricia L. Cayllahua Gil	Evaluador	
➤ Lic. Nory Muñoz Ccallo	Evaluador	
➤ Sr. German W. Pérez Ynca	Asistente	
➤ Sr. Mario Baca López	Asistente	

- El 25 de diciembre del presente, horas 17.00 reunidos en el Auditorio del Centro de Salud, el equipo de Autoevaluación liderado por la Dra. Dazia evaluador Líder, iniciamos la reunión, con la finalidad de analizar los resultados, identificar los nudos críticos y elaborar las recomendaciones para mejorar los procesos de atención y garantizar la calidad de atención brindada a la demanda del establecimiento.
- Se evaluó los macroprocesos, a su vez se hizo comparaciones con los resultados de la autoevaluación del año 2021, el establecimiento para desarrollar el informe una vez concluida con el proceso de Autoevaluación en las UPS del establecimiento, con participación activa de los evaluadores internos y el personal de salud se procede a Cierre del Plan de Autoevaluación para la acreditación de la IPRESS San Martin de Porres de Iberia, realizado en el marco de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA. Que aprueba NORMA TECNICA DE SALUD N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud, donde nos reunimos e informamos a los asistentes. Se evaluaron 18 macroprocesos, obteniendo un porcentaje de la autoevaluación de 27%, que está por debajo de los estándares de calidad.
- El equipo de autoevaluación se compromete a levantar las observaciones al primer trimestre del año 2023, a la vez socializaremos los resultados de la autoevaluación con los trabajadores de la IPRESS, con la finalidad de que los servidores interioricen todos los procesos para obtener como resultado productos de calidad.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS
 "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"
 "Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Peru"

FIRMA DE LOS ASISTENTES;

<p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES-IBERIA</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Lic. ENF. Rita H. Guevara Sarmiento JEFE DEL ESTABLECIMIENTO</p> <p>FIRMA DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO LIC. RITA H. GUEVARA SARMIENTO</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Dra. DAZIA AVILA DONAIRE MEDICO CIRUJANO CMP 087990</p> <p>FIRMA DEL EVALUADOR LIDER M.C. DAZIA Z. AVILA DONAIRE</p>
<p>DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL SAN MARTIN</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>GULIANA PAREDES CERVANTES Obrt. C.O.P 3349</p> <p>LIC. GULIANA PAREDES CERVANTES EVALUADOR</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Rosario del Pilar Diaz Sarmiento OBSTETRA COP. 21780</p> <p>LIC. ROSARIO DIAZ SARMIENTO ASISTENTE</p>
<p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCION REGIONAL DE SALUD Hospital San Martin de Porres - Iberia</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Aissa Garcia Osorio LIC. EN ENFERMERIA C.E.P. 26896</p> <p>LIC. ALDIABEL A. GARCIA OSORIO EVALUADOR</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Ministerio de salud Elmer Hernandez Salazar Biologo - Microbiologo C.O.P. 2815</p> <p>BLOGO. ELMER HERNANDEZ SALAZAR EVALUADOR</p>
<p><i>[Signature]</i></p> <p>Mary Luz Luque Arapa QUIMICO FARMACEUTICO COFP: 26896</p> <p>Q.F. LUZ MARY LUQUE ARAPA ASISTENTE</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>LIC. PATRICIA L. CAYLLAHUA GIL EVALUADOR CEP 26458</p>
<p><i>[Signature]</i></p> <p>Nory Muñoz Ccallo C.E.P. 59285 LIC. ENFERMERIA C.S. SAN MARTIN DE PORRES</p> <p>LIC. NORRY MUÑOZ CCALLO ASISTENTE</p>	<p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES-IBERIA</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Germán Wilber Pérez Ynca (e) RECURSOS HUMANOS</p> <p>SR. GERMAM W. PEREZ YNCA ASISTENTE</p>
<p>GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES-IBERIA</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>SR. MARIO BACA LOPEZ ASISTENTE</p>	