



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRESA
MADRE DE DIOS

CENTRO DE
SALUD LA JOYA



INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD “LA JOYA”



DICIEMBRE, 2021.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	1
1.1	Antecedentes.....	1
1.2	Base legal.....	2
II.	OBJETIVOS	2
2.1	Objetivo general.....	2
2.2	Objetivos específicos	2
III.	ALCANCE	3
IV.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	4
4.1	Técnicas e instrumentos de evaluación empleadas	4
V.	EQUIPO EVALUADOR.....	5
VI.	CUMPLIMIENTO DEL PLAN	6
VII.	OBSERVACIONES POR MACROPROCESOS.....	7
VIII.	PUNTAJE OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN INTERNA (RESULTADOS).....	14
8.1	Puntaje obtenido en las tres categorías y en los 18 macroprocesos	14
8.2	Ánalisis de resultados según tipo de categoría.....	23
IX.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	24
X.	ANEXOS	27



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

I. PRESENTACIÓN

1.1 Antecedentes

El Centro de Salud La Joya establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud I-3, es un establecimiento CLAS se encuentra en el ámbito de la Micro red Nuevo Milenio. de la dirección Regional de Salud de Madre de Dios. Tiene como misión brindar atención integral de salud, con énfasis en la maternidad y nutrición infantil, promoviendo familias y comunidades saludables.

La población asignada al establecimiento de salud La Joya, según población INEI para el año 2021 fue de 4,482 habitantes y de acuerdo al censo real es aproximadamente 11,320 afiliados al SIS. Tiene bajo su cargo establecimientos de primer nivel atención: PS. como infierno (1-1) P.S. loero (1-1), P.S Jorge Chavez (1-1) cuyos establecimientos de salud desarrollan actividades que desarrollan actividades preventivas promocionales, los mismos que no han sido evaluados en esta oportunidad debido a que no cuentan con personal permanente y por los motivo de la pandemia.

En el contexto de la norma técnica establece que la acreditación es un proceso por el cual la entidad es evaluada respecto a la organización de la atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención lo cual implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares que previamente definidos y los que han sido agrupados en maroprocisos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

En este proceso de fortalecer la gestión de la calidad, la acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad logrando un compromiso de nuestra organización de salud para mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente para la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como para el personal de salud lo cual con lleva a obtener servicios de salud con enfoque humano y social.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

1.2 Base legal

Ley N° 26842, "Ley General de Salud"

Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"

D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud"

Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"

Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"

Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"

R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

R.M. N° 519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

R.M. N° 703-2006/ MINSA "Norma Técnica de Salud para la

Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo"

NTS N° 050-MINSA/DGSP- V.01

R. M. N° 456-2007/ MINSA 5 de junio del 2007. NTS N° 050-

MINSA/DGSP- V.02

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la Evaluación del cumplimiento de los estándares y criterios de calidad según norma vigente.

2.2 Objetivos específicos

- Promover una cultura de calidad en el establecimiento de salud la joya categoría 1-3 a través del cumplimiento de estandares y criterios de evaluación de calidad
- Contar con evidencias de los procesos, procedimiento asistencial administrativo y preventivo promocional que se manejen con



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

atributos de calidad con el propósito de maximizar la satisfacción de los usuarios.

- Fortalecer los criterios técnicos para el cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Sensibilizar y motivar a todos los trabajadores al cumplimiento de los estándares para el logro de la acreditación institucional.

III. ALCANCE

Para efectos de la autoevaluación se desarrolló la programación de E.S se priorizo el C.S. la joya por su categoría 1-3 y capacidad resolutiva

PROGRAMACION DE E.S. PARA LA AUTOEVALUACION

CLAS NUEVO CANDAMO- E.S. Y CATEGORIA SEGÚN RENIPRES

MICRO RED NUEVO MILENIO – DIRESA- MDD AÑO FISCAL 2021

Establecimientos de Salud	Categoría	RENIPRES
1.C.S la Joya	1-3	2704
2.P.S Infierno	1-1	2724
3. P.S. Loero	1-1	2703
4.P.S.Jorge Chávez	1-1	2718

Fuente: CLAS NUEVO CANDAMO

Para efectos de la autoevaluación realizada se priorizo en la programación al C.S. La Joya por su categoría 1-3 y capacidad resolutiva.

Administrativamente pertenece al CLAS NUEVO CANDAMO que se encuentra en el ámbito de la micro red Nuevo Milenio de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La evaluación interna de los macroprocesos en el Centro de Salud la Joya, se desarrolló de la siguiente forma:

4.1 Técnicas e instrumentos de evaluación empleadas

El equipo de evaluadores internos empleó diversas técnicas, tales como:

- a) Verificación y revisión documentaria en cada uno de los macroprocesos intervenidos se ha encontrado normas técnicas en un 25 % del uso de las normas y verificando su aplicación en cada uno de ellos.
Se utilizó la lista de chequeo en el servicio de farmacia y en esterilización y limpieza para evaluar el cumplimiento de los procesos y valorar la calidad de atención

En el macroproceso prestación, gestión de insumos y medicamentos, apoyo al diagnóstico y tratamiento.

- b) En observación: se hizo la observación directa en las instalaciones del centro de salud donde se aprecia la cartera de servicios, los flujos de atención del SIS, fluogramas los derechos del usuario claramente definidos para que el usuario se encuentre informado, así mismo se observa en el servicio de laboratorio, farmacia. Lo cual a la observación ha permitido verificar que el usuario este informado en los diferentes espacios de los servicios.

Se observa en algunos procedimientos como: atención a la gestante donde no aplican la definición de riesgos de atención, protocolos de atención, desconocimiento de funciones y responsabilidad administrativas.

En el área de niño se omite la aplicación de las normas de bioseguridad, uso de EPPS, higiene del lavado de manos.

En el área de hospitalización se observó no se utilizan los protocolos de atención mostrando algunos profesionales la inseguridad en el desarrollo de la atención.

- c) Entrevista. Se realizó la entrevista:



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Al gerente de CLAS, jefe del establecimiento de salud, algunos jefes de servicio sobre el direccionamiento de los servicios de salud encontrando algunas resistencias y escaso aporte en el proceso de evaluación interna. También participaron en la entrevista tanto el personal asistencial y administrativo encontrando desconocimiento de las funciones y procedimientos a desarrollarse en cada servicio.

d) Encuesta: Se aplicó las encuestas de satisfacciones al usuario externo a 50 usuarios con la finalidad de conocer cuan satisfechos se encuentran con las prestaciones de salud en el centro de salud, cuyos resultados muestran un alto índice de demanda insatisfecha con la atención brinda al usuario externo. Tiempo de espera prolongado para recibir la atención.

e) En cuanto a la auditoria:

Se ha realizado la calidad de atención de los procesos en un 5% de los procedimientos auditados, verificación de la aplicación de normas, reglamentos del SIS y otros. Así como la verificación de las historias clínicas en donde no se cumplen con los protocolos, paquetes básicos de atención incumpliendo en los procedimientos.

V. EQUIPO EVALUADOR.

Se desarrollaron diversas actividades para conformar el equipo evaluador interno.

a. Sensibilización al equipo de salud.

Se desarrolló reuniones técnicas para socializar de la norma técnica N°050 MINSA /DGCP-Vol. N°02 sobre el proceso de acreditación. Al personal de salud bajo la responsabilidad de la unidad de calidad de la DIRESA- MDD.

Asimismo, se realizó una reunión con el jefe del establecimiento y jefes de servicio del centro de salud para sensibilizar para el proceso de autoevaluación.

b. Conformación del equipo evaluadores internos (anexo)



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Para la conformación del equipo evaluador interno se aplicó los criterios de selección teniendo en cuenta el perfil de competencias quienes participaron en la capacitación y recibieron el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos de aplicación a utilizar, desplegaron técnicas de evaluación de los criterios de evaluación.

Una vez conformada el equipo de evaluación interna, los miembros eligieron al líder por consenso los miembros del equipo de autoevaluación.

El equipo de la evaluación interna conformada, es oficializado por la DIRESA según la Resolución Directoral N°459-2021 GOREMAD/DIRESA-DG. El equipo estuvo conformado por los profesionales que desarrollaron la autoevaluación del centro de salud la Joya, fueron:

- Obstetra Mirian Luz Rios Calizaya : (evaluador líder)
- Enfermera Carmen Atamari Puma : (evaluador)
- Biólogo Efraín Aedo Yanqui : (evaluador)
- Enfermera Janina Isela Condori Quispe : (evaluador)
- Médico Lida Gonzales Guzmán. :(evaluador)
- Obstetra Maribel Machaca Conde :(evaluador)
- Medico Lino Mamani Rios. :(evaluador)
- Obsta. Sofía Ccopia Ramos. :(evaluador)
- Odontólogo Ricardo Quispe Villavicente :(evaluador)
- Nutricionista José Fiestas Trujillo :(evaluador)

VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El plan de autoevaluación se cumplió de acuerdo al siguiente cronograma:

- a. El plan de autoevaluación ha sido oficializado con Resolución. (Anexo)
- b. Fecha de Inicio: 13 de diciembre del 2021



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

- c. El desarrollo de la evaluación de los macroprocesos se realizó desde el 14 al 22 de diciembre. Se presentó algunos retrasos por motivos de que el personal evaluador y evaluados presentaron COVID 19, o por vacaciones del personal, el mismo que alteró nuestra programación.
- d. La fecha del término de la evaluación fue el 22 de diciembre del 2021, luego se desarrolló la sistematización y elaborando el informe técnico de la autoevaluación del centro de salud La Joya.
- e. El cierre de evaluación fue el 29 de diciembre del 2021, con participación de los evaluadores internos y el equipo de salud.

VII. OBSERVACIONES POR MACROPROCESOS

MACROPROCESOS	OBSERVACIONES
1: Direccionamiento (DIR)	<p>Existe manual de organización y funciones que la red le entregó, cuenta con memorando N°005-2019 jefatura/PS Joya-DIRESA MDD., más no cuenta con RM. N°616-2003</p> <p>Los jefes de los distintos servicios no envían informes de avances de metas físicas.</p> <p>No se observa es un análisis de los datos estadísticos en informes enviados por las jefaturas de los servicios a la jefe del establecimiento y esta a su vez no lo solicita.</p>
2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)	<p>El MOF es del año 2019 entregado por la red mas no abarca todos los puestos de trabajo.</p> <p>Se verifica que en varias unidades orgánicas el personal no cuenta con la asignación de funciones según el MOF.</p> <p>NO cuenta con documento oficial con los estándares de productividad individual establecido por la institución.</p> <p>No cuenta con informe de los análisis de productividad individual.</p> <p>NO tiene un documento con la producción del personal del año 2020-2021.</p>
3: Gestión de la calidad (GCA)	<p>No se evidencia paquetes de información al usuario y no cuenta con documento oficial que los defina.</p> <p>No realizan encuestas de satisfacción al usuario interno y por lo tanto no hay resultados.</p>



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA**4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

El C.S no cuenta con sala situacional de Epidemiología. No está oficializado con R.D pero si se observa y verifica que tiene el VEA pero no se emite semanalmente con

No hay un manual de seguridad para el manejo de medicamentos que pueden provocar eventos adversos.

No hay un documento del procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (áreas de riesgo)

Existe un personal externo al centro que realiza el lavado de la ropa de las puérperas donde es pagado por la paciente.

No hay reporte de casos de accidente punzocortante, personal desconoce la existencia de normas.

No hay informe de acciones tomadas frente a los accidentes de trabajo.

No existen planes por lo tanto no hay informes.

En el E.S no está implementado con las fichas de notificación en cuanto a accidentes punzocortantes , el personal no notifica para que se tomen las medidas frente a estos accidentes de trabajo.

5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

El establecimiento de salud no cuenta con un certificado de inspección técnica de seguridad vigente.

Los letreros de señalización del E.S se encuentran en regular estado, así mismo tiene áreas de riesgo estructural.

El establecimiento de salud no cuenta con un plan de contingencia ni se ha implementado acciones frente a situaciones de emergencia y desastres.

