

INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACION - HACRS



DR. GUIDO GIRALDO ALENCASTRE

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI

LIC. ENF. LUCIA RAMOS CHURA

RESPONSABLE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HACRS

LIC. LUCIA RAMOS CHURA.

COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION DEL HACRS.

IC. ENF. HEYDI YESICA ZAMBRANO CHOQQUE

LIC. ENF. ANGELA SHIRLEY MAQUERA APARICIO

EVALUADORES LIDERES DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HACRS

SICUANI, 2025

CONTENIDO

	Pagina
I. PRESENTACIÓN	3
II. OBJETIVOS	4
III. ALCANCE	4
IV. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	5
V. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	6
VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN	8
VII. OBSERVACIONES	10
VIII. PUNTAJE ALCANZADO	13
IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
X. PLAN DE INTERVENCIÓN	20
XI. ANEXOS	

INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2025

U.E. N° 409 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI

INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION

I. PRESENTACION

La Autoevaluación, es un proceso de reflexión sistemático, una modalidad de evaluación integral, considerando desde la planta física y el equipamiento, hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija, con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido accesible y real y un mínimo aceptable de requerimientos, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución con el propósito de que se puedan emitir juicios , que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para que se consoliden las fortalezas que se detecten, se enmienden los errores ubicaos y de esta forma , la institución se retroalimemente para conseguir un mejoramiento en la calidad de sus servicios.

El Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, consciente de su responsabilidad como institución de brindar servicios de Calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su Autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevara a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación.

La acreditación es un mecanismo de evaluación de la Calidad de los servicios de Salud, y que va dirigida a comprobar que una entidad prestadora cumple con estándares que brindan seguridad en la atención en Salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, las sugerencias recibidas de las instancias técnicas , se trabajó con el Equipo de Evaluadores para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando, pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad, el resultado o producto final es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, así como de mejorar la calidad de nuestros

servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades en forma continua.

La secuencia de este documento, atiende tanto a la normativa de Acreditación de establecimiento de salud y Servicios Médico de Apoyo y la R.M. N° 270-2009/MINSA Que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional encontrada plasmada en el presente Informe Técnico que señala la metodología, observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas a las diversas instancias evaluadas y anexos correspondientes.

La U.E. N° Hospital Alfredo Callo Rodríguez, como CATEGORIA II-1, cumplió con lo programado de veinte macro procesos agrupados en proceso y criterio basado en la Lista de Estándares previamente definido en la norma técnica N° 050-MINSA/DGSP.V.02 de Acreditación.

El resultado o producto final, es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, con el enfoque de mejorar la eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en Consulta Externa, Emergencias y Hospitalización, así como de mejorar la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades, en forma continua.

Como antecedente, desde el año 2013 como primera Autoevaluación desarrollada se alcanzó el puntaje de 32% considerado Línea de base, durante el Proceso de Autoevaluación del año 2014 se obtuvo un 54% este resultado se obtuvo por la aplicación de una metodología no acorde a la Norma técnica 050.

Desde el año 2018 a la fecha del año 2025, la autoevaluación para la Acreditación es continúa alcanzando puntajes desde 48% al 66.85%. En ese entender, se vienen estableciendo y priorizando los procesos a mejorar.

II. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital Priorizado para el ejercicio fiscal 2025

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 20 Macroprocesos como Hospital de Segundo Nivel de Atención.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora para ejecutar proyectos, procesos y acciones de mejora continua de la calidad.

- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes servicios y/o Unidades Orgánicas y funcionales del Hospital "Alfredo Callo Rodríguez".
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.

IV. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todos los servicios y unidades que conforman el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, de Categoría II-1 que corresponde a la GERESA Cusco, abordándose según los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que se desarrollan en la IPRESS.

V. METODOLOGIA DE EVALUACION.

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, tomando en cuenta el marco normativo, para la "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", así como la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y el Listados de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías I-1, II-1 y III-1 y SMA. las técnicas utilizadas en la autoevaluación fueron verificación, revisión de documentos, observación, Entrevista, Muestreo y encuesta.

V.1 ORGANIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACION.

SE realizó, primeramente, la Comunicación respectiva de inicio de la autoevaluación a las instancias correspondientes. Se conformó el Equipo de Acreditación aprobado con R.D. N° 118-2025-GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH, seguido del desarrollo de la capacitación seleccionando a quince evaluadores internos aprobado la conformación del Equipo de Evaluadores Internos mediante la misma R.D. N°119-2025.GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH incluida los dos equipos. Con la entrega del Reglamento Interno del Equipo de Evaluadores Internos en el proceso de Acreditación, asimismo, se hizo entrega de los instrumentos de los 20 macroprocesos.

Se efectuó la Sensibilización a todos los servicios de Hospitalización, Emergencia y consultorios externos previa reuniones e informes, asimismo, se entregó a cada servicio y/o unidades la lista de estándares para su conocimiento de la autoevaluación.

Se desarrolló el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HACRS aprobado con Resolución Directoral. Aprobándose con R.D.N° 169-2025-GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH.

Para elaborar el presente Informe, se llevó a cabo una serie de pasos previos, es decir, la presentación y difusión del Listado de Estándares a los jefes, los evaluadores internos cumplieron con revisar los estándares y criterios, así como el marco normativo correspondiente y el anexo N° 8 actualizado de dicho Listado de Estándares.

La reunión de apertura se dio con el Equipo de Acreditación y de Gestión, donde se presentó la Lista de los evaluadores internos además de la presentación de los objetivos de la autoevaluación y el cronograma detallado de visitas con los responsables y líderes según cada macroproceso.

El equipo evaluador informa sobre las Técnicas de Evaluación. siendo la verificación, revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras y encuestas.

VI. EQUIPO EVALUADOR.

Se tomó en cuenta la experiencia anterior, se seleccionó a un grupo de profesionales según perfil requerido conformándose cuatro sub-equipo.

Se emite el documento previo, dirigido a la Gerencia Regional de Salud Cusco, indicando el Inicio de la Autoevaluación para la Acreditación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani 2025. Mediante el INFORME N° 025-2025. GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/OGC/DE y el INFORME N° 034-2025. GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/OGC/DE, programados para los meses de junio a julio del presente año 2025.

Cada Equipo realizo la aplicación de la Autoevaluación por Macroproceso en los diferentes servicios, previa coordinación con los jefes de servicios, regularizando posteriormente el documento de programación de fechas en las cuales serían evaluados.

Las áreas evaluadas fueron consideradas de acuerdo a las tres categorías:

GERENCIAL involucradas los Macroprocesos de Direccionamiento, Gestión de Recursos Humanos, control de la Gestión y Prestación, Manejo del riesgo de Atención, gestión de Seguridad ante Desastres y gestión de la Calidad.

PRESTACIONAL los macroprocesos de Atención Hospitalaria, atención Quirúrgica, atención de Emergencia. Atención Ambulatoria.

APOYO AL DIAGNOSTICO: Los macroprocesos de Atención del apoyo al diagnóstico y tratamiento, gestión de la información, descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, gestión de equipos e infraestructura. Admisión y alta, manejo de Nutrición de pacientes, Referencia y contra referencia, gestión de medicamentos, manejo del Riesgo Social.

A la finalización, los Auto evaluadores internos presentaron el informe de Registro por cada macroproceso con las recomendaciones precisas para la intervención de la Mejora.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS CONFORMADO:

Equipo	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo Actual
Coordinador	Lucia Agripina, Ramos Chura	Enfermera	Jefatura de Calidad
Integrante	María, Huahuasonco Puma.	Enfermera	Enfermera asistencial
Líder	Ángela Maquera Aparicio	Enfermera	Enfermera asistencial
integrante	Alicia Callo Aguilar	Enfermera	Responsable de CRED
Integrante	Nahit Kety Mercado Visa	Enfermera	Enfermera Asistencial
Líder	Heydi Zambrano Choqqe	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Dancy Labra Huamanvilca	Enfermera	Resp. de Epidemiología
integrante	Yeny Cumpa Queslloya	Enfermera	Enfermera asistencial
integrante	EDITH Ochoa Gallegos	Obstetra	Jefe de la Unidad de Seguros
integrante	Mary Stephani Loayza Guzmán	Enfermera	Enfermera asistencial
integrante	Luzmila Apaza Turpo	Enfermera	Enfermera asistencial
integrante	Danny Zúñiga Arredondo	Médico Cirujano	Resp. Componente de ACAS
integrante	José Edison Huamán Morveli	Médico Cirujano	Resp. Inteligencia Sanitaria
Integrante	Yesenia Yucra Quispe	Obstetra	Obstetra asistencial
integrante	Lucia Ivone Yesquen Salazar	Medico	Resp. Salud Ocupacional

Se precisa la distribución de los Macroprocesos y los responsables de cada uno:

DISTRIBUCION DE INTEGRANTES SEGÚN MACROPROCESOS				
N°	MACROPROCESO	CRITERIOS	RESPONSABLES	INTEGRANTES
1	Direccionamiento	11		M.C. Dany Zúñiga. Lic. Lucia Ramos
2	Gestión de Recursos Humanos	11		Lic. Angela Maquera. Lic. Kety Mercado
3	Gestión de la Calidad	22		Lic. Angela Maquera. Lic. Heydi Zambrano
4		50		Lic. Luzmila Apaza

	Manejo del Riesgo en la atención		M.C. Dany Zuñiga	Obs. Yesenia Yucra. Lic. Heydi Zambrano. Lic. Dancy Labra Lic. Stephani Loayza M.C. Edison Huaman
5	Emergencias y Desastres.	21		Lic. Yeny Cumpa. Lic. Angela Maquera
6	Control de la Gestión y prestación	15		Lic. Heydi Zambrano. Lic. Lucia Ramos.
7	Atención Ambulatoria	17		M.C. Lucia Yesquen. Obst. Edith Ochoa. Lic. Ángela Maquera
8	Atención de Hospitalización	26		Lic. Alicia Callo. Lic. María Huahuasoncco. Obst. Edith Ochoa. Lic. Dancy Labra. Lic. Stephani Loayza. Lic. Yeny Cumpa..
9	Atención de Emergencias	14	Lic. Heydi Zambrano	M.c. Dany Zúñiga. Lic. Lucia Ramos
10	Atención Quirúrgico	24		Lic. Lucia Ramos. M.C. Edison Huaman.
11	Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	11		Ob. Yesenia Yucra Lic. María Huahuasoncco. Lic. Dancy Labra. Lic. Kety Mercado, Lic. Alicia Callo. Lic. Luzmila Apaza
12	Admisión y Alta	14	Lic. María Huahuasoncco	M.C. Dany Zúñiga Lic. Lucia Ramos.
13	Referencia y Contrarreferencia	10		Lic. Lucia Ramos. Lic. Angela Maquera.
14	Gestión de Medicamentos	15		Lic. Heydi Zambrano Lic. Lucia Ramos.
15	Gestión de la Información	14		M.C. Dany ZUÑIGA. Lic. Lucia Ramos.
16	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17		Lic. Kety Mercado. Lic. Maria Huahuasoncco. Lic. Alicia Callo
17	Manejo del Riesgo Social	06		LIC. Lucia Ramos. Lic. Angela Maquera.
18	Manejo de Nutrición de pacientes	10		Lic. Maria Huahuasoncco. Obs. Edith Ochoa

19	Gestión de insumos y materiales.	08	Lic. Angela Maquera	lic. Dancy Labra. Lic. Lucia Ramos.
20	Gestión de Equipos e Infraestructura	12		Lic. Kety Mercado. Lic. Luzmila Apaza Lic. Alicia Callo.

VII. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025.

Durante el desarrollo del Proceso de Autoevaluación se abarcaron los ítems señalados en la Guía Técnica del Evaluador en forma secuencial, la misma que facilitó el trabajo, siendo entonces un instrumento esencial para la realización del Proceso de Autoevaluación del Hospital "Alfredo Callo Rodríguez" - 2025. Es así que de acuerdo a la Guía se puede describir lo siguiente:

7.1 PROGRAMACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN EN EL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL Y PLAN TÁCTICO DEL HACRS 2025.

En el Plan Operativo Institucional y Plan Táctico del año 2025, dentro de sus Objetivos Generales se planteó lo siguiente:

- Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital Priorizado para el ejercicio fiscal 2025
- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 20 Macroprocesos como Hospital de Segundo Nivel de Atención.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora para ejecutar proyectos, procesos y acciones de mejora continua de la calidad.
- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes servicios y/o Unidades Orgánicas y funcionales del Hospital "Alfredo Callo Rodríguez".
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.

7.2 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

El Equipo de Acreditación liderado por el Director Adjunto de la IPRESS, en la Coordinación está la responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, Coordinadora del equipo, integrado por jefatura de Obstetricia y jefatura de Enfermería, designados con Resolución Directoral. La misma que responsabiliza de la implementación y cumplimiento de las acciones del Proceso de Acreditación.

7.3 SELECCIÓN DE LOS EVALUADORES INTERNOS

Los Evaluadores Internos fueron seleccionados en base a criterios establecidos por el MINSA, el equipo evaluador se oficializó mediante Resolución Directoral N° 119-2025 – GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH, los que recibieron entrenamiento, pautas de

aplicación de los instrumentos y las facilidades del caso para cumplir con las funciones encomendadas.

7.4 ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Dando cumplimiento al Plan del Sistema de Gestión de la Calidad del 2025, está la realización de la Autoevaluación, la que se inició con la planificación del mismo, el desarrollo del proceso que nos permite presentar el presente informe; asimismo, el Equipo Evaluador Interno tuvo una destacada participación en el cumplimiento del cronograma establecido, realizando las visitas de monitoreo necesarias a los evaluados, estableciendo una interacción evaluador/evaluado, haciendo énfasis en la Guía Técnica del Evaluador.

7.5 EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

El plan se dividió en 3 fases considerando la organización, autoevaluación y el informe técnico, los mismos que se cumplieron en su totalidad, sin embargo, se debe mencionar que se tuvo algunos inconvenientes con el cronograma, en el que se tuvo que reprogramar el cronograma; asimismo, el poco compromiso de algunos jefes de unidades, oficinas administrativas y de servicios asistenciales, a pesar de esas situaciones particulares se ha concluido, este importante proceso, el mismo que se detalla:

1. Aprobación del Equipo de Acreditación mediante la Resolución Directoral N° 118-2025/GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH y equipo de Evaluadores Internos 2025 mediante, Resolución Directoral N° 119-2025-GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH.
2. Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para el año 2024 con RD N° 169-2025-GRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH.
3. Capacitación en Autoevaluación al Equipo de Evaluadores Internos.
4. Comunicación a GERESA Regional de Salud Cusco, el inicio de Proceso de Autoevaluación para la Acreditación, mediante INFORME N° 025-2025. GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/OGC/DE y el INFORME N° 034-2025. GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/OGC/DE,, programados para los meses de junio a julio del año 2025.
5. Desarrolló de la Autoevaluación de acuerdo a la programación por Macroprocesos y responsables de los Equipos de Evaluadores Internos 2025.
6. Aplicación y llenado en Hoja de Registro y Hoja de Recomendaciones dando cumplimiento a Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSPE.
7. Emisión del Informe Técnico de Autoevaluación, Implementación de Acciones de Mejora Continua y el desarrollo de Planes de Acción.

EL proceso de Autoevaluación abarcó los pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, de forma secuencial, la misma que facilitó el trabajo, siendo entonces un instrumento esencial para la realización del Proceso de Autoevaluación del Hospital "Alfredo Callo Rodríguez" - 2025.

VIII. OBSERVACIONES.

Limitaciones referidas a la organización, ejecución y desarrollo de la autoevaluación:

- ❖ El proceso de autoevaluación desarrollado por el equipo de evaluadores internos tuvo participación limitada en los meses de julio, agosto y setiembre hasta concluir con la ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por los líderes de grupo, sin embargo, las actividades complementarias de informes tuvieron mayor dedicación por el equipo técnico de la oficina de Calidad en la revisión, consolidación de datos.
- ❖ Los integrantes del equipo de evaluadores internos tuvieron dificultades para el uso de su tiempo, debido a sus turnos continuos. Previa presentación de informes a la Dirección, con atención a los jefes de servicios solicitando el apoyo y disponibilidad del personal de salud en cada servicio, área u oficinas correspondientes.
- ❖ Se tuvo dificultad con algunos de los Evaluadores Internos que por primera vez se hacían cargo de este proceso. Brindando asistencia técnica.
- ❖ Respecto a las actividades complementarias de informes, se recargó el trabajo en la Oficina de Gestión de la Calidad,
- ❖ Algunos integrantes del Equipo de Evaluadores Internos refirieron sobrecarga laboral, hecho que prolongó el periodo de la aplicación de los Instrumentos de la Autoevaluación.
- ❖ Con la finalidad de cumplir los objetivos de la Autoevaluación, algunos evaluadores internos tuvieron sobrecarga de Macroprocesos, caracterizada por una participación óptima y resaltante ya que inclusive haciendo uso de sus días libres desarrollaron la Autoevaluación activamente, por lo que se solicitará a la autoridad el reconocimiento correspondiente.
- ❖ Es necesario realizar asistencias técnicas y capacitaciones permanentes en aspectos gerenciales, prestacionales y de apoyo a los jefes de cada servicio y/o unidades, quienes deben brindar todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos los equipos evaluadores internos.
- ❖ En el macroproceso de Hospitalización se encontró que no existe una cultura de planificación adecuada en los cuatro servicios, los cuales cuentan con normas y procedimientos para aspectos críticos como manejo de bioseguridad, manejo de eventos adversos, guía técnica de Lavado de Manos y su adherencia, manejo de los lineamientos de la vigilancia epidemiología, cuentan en sus registros tiempos de internamiento, pero no

cuentan con manejo de interconsultas y auditorias. Los servicios no cuentan con Guías de Práctica Clínica para las diez patologías más frecuentes.

- ❖ En todos los servicios, las evidencias de las supervisiones y monitoreo son utilizados para la formulación y aplicación de acciones de mejoramiento continua, los que a su vez son monitorizados por la oficina de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani.
- ❖ Todos los servicios deben sostener procesos de evaluación de la calidad de la atención en espacios de reflexión de la práctica diaria según periodos preestablecidos por la organización. Adicionalmente, se han realizado supervisiones de Adherencia de Higiene de manos según métodos y frecuencias establecidas por la organización, que preocupa los resultados de la práctica y técnica correcta del lavado de manos del personal asistencial están comprendidos entre 81.2% a 81.6% instaurando la continuidad de la práctica correcta de las normas de bioseguridad y el lavado de manos según las normas.

CATEGORIA GERENCIAL:

MP Direccionamiento, en los criterios 1 y 2, respecto si el HACRS ha formulado el análisis de la situación de salud con participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. asimismo, la dirección debe asegurar la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias y debe asegurar las actividades concordantes con el POI. Las metas a las estrategias nacionales y Regionales deben estar incluidas en POI. Se debe contar con resultados de mediciones de FONE de los últimos dos semestres y la identificación de necesidades de los usuarios por etapas de vida.

MP Control de la Gestión y Prestación, respecto si se evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en atenciones de emergencia, atenciones obstétricas y neonatales, si bien contamos con instrumentos, no se cumple, teniendo limitación en los procesos de auditorías la evaluación de las adherencias.

MP Manejo del Riesgo de la Atención, respecto a si se implementa metodologías para evaluar conocimientos del usuario interno sobre manejo de los riesgos de la atención, no se evidencia documentos oficiales y estandarizados para la evaluación de conocimientos al usuario interno y no asigna responsabilidades en cada servicio de hospitalización, emergencia y consultorio externo.

CATEGORIA PRESTACIONAL.

MP Atención de Hospitalización, nos pide cumplir con los horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca evolución de los pacientes internados. Las historias clínicas no van de acuerdo a las guías de práctica clínica. Los eventos adversos presentados no se registran en historia clínica, no se analiza faltando acciones de mejora. La satisfacción del usuario en la atención del parto no es el nivel esperado. Complicaciones obstétricas no van de acuerdo a la GPC en la historia obstétrica no se analiza, registra y evalúa.

CATEGORIA DE APOYO.

MP Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento, se evidencia que los resultados de los exámenes la entrega es inoportuno de la atención clínica, no se tiene estándares de tiempo. Estos resultados se registran manualmente, en proceso de definir los tiempos entre la solicitud, la recepción y la entrega del resultado. los servicios de hospitalización registran este proceso. Los servicios de apoyo al diagnóstico cuentan con programas de control de calidad, normas y guías de procedimientos para la atención que no todos las cumplen.

MP Gestión de Información, se pide que los servicios generen espacios participativos de análisis de información y sean documentados. Debe estar incluido en el plan anual de adquisiciones las necesidades de equipamiento del sistema informático. la jefatura de estadística e informática debe identificar las necesidades e información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. Él mecanismo en la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.

IX. PUNTAJE ALCANZADO EN LA AUTOEVALUACION.

Al haberse concluido la evaluación del desarrollo de los 328 criterios de la autoevaluación, la cual fue ingresado los datos a un aplicativo para conocer los resultados obtenidos. El puntaje total alcanzado es de 66.85% cuyos detalles se aprecian en el cuadro siguiente:



Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

U.E. N° 409
ALFREDO CALLO
RODRÍGUEZ
Sicuni

Unidad De
Gestión De
Calidad



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CUADRO N° 01

Establecimiento :		00002378-SICUANI										
Tipo de Establecimiento :		II-1										
Fase:		AutoEvaluación										
Año:		2025					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :		1										
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	40.13	76.47	202.05	134.57	66.60	
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	29.52	64.29				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	10.78	82.14				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	15.14	46.15	230.91	151.44	65.58	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	28.70	62.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	22.50	49.00				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	32.63	71.05				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	36.64	79.79	144.32	99.89	69.21	
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	10.06	61.36				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	9.84	60.00				
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13	16.40	15.58	95.00				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	14.82	90.38				
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	6.77	41.30				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	7.92	48.28				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	13.42	81.82				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	10.61	64.71				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	13.88	84.62				
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	10.61	64.71				
Total	328	128	159	41	328	577.28	386.90		577.28	385.90		
									Puntaje Final (%)	67		

RESULTADO FINAL

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

En el Cuadro N°1, muestra el puntaje final de la Autoevaluación es igual a 67% (**No Aprobado**), según la NT N°050-MINSA/DGSP-V.02. Para obtener un puntaje aprobatorio debe ser mayor o igual al 85% del cumplimiento del total de criterios

Trabajemos
con
Integridad

establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación. Subsanan 09 meses para levantar las observaciones realizadas.

CUADRO N° 02

CUADRO COMPARATIVO A NIVEL DE HOSPITALES CON CATEGORIA II-1 GERESA CUSCO 2021-2022-2023-2024-2025



ANALISIS. - Como resultado final comparativo a nivel de Hospitales de Categoría II-1 de los años 2021,2022, 2023 ,2024 y 2025 se han logrado resultados de porcentajes variables, como se demuestra en el año 2021 se obtuvo el 54.14% respecto al año 2025 obtuvo el 13.79% de incremento. Los resultados a nivel de Hospitales corresponden de Quillabamba, Santo Tomas, Espinar y Sicuani.

CUADRO N° 03

RESULTADOS FINALES DE CUMPLIMIENTO DE AUTOEVALUACION POR AÑOS 2021-2022-2023-2024-2025-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO



ANALISIS. - Como resultado final el año 2025 logramos solo el 66.85% de puntaje respecto al año 2021 con una variación porcentual de Solo el 17.85%, este incremento se tuvo con el grupo de MP Direccionamiento .MP Hospitalización y de Apoyo y en menor escala en los MP Atención Ambulatoria, MP Control de gestión y Prestación. Finalmente nos refleja que tenemos que implementar procesos y acciones de Mejora continua, en los MP con resultados de 0 y 1, los cuales tienen que tener asistencia técnica para el logro de los objetivos

CUADRO N° 4
RESULTADOS POR CATEGORIAS 2025 – HOSPITAL ALFREDO CALLO
RODRIGUEZ – GERESA CUSCO

GERENCIAL:



Gobierno Regional de Cusco

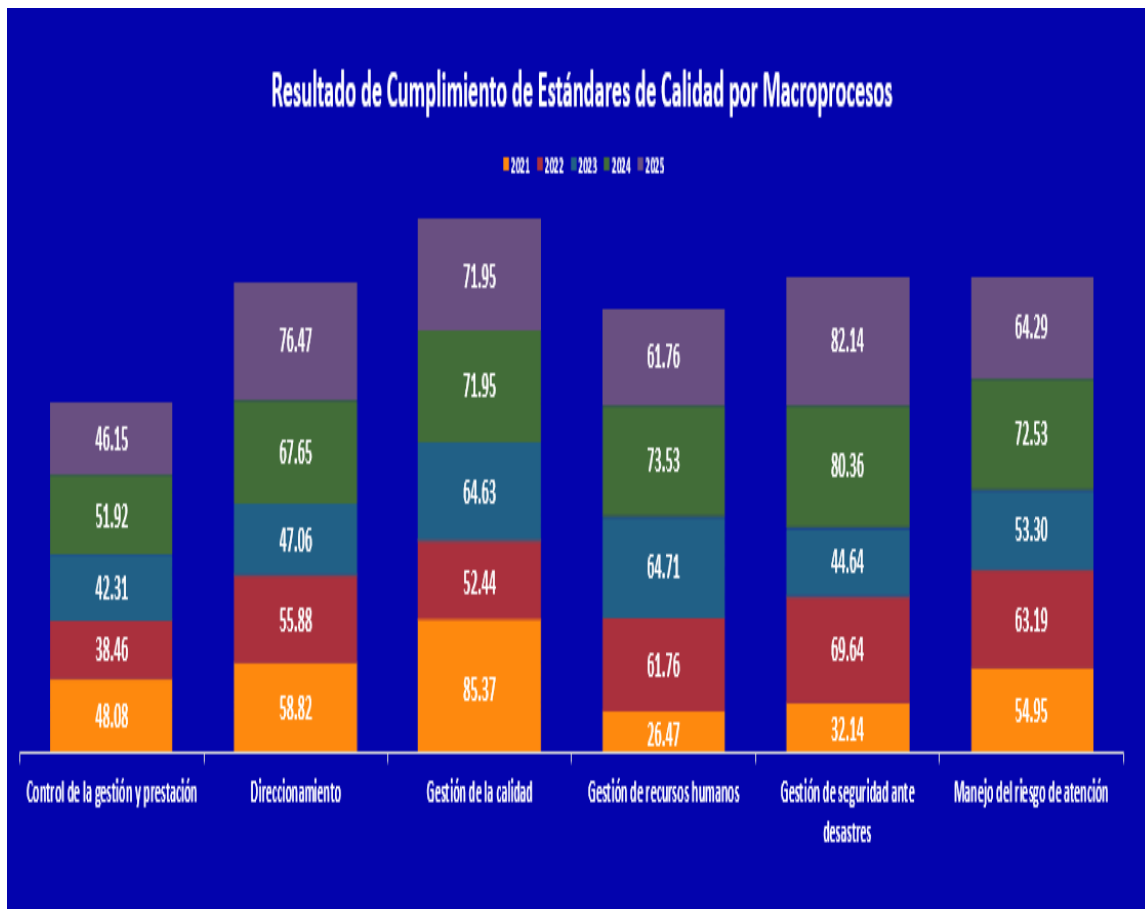
Gerencia Regional de Salud

U.E. N° 409 ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ Sicuani

Unidad De Gestion De Calidad

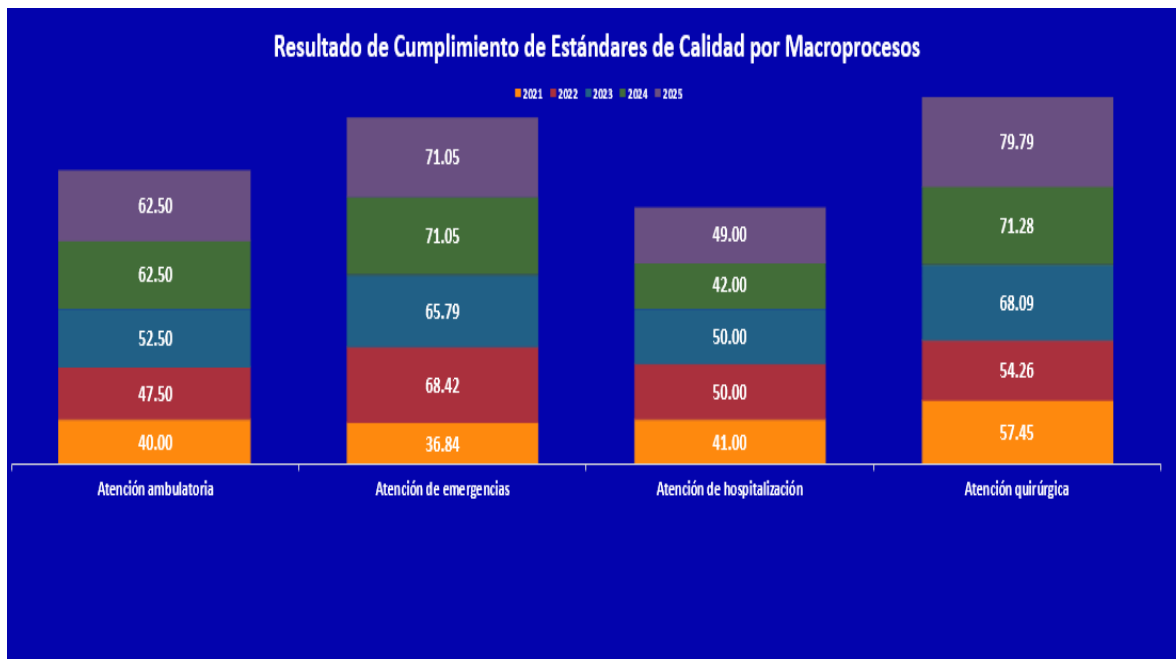


"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

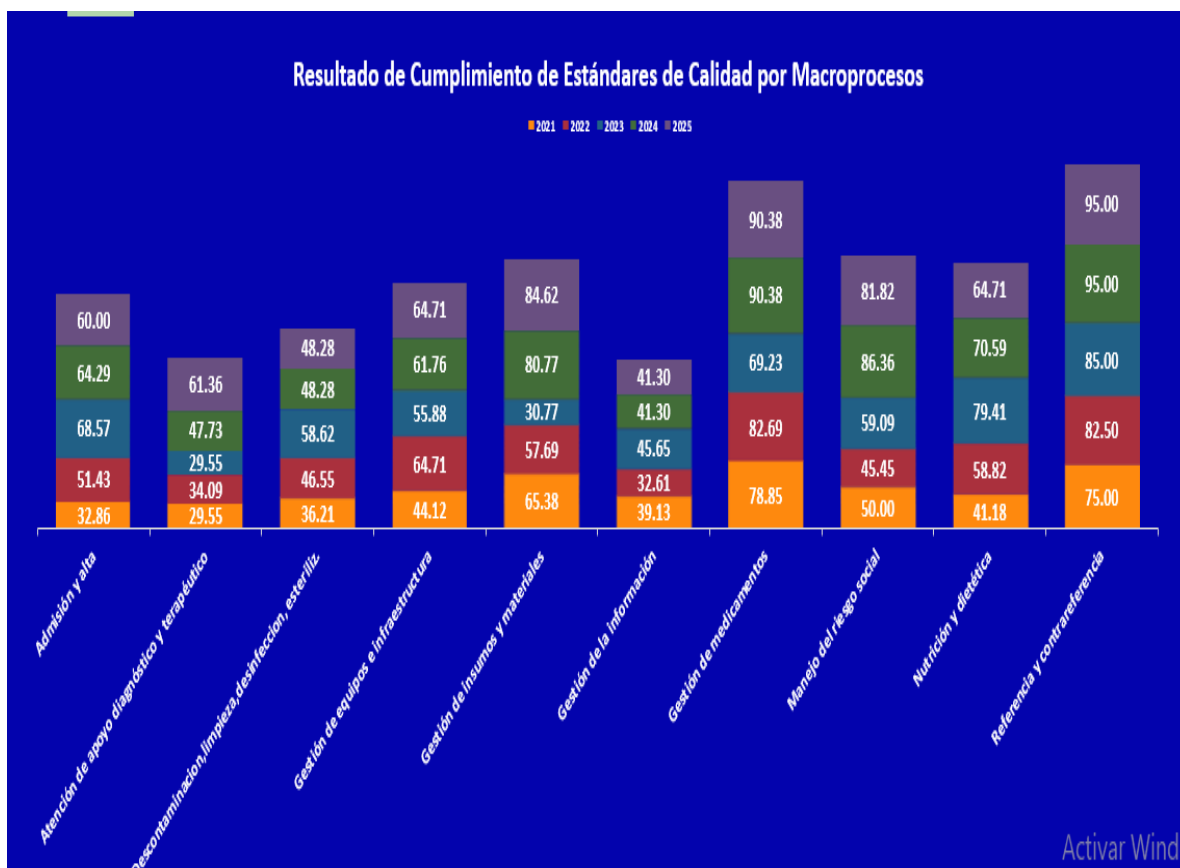


PRESTACIONAL:

Trabajemos con Integridad



DE APOYO :



En el Cuadro, muestra los resultados de desempeño de cumplimiento a nivel de Categorías, comparativo con el año 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025. Siendo que, en la **Categoría Gerencial**, en el presente año 2025 el puntaje obtenido fue de 66.60%. Esta categoría de seis MP es de fundamental importancia para el mejor desempeño de la IPRESS y están relacionados con las decisiones para garantizar un rumbo adecuado en el manejo de los grandes recursos y objetivos institucionales.

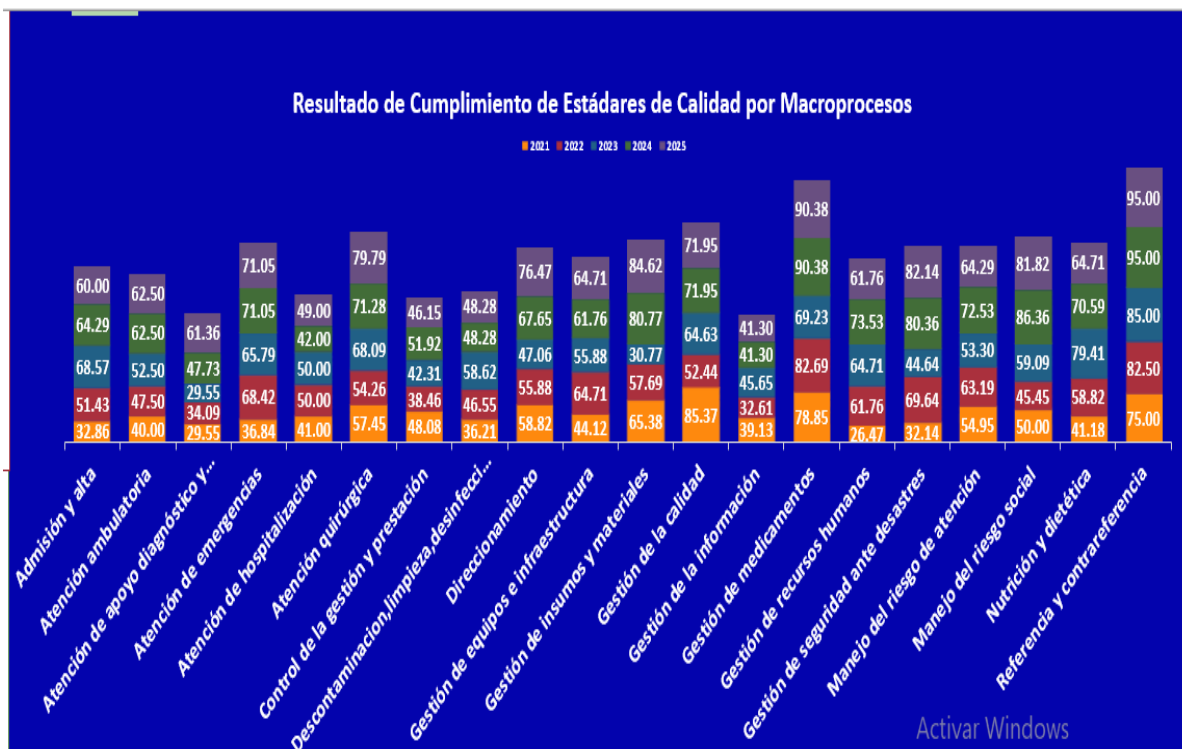
En categoría prestacional en el presente año 2025 alcanzo un cumplimiento de 65.58%, puntaje obtenido mejor de los tres años anteriores que se incrementó en varios estándares.

Estos Macroprocesos son la razón de ser de la organización en los servicios de salud en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, lo que evidencia que se implementaron las recomendaciones post-Autoevaluación del año pasado, importante para elevar el nivel de atención al paciente y obviamente el usuario interno para el desempeño de sus funciones en una institución con procesos adecuados.

En categoría de apoyo al diagnóstico en el presente año 2025 se cumplió el 69.21% un mejoramiento de estándares teniéndose que realizar acciones de mejora continua. Estos macroprocesos están relacionados con las actividades complementarias muy necesarias para que los anteriores procesos se cumplan dentro de los procesos y procedimientos que los servicios deben de desarrollar.

CUADRO N° 05

RESULTADOS COMPARATIVOS POR ESTANDARES DE CALIDAD SEGÚN MACROPROCESOS POR AÑOS 2021-2022-2023-2024-2025- HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO

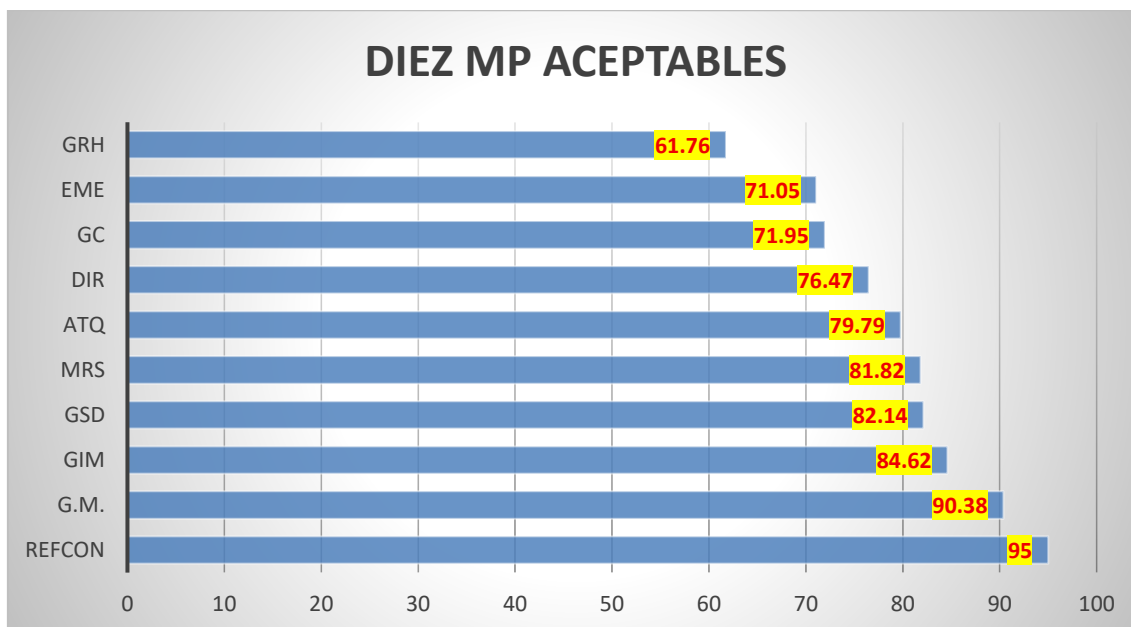


Se puede evidenciar que los 20 Macroprocesos evaluados comparativamente en el año 2021 de mayor cumplimiento fueron el MP de Gestión de la Calidad el 85.37%, seguido del MP de Gestión de Medicamentos el 78.85%, MP de Referencias y Contrareferencias el 75%, para el año 2022 el MP de mayor cumplimiento Gestión de Medicamentos con 82.87% y Referencias y Contrareferencias con 77.96% , gestión de Seguridad ante desastres con 69.55% , en el año 2023 los MP de mayor cumplimiento fue el MP Nutrición y Dietética CON 80.0%, seguido el MP Referencias y contrareferencias el 76.92% , MP Gestión de la Calidad 70.82% y el MP de Gestión de Medicamentos el 69.03% y en el año 2024 de mayor cumplimiento fueron el MP de Referencias y Contrareferencias el 95%, gestión de Medicamentos con 90.38% , Manejo del riesgo social el 86.36% , y los demás MP de los cuatro años comparativos los resultados obtenidos son variables.

en el año 2025 de mayor cumplimiento fueron el MP de Referencias y Contrareferencias el 95%, gestión de Medicamentos con 90.38% , Gestión de Insumos y materiales el 84.32%, Gestión de Seguridad ante desastres el 82.14% y Manejo del riesgo social el 81.82%, y los demás MP de los cuatro años comparativos los resultados obtenidos son variables.

CUADRO N° 06

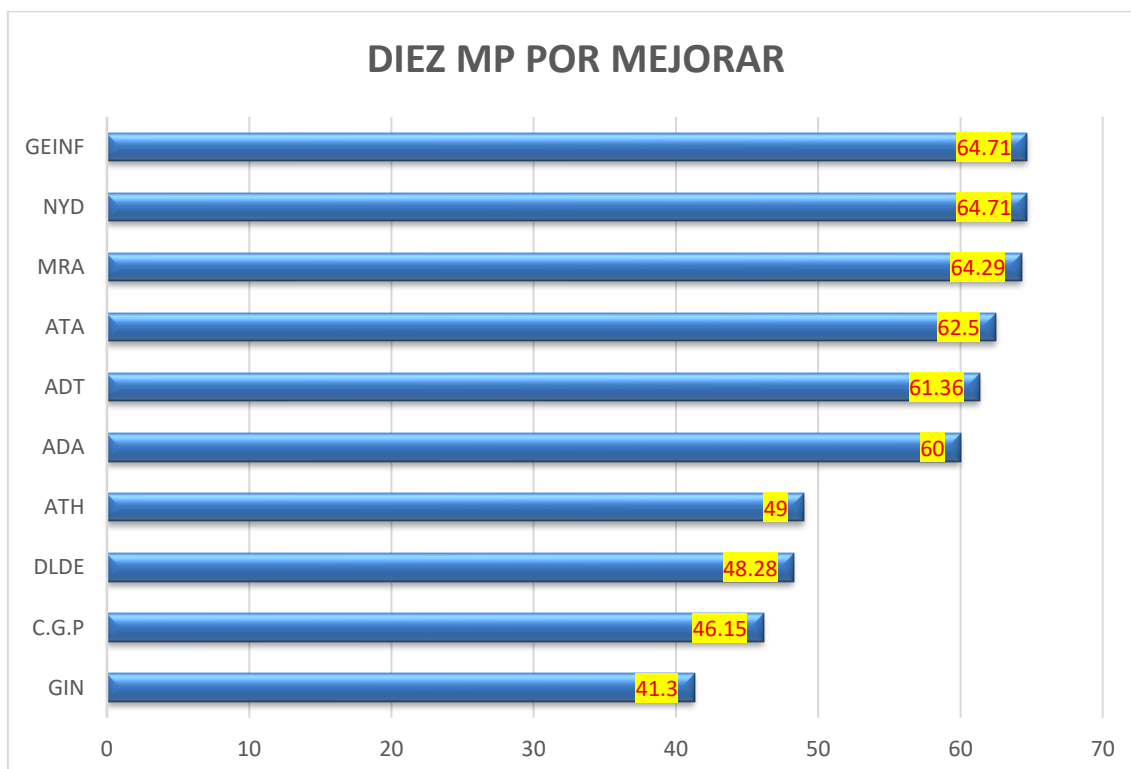
RESULTADOS POR ESTANDARES DE CALIDAD SEGÚN MACROPROCESOS LOS DIEZ MEJORES 2025 - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO



Se puede evidenciar que los Diez Macroprocesos de mayor cumplimiento son MP de Referencias y Contrarreferencia con el grado de cumplimiento de 95%, MP Gestión de Medicamentos con 90.38%, MP Manejo del Riesgo social con 81.82%, Gestión de Insumos y Materiales con 84.62%, Gestión de Seguridad ante Desastres con 82.14%, MP Atención Quirúrgica con 79.79%, MP Direccionamiento con 76.47%, MP Gestión de Recursos Humanos el 61.76% seguido del Gestión de Calidad con 71.95%, y el MP de Emergencias con 71.05%

CUADRO N° 07

RESULTADOS POR ESTANDARES DE CALIDAD SEGÚN MACROPROCESOS A INTERVENIR PARA LAS ACCIONES DE MEJORA – 2025 - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO



Se puede evidenciar diez Macroprocesos de menor cumplimiento son: MP de Gestión de la Información con 41.30%, MP de Control de Gestión y Prestación con 51.92%, MP Descontaminación, Limpieza desinfección cumplimiento de 48.28%, MP Atención de Hospitalización grado de cumplimiento con 49%, MP de Admisión y Alta con 60%, MP Atención de apoyo al diagnóstico y terapéutico el 61.36%, MP de Atención Ambulatoria con 62.5%, MP de Manejo del Riesgo de la Atención cumple el 64.29% MP de Nutrición y Dietética con 64.71%, MP Gestión e infraestructura con 64.71%. Los mencionados criterios forman parte de análisis a profundizar los procesos de evaluación con mayor objetividad, a efectos de que los planes de mejora sean más directos en sus intervenciones.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

10.1 CONCLUSIONES:

- De manera global del presente año 2025 se ha obtenido un puntaje final del 66.85% en comparación del año 2024 que se tuvo un grado de cumplimiento de 65.99% lo que nos ubica en un nivel No aprobado que se debe subsanar en 9 meses.
- Resultado final de la autoevaluación en la Categoría Gerencial los resultados de desempeño de cumplimiento comparativo con el año 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025. se obtuvo en el año 2021 el 54.75% y en el año 2025 el puntaje obtenido de 66.85% un promedio por encima de 12.10%.

- **En categoría prestacional** en el año 2021 fue el 43.82% y en el presente año 2025 alcanzo un cumplimiento de 65.58%, puntaje obtenido mejor a los tres años anteriores que se incrementó un 21.76% de mejoras en varios estándares.
- **En categoría de apoyo al diagnóstico** en el año 2021 se cumplió el 49.22% y para el presente año 2025 obtuvo el 69.21% un mejoramiento del 19.99% de estándares teniéndose que realizar acciones de mejora continua.
- El equipo de evaluadores internos desarrolló mejoras en la autoevaluación de los diferentes criterios, reforzado por la asistencia técnica.
- Los criterios que obtuvieron puntajes cero y uno, implementaran acciones de mejora continua de la Calidad.
- Los diez macroprocesos con menor puntaje en la evaluación, será permanentemente monitorizados.

10.2 RECOMENDACIONES

- La Alta dirección, las jefaturas de cada servicio y/o unidad orgánica asistencial y administrativa mayor compromiso involucramiento en el proceso de Autoevaluación, la finalidad lograr la Acreditación en el HACRS para garantizar una atención de Calidad.
- Los criterios de puntuaciones de cero y uno, deben subsanarse en un plazo de 60 días previo seguimiento y desarrollando acciones de mejora continua.
- Todo el personal asistencial y administrativo mayor compromiso en la mejora continua de todas las categorías gerenciales, prestacional y de apoyo.
- Fortalecer las capacitaciones por servicios y/o unidades en el proceso de la autoevaluación y lograr la Acreditación del HACRS.
- Mejorar las competencias del equipo de evaluadores internos para un mejor entendimiento del proceso de la evaluación en cada Macroproceso y sus criterios.
- El proceso de Autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente, utilizando los procesos de mejora continua e involucrando al personal constituyendo líderes, que trabajen con imparcialidad, transparencia y confidencialidad.
- Generar espacios para compartir las experiencias de éxito en el cumplimiento de los estándares de acreditación, los cuales deben ser convocados desde la Alta Dirección y la oficina de Calidad.
- Incentivar al personal de los servicios con la publicación trimestral de los niveles de cumplimiento de objetivos de calidad, premiar a los colaboradores con mejor desempeño en prácticas de calidad y que sean seleccionadas por los equipos de trabajo, promover espacios de confraternidad.

Se adjunta el **PLAN DE INTERVENCION.**

