



Oficio N° 1517 - 2024

EMISOR : DIRECCION HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS
 ASUNTO : INFORME TECNICO DE PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL AÑO 2024.
 FECHA : 04/12/2024 06:09 PM FOLIOS: 17

REFERENCIAS:

- 1) Informe Nro. 33 del 2024 de UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PASES:

NRO.	TIPO	EMISOR	DESTINO	F.PASE	F.RECEP.	ACCION	OBS.	ESTADO
1	ORIGINAL	DIRECCION HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS	DIRECCIÓN GENERAL DIRESA PIURA	04/12/2024 06:09 PM	05/12/2024 08:10 AM			TRAMITAD O
2	ORIGINAL	DIRECCIÓN GENERAL DIRESA PIURA	DIRECCION EJECUTIVA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	05/12/2024 08:10 AM	05/12/2024 08:29 AM	ATENCION		TRAMITAD O
3	ORIGINAL	DIRECCION EJECUTIVA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	QUISPE DE DAVILA MARIA ANGELICA	05/12/2024 08:47 AM		para su atencion		POR RECIBIR

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"En la Región Piura Todos Juntos Contra el Dengue"

Chulucanas, 04 de diciembre del 2024

OFICIO N° 1514-2024/GRP-430020-132001

Señor:
MANUEL EDUARDO GIRÓN MARTÍNEZ
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE PIURA
Piura

ATENCIÓN : DRA. MARÍA QUISPE CARACELA.
Jefa Unidad Funcional de Gestión de la Calidad

ASUNTO : INFORME TÉCNICO DE PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024.

REFERENCIA : b) Decreto Supremo N°036-2023-SA

Me es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez de acuerdo al documento de la referencia, para dar **CUMPLIMIENTO AL CRITERIO N°04** de la Ficha Técnica 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, preciso lo siguiente:

- **INFORME TÉCNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024 PARA LA ACREDITACIÓN DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**

En tal sentido y cumpliendo con el criterio antes mencionado, adjunto al presente la documentación antes mencionada a fin de que sea remitido a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad de su representada y a la responsable de Convenios de Gestión 2024 continuando el trámite hacia MINSA Lima, por lo que se remite la documentación dentro de los plazos señalados en la ficha técnica del Compromiso de Mejora N°44.

Ocasión propicia para expresarle los sentimientos de mi consideración.

Atentamente,



C.C
430020-132001
ERAD/ekgm




GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ALVAREZ DELGADO
CMP. 062790
DIRECTOR

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"En la Region Piura Todos Juntos Contra el Dengue"

Chulucanas, 4 de diciembre del 2024.

INFORME N° 33 -2024/GRP – 430020-13201-13204

A : Señor
EDUARDO RICARDO ALVAREZ DELGADO
Director del E.S II-1 Hospital Chulucanas

DE : Señora
ELSA K. GARCIA MORALES
Jefa de La Unidad de Gestión de Calidad

ASUNTO : INFORME DE TÉCNICO DEL PROCESO DE II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

REFERENCIA : a) Decreto Supremo N°036-2023-SA



En atención al documento de la referencia a) Decreto Supremo N°036-2023-SA el cual tiene como objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2024, remito a su despacho el **INFORME TÉCNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024 PARA LA ACREDITACIÓN DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, por lo que dicho informe deberá ser remitido a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad de la Dirección Regional de Salud de Piura, todo esto con el propósito de cumplir con el Criterio N°4 de la Ficha Técnica 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.

Es cuanto tengo que informar para su atención y trámite correspondiente.

Atentamente;

Cc.
Arch.


LIC. ENF. ELSA K. GARCÍA MORALES
CEP N° 090947
JEFE DE UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

INFORME TÉCNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN AÑO 2024.

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.
E.S.II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**



INFORME TÉCNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. AÑO 2024.

I. PRESENTACIÓN.



La ley N°26842 Ley General de Salud, el numeral II del Título Preliminar establece la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en su artículo 2 precisa, que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

El Ministerio de Salud en los últimos años viene impulsando el desarrollo de las políticas de calidad en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con muchas limitaciones pero también con experiencias acumuladas en auditoria en salud, implementación de guías de prácticas clínicas, autoevaluación, implementación del Registro, Notificación y Análisis de Eventos Adversos, adherencia a la higiene de manos, aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, medición de satisfacción del usuario externo, desarrollo de proyectos y acciones de mejora entre otras actividades, con la finalidad de crear una cultura de calidad en salud y el mejoramiento continuo en todos los niveles de atención.

La NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobada con la RM N°456-2007/MINSA, define a la autoevaluación como la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La autoevaluación del Establecimiento de salud estuvo a cargo de un grupo de evaluadores seleccionados de acuerdo con la normatividad vigente y realizó el proceso de autoevaluación teniendo en cuenta la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con la RM N°270-2009/MINSA, quienes aplicaron el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1.



El equipo de evaluadores internos se organizó tomando como referencia los diferentes Macroprocesos del instrumento antes mencionado, se hizo uso de las diferentes técnicas de evaluación, se verificó que la evaluación de todos los Macroprocesos se desarrolle acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

El E.S II-1 Hospital Chulucanas categorizado como Establecimiento de Salud II-1 ha realizado el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación, cuyos resultados son los que se presentan a continuación.

II. OBJETIVOS.

1.1.OBJETIVO GENERAL.

Mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución, por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado a los diferentes servicios, y considerar las recomendaciones con miras de desarrollar una cultura de calidad, a fin de garantizar la seguridad en la atención de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 20 macroprocesos.
- Incorporar a la gestión del Hospital de Chulucanas la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Implementar un Plan de Mejora dirigido a enfrentar los problemas identificados durante los procesos de atención.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.



III. ALCANCE.

El cumplimiento del proceso de autoevaluación del E. S II-1 Hospital de Chulucanas, ha sido obligatorio en todas las unidades orgánicas y funcionales que lo conforman.

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

El grupo de evaluadores del Hospital de Chulucanas utilizó diversas técnicas que le permitieron evidenciar y calificar los criterios de evaluación del Listado de Estándares Esenciales de calidad.

Las técnicas que utilizaron fueron:

- Verificación, revisión documentaria.
- Observación
- Entrevistas.
- Muestreo
- Encuestas.

V. EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS.

Conformación del Equipo de Acreditación: El equipo de acreditación estuvo conformado por todos los jefes de las unidades orgánicas y funcionales del establecimiento de salud formalizándose con **Resolución Directoral N°024-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201**, los cuales promovieron la difusión del Listado de Estándares y coordinaron las acciones del proceso de acreditación.

Selección del Equipo de Evaluadores Internos por la Autoridad Institucional: El Equipo de Evaluadores Internos se constituyó por colaboradores profesionales y técnicos formalizándolos con **Resolución Directoral N°117-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201**; además se contó con un líder elegido por consenso, recibieron capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar.

El proceso de autoevaluación se difundió en los medios de comunicación al interior de la institución a través de folletos informativos, infografías publicadas en la red social y web institucional donde se difundió los documentos normativos e instrumentos del proceso de acreditación, la lista de evaluadores entre otros.



VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN:

Durante el proceso de autoevaluación, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

a. Conformación y Selección del Equipo de Evaluadores internos.

Se conformó el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Chulucanas con Resolución **Directoral N°117-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201**. Se eligió como líder de los Evaluadores a la Mgtr. Enf. Sonia Aleida Rubio Rubio.

b. Capacitación de Evaluadores Internos.

El proceso de capacitación para evaluadores internos estuvo a cargo de la Unidad de gestión de la calidad del hospital Chulucanas.

c. Elaboración y Aprobación del Plan de autoevaluación.

El Equipo de evaluadores internos presentó el plan de autoevaluación, el cual fue revisado en reunión por los integrantes del Equipo de Acreditación de la Institución, quienes realizaron algunos aportes y sugerencias. Dicho plan fue aprobado con R.D. N°133-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201.

d. Designación de Responsables de los Macroprocesos.

Se designó que cada evaluador interno desarrolle como mínimo un macroproceso y que coordine con su acreditador para mejorar la aplicación de los estándares evaluados según la categoría del establecimiento de salud, categoría II-1.

d. Reuniones de Trabajo entre el Equipo de Evaluación interna y los Responsables de Brindar Información por Sección

Se realizó una (01) reunión de trabajo en el día 10 de octubre 2024.

e. Comunicación de inicio de Autoevaluación a la Diresa – Piura.

Con Oficio N°1108 -2024-GRP-430020-13201 se comunicó a la Diresa el inicio del proceso de Autoevaluación para la acreditación.

f. Evaluación de estándares por macroproceso.

Con fecha de Inicio 01 de noviembre y fecha de cierre 25 de noviembre del 2024, se realizó la evaluación de cada uno de los Macroprocesos según el Listado de Estándares para la categoría del Establecimientos de Salud categoría II-1. La apertura del proceso de Autoevaluación se inició con una reunión de los evaluadores internos y los responsables del servicio a ser evaluado, quedando constancia mediante un acta de apertura.



g. Finalización del proceso de Autoevaluación.

El proceso de Autoevaluación culminó con un acta de cierre donde se revisó la calidad del llenado de los formatos que contienen los estándares evaluados por sección. Así mismo se procedió a ingresar los resultados en el aplicativo informático para la obtención de resultados y la elaboración del informe final.

VII. EQUIPO DE ACREDITADORES.

1. Director general
2. Dr. José Eduardo Herrera Flores: subdirector. Coordinador del equipo de Acreditación.
3. Jefe de la unidad de Gestión de la calidad.
4. Jefe de unidad de administración
5. Jefe del servicio de medicina
6. Jefe del servicio de cirugía y anestesiología
7. Jefe del servicio de pediatría.
8. Jefe de servicio de emergencia
9. Jefe del servicio de odontoestomatología.
10. Jefe del servicio de enfermería.
11. Jefe del servicio de diagnóstico por imágenes.
12. Jefe de la unidad de epidemiología.
13. Responsable de plataforma de atención al usuario (PAUS).
14. Jefe del servicio de Gineco-obstetricia.
15. Jefe del Servicio de Docencia e Investigación.
16. Jefe de unidad de planeamiento estratégico.
17. Jefe de equipo de personal.
18. Jefe de equipo de logística.
19. Jefe de equipo de seguros.
20. Encargado de control patrimonial
21. Encargado de servicios generales.
22. Jefe de área por servicio.
23. Responsable de banco de sangre.
24. Encargado del área de nutrición.
25. Responsable del equipo de promoción de la salud.
26. Representante de auditoria médica.
27. Representante de auditoria en salud.
28. Supervisor de hospitalización.



29. Coordinadora del centro de esterilización.
30. Responsable de Seguridad y Salud ocupacional
31. Encargado de Área de Almacén.
32. Responsable del Espacio de Monitoreo de Emergencia y Desastres.
33. Encargado de Medicina física y Rehabilitación
34. Encargada del Área de Servicio social.
35. Coordinador de centro Quirúrgico.
36. Encargada de área de Admisión.
37. Unidad de estadística e informática.
38. Coordinadora del servicio de obstetricia.

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Sonia Aleida Rubio Rubio. | Magister en Enfermería. |
| 2. Giuliana Leslie Carolina Bravo Medina. | Licenciada en Enfermería. |
| 3. Twinky Margarita Bayona Zapata. | Licenciada en Enfermería. |
| 4. María R. Jaramillo Ramírez. | Obstetra |
| 5. María Lizbeth Heras Navarro. | Obstetra. |
| 6. Yaneth Maribel Arredondo Chávez. | Licenciada en Enfermería. |
| 7. Vanessa Dotila Adanaque Aponte. | Licenciada en Enfermería. |
| 8. Adela Marina Condori Reyes. | Técnica de Enfermería. |



IX. FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN.

La fecha del inicio del proceso de Autoevaluación fue el día 01 de noviembre del 2024.

X. FECHA DE TÉRMINO DE AUTOEVALUACIÓN.

El proceso de Autoevaluación terminó el día 25 de noviembre del 2024.

XI. LIMITACIONES.

- No se logró un involucramiento del 100% de los Acreditadores por el tema de disponibilidad de tiempo en los turnos desarrollados en el hospital.



- Designar horas administrativas exclusivas para la ejecución del proceso de autoevaluación y no se afecten los servidores en sus horarios de trabajo.

XII. PUNTAJE ALCANZADO.

Nivel de Cumplimiento de Proceso de Autoevaluación.

En el aplicativo de Evaluación de los Macroprocesos se han colocado los puntajes obtenidos para cada estándar (0, 1 y 2) y de esta forma se ha obtenido un resultado porcentual final que refleja el nivel de cumplimiento de los estándares esenciales de calidad.

El nivel de cumplimiento en la evaluación de los Estándares Esenciales de Calidad es valorado según el porcentaje alcanzado (Tabla N°1).

Tabla N° 01:
Valoración del Nivel de Calificación del proceso de Autoevaluación.

CALIFICACIONES :	
NO APROBADO - REINICIAR DESDE AUTOEVALUACIÓN	< 50%
NO APROBADO - SUBSANAR EN 9 MESES	50% - 69%
NO APROBADO - SUBSANAR EN 6 MESES	70% - 84%
APROBADO	85% a más



La IPRESS E.S II-1 Hospital Chulucanas, de categoría II-1, ha realizado el proceso de autoevaluación de cada uno de los Macroprocesos y estándares esenciales de calidad. Se evaluaron 20 Macroprocesos con sus respectivos estándares y se obtuvo el siguiente resultado:



Tabla N° 02:
Reporte de Resultados del Aplicativo por Macroprocesos.
IPRESS: E.S. II-1 Hospital Chulucanas.

Fase: AutoEvaluación

Año: 2024

Periodo: 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	CATEGORIAS		
		E	P	R	T				Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	29.33	55.88	202.05	130.75	64.71
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	24.31	61.76			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	33.04	71.95			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	29.27	63.74			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	8.67	66.07			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	23.97	73.08	230.91	151.73	65.71
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	24.11	52.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	27.55	60.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	31.42	68.42			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	37.62	81.91	144.32	101.43	70.28
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	12.67	77.27			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	7.73	47.14			
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13	16.40	11.89	72.50			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	12.30	75.00	144.32	101.43	70.28
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	10.34	63.04			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	10.46	63.79			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	8.95	54.55			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	15.92	97.06			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	11.98	73.08	144.32	101.43	70.28
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	13.02	79.41			
Total	328	128	159	41	328	577.28	384.54		577.28	383.91	
									Puntaje Final (%)	67	

RESULTADO FINAL

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

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



J. HERRERA F

En la Tabla N°02 podemos observar que:

- En la Sección GERENCIAL el puntaje obtenido corresponde al 64.71% en donde se Valoran los Macroprocesos Direccionamiento, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de la Calidad, Manejo del Riesgo de la atención, Gestión de Seguridad Ante Desastres, Control de la Gestión y Prestación.
- En la Sección PRESTACIONAL el puntaje obtenido corresponde al 65.71% en donde se Valoran los Macroprocesos Atención Ambulatoria, Atención de Hospitalización, Atención de Emergencia, Atención Quirúrgica.
- En la Sección APOYO se alcanzó el puntaje menor de la ponderación correspondiendo al 70.28, % en los que se valoran los Macroprocesos apoyo al diagnóstico y tratamiento, admisión y alta, referencia y contrareferencia, gestión de medicamentos, gestión de la información, descontaminación, desinfección, limpieza y esterilización, manejo del riesgo social, nutrición y dietética, gestión de insumos y materiales, gestión de equipos e infraestructura.
- Cómo resultado final de las secciones evaluadas la ponderación correspondió al 67 % obteniendo un nivel de **NO APROBADO** dentro de la Valoración del Nivel de Cumplimiento de los Estándares Esenciales de Calidad.



En la Tabla N°03 Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Gerenciales

Macroprocesos	Criterios evaluación	Grado de cumplimiento	Cumplimiento x categoría
Direccionamiento	11	55.88	64.71
Gestión de recursos humanos	11	61.76	
Gestión de la calidad	22	71.95	
Manejo del riesgo de atención	50	63.74	
Gestión de seguridad ante desastres	21	66.07	
Control de la gestión y prestación	15	73.08	

En la tabla 3 se muestra los 6 macroprocesos gerenciales que en forma global tienen un grado de cumplimiento de los criterios de evaluación del 64.71%.

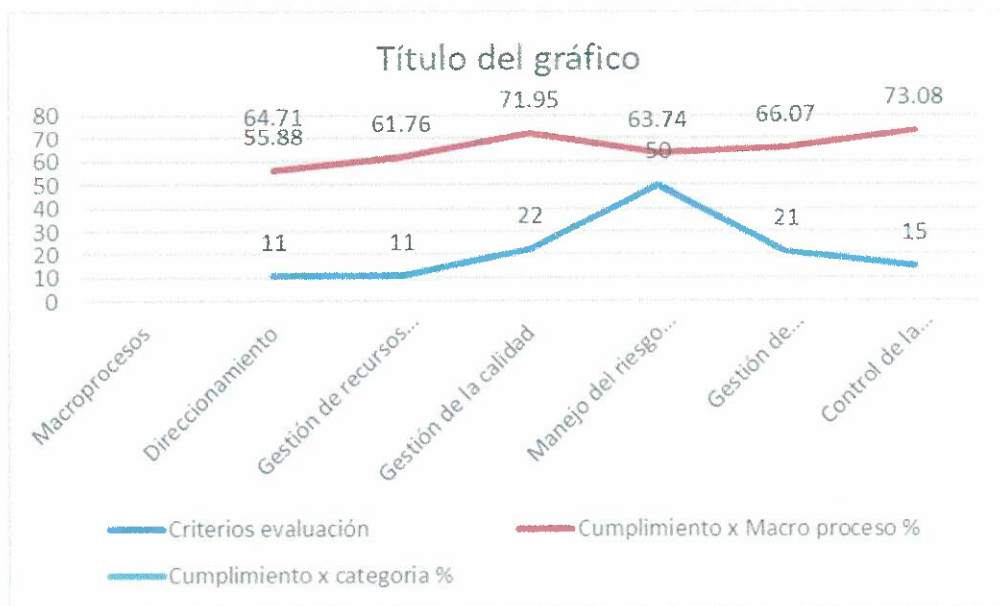


Tabla 4: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos Prestacionales

Macroprocesos	Criterios evaluación	Cumplimiento x Macro proceso	Cumplimiento x categoría
		%	%
Atención ambulatoria	14	52.50	65.71
Atención de hospitalización	24	60.00	
Atención de emergencias	14	68.42	
Atención quirúrgica	24	81.91	

En la tabla 4 se observa los Macroprocesos Prestacionales de los cuales dos no se aplican al Hospital el macroproceso 8 (Atención Extramural) y el macroproceso 12 (Docencia e Investigación). Se observa un grado de cumplimiento 65.71 %.

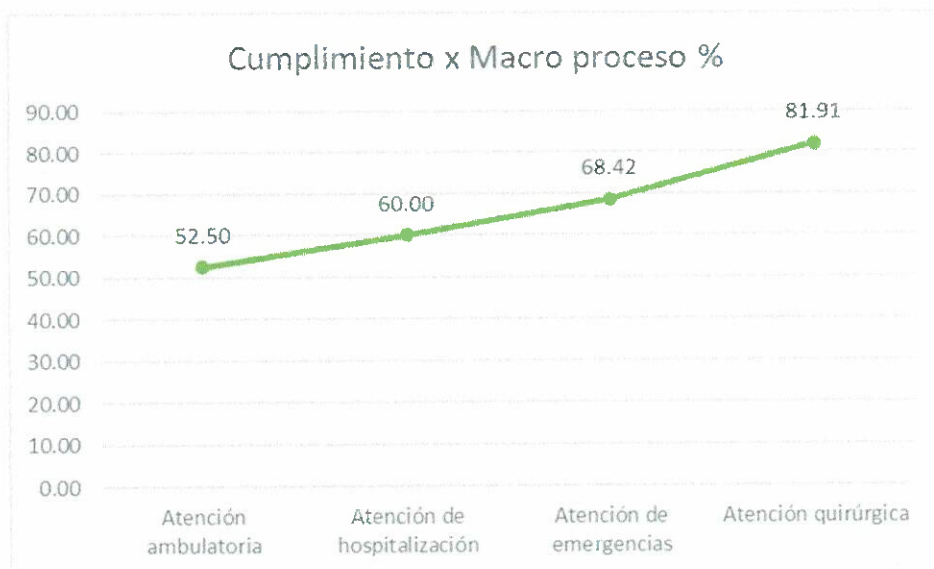
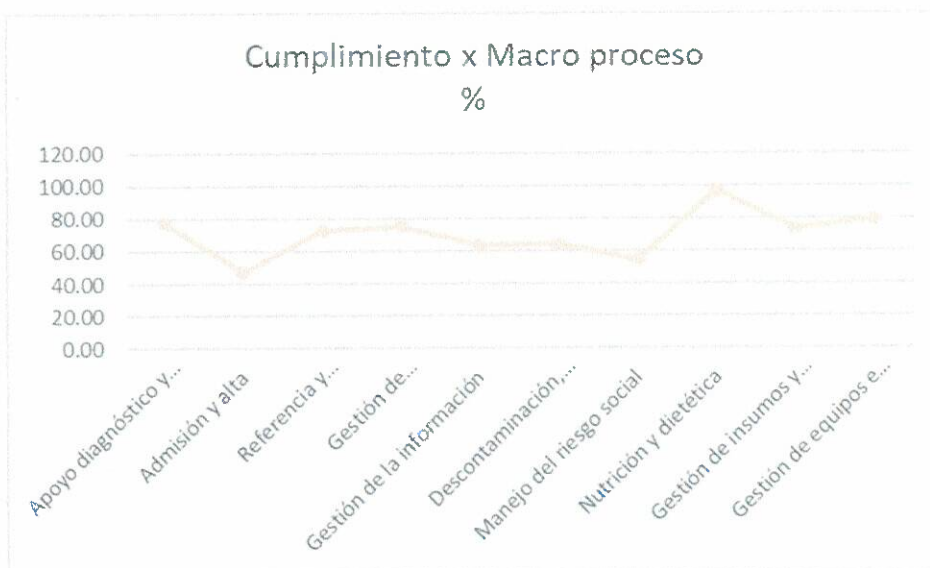


Tabla 5: Puntaje de Autoevaluación Macroprocesos De Apoyo.

Macroprocesos	Criterios evaluación	Cumplimiento x Macro proceso %	Cumplimiento x categoría %
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	77.27	70.28
Admisión y alta	16	47.14	
Referencia y contrarreferencia	13	72.50	
Gestión de medicamentos	15	75.00	
Gestión de la información	14	63.04	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	63.79	
Manejo del riesgo social	6	54.55	
Nutrición y dietética	10	97.06	
Gestión de insumos y materiales	8	73.08	
Gestión de equipos e infraestructura	12	79.41	

En la tabla 5 observamos los Macroprocesos de Apoyo que son en total 10 cuyo grado de cumplimiento en forma global se encuentra en 70.28%.



XIII. CONCLUSIONES

Pese a los inconvenientes presupuestales, se ha efectuado el proceso de autoevaluación en el E.S II-1 Hospital Chulucanas, el cual se ha logrado gracias al compromiso de Dirección y de las Jefaturas evaluadas.

De manera global se ha obtenido un puntaje final del 67% de cumplimiento de los estándares de acreditación lo que nos ubica en un nivel de **NO APROBADO**.

Se ha obtenido un mejor puntaje en los Macroprocesos Apoyo (70.28), y Macroprocesos Prestacionales (65.71%) y el menor puntaje fue de los Macroprocesos de Gerenciales (64.71%).

Los macroprocesos con menor puntaje en la evaluación y que serán monitoreados con mayor énfasis durante el año 2023 son: Admisión y alta (47.14 %), Atención ambulatoria (52.50 %), Manejo del riesgo social (54.55 %), Direccionamiento (55.88 %)

Se observa que muchos de los criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos se encuentran desactualizados, y además no son aplicables en el Hospital Chulucanas.

XIV. RECOMENDACIONES

- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el Hospital de Chulucanas, por la Dirección y por cada órgano y/o Unidad Orgánica del establecimiento con el único fin de estar acreditados y ello significa garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.
- Subsanan las observaciones emitidas en un plazo de seis meses para lo cual se realizará un seguimiento constante.
- Elaborar el Plan de Mejora en base a los resultados de la autoevaluación para la Acreditación de estándares esenciales de calidad 2024, en el cual se reunirán las acciones de mejora continua relacionadas a los estándares que hayan obtenido puntajes 0 y 1.
- Realizar la monitorización de la ejecución de las acciones de mejora.
- Comprometer a todas la Unidades Productoras de Servicios de Salud con el proceso de Mejora Continua.



- Realizar el siguiente proceso de autoevaluación en un plazo de 6 meses.
- Solicitar asistencia técnica a DIRESA para la implementación de las acciones de mejora.
- Sensibilizar al personal de salud, sobre la importancia de la autoevaluación, con participación del responsable de Gestión de Calidad de la DIRESA.
- El jefe de E.S debe brindar las facilidades del caso a todos los involucrados en las acciones de mejora continua.



GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II HOSPITAL CHULUCANAS

JOSE EDUARDO HERRERA FLORES
CMP 66361
SUB DIRECTOR