El personal no participa en reuniones multisectoriales y existe la implementación del plan local por la emergencia sanitaria del COVID -19.

No se realizó simulacros para la prevención de situación de emergencias y desastres.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	<p>El establecimiento de salud no cuenta con planes de auditoria y supervisión, la UDR realiza la supervisión y evaluación de los procesos de prestación.</p> <p>Personal no capacitado en procesos de auditoria, solo cuenta con un personal de apoyo para el sistema de información.</p> <p>El establecimiento de salud no cuenta con documento oficial de los indicadores trazadores de cobertura emitido por los responsables de las estrategias sanitarias de la DIRESA- MDD.</p>
7: Atención Ambulatoria (ATA)	<p>El personal evaluado desconoce la importancia de la cartera de servicios, así mismo se sugiere a la jefa del establecimiento para que se implemente la cartera de servicios.</p> <p>No cuentan con herramientas para el cumplimiento de las atenciones al usuario según guías nacionales, normas técnicas.</p> <p>No cuentan con plan de estrategias para la implementación referente a comunidades, familias, municipios saludables.</p> <p>No cuentan con un plan actividades priorizadas y dirigidas a las necesidades de la población.</p> <p>En el servicio de emergencia no se cuenta con flujograma de atención visible al usuario.</p> <p>No se cuenta con ambulancia para el traslado de pacientes.</p> <p>Se observó que el servicio de emergencia no cuenta con el formato de atención, pero el servicio de emergencia obstétrica si lo utilizan.</p> <p>No cuentan con un cronograma de capacitaciones al personal que labora en el área de emergencia.</p>
8: Atención Extramural (AEX)	<p>Se evidencia que el 80% del personal nombrado que realizó el diplomado en APS realiza el trabajo extramural sin embargo los CAS son programados para realizar estas mismas actividades,</p>



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

pero no se encuentra informes que certifiquen que se realizan y esos turnos programados son perdidos.

Se cuenta con 10 agentes comunitarios que no se encuentran capacitados actualmente debido a la pandemia y no están designados por sectores.

10: Atención de Emergencia (EMG)

No cuenta con las herramientas de la información general al usuario.

No se visualiza ni publica sobre los derechos a una atención por el servicio de emergencia.

El personal no cuenta con capacitaciones en temas de emergencias.

No cuenta con ningún documento que garantice la atención sin restricciones.

Las atenciones de los pacientes atendidos por el servicio de emergencia son registradas en la historia clínica.

13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

No tiene estándares de tiempo para la entrega de los resultados de los exámenes a los profesionales y a los usuarios.

No se desarrolla indicadores de calidad relacionados con la entrega de subproductos en función de las necesidades de los pacientes.

14: Admisión y Alta (ADA)

Se recomienda implementar MAPRO de la unidad de estadística e informática, lista de chequeo de verificación para el cumplimiento de procedimientos.

Existe personal capacitado, pero son rotados constantemente

15: Referencia y contra referencia (RCR)

Personal responsable de referencia y contra referencia no cuenta con un plan de trabajo.

No cuenta con un plan de capacitaciones.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

No se recibe la contra referencia del establecimiento al que fue referido el paciente.

No cuenta con informes, no realiza análisis mensuales de los casos referidos.

No cuenta con un sistema de vigilancia comunitaria.

16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Desconocimiento de normas y reglamentos.

No se realiza la vigilancia de los errores en la dispensación de medicamentos.

No se registran los errores de prescripción.

No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas.

El establecimiento no cuenta con personal químico farmacéutico. (pero si cuenta con personal técnico de enfermería que cuenta con bachiller en químico farmacéutico)

17: Gestión de la información (GIN)

No cuenta con requerimiento de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informático.

La unidad de estadística e informática no cuenta con el acopio de información para facilitar al personal.

El jefe del área de estadística deberá elaborar el MAPRO de la unidad de estadística e informática, así mismo deberá de implementar un sistema de gestión de información y documentarlo para su aprobación con RD que apruebe el sistema de información.

No se realizan reuniones técnicas de coordinación para establecer mecanismos para la gestión de información y recolección, procesamiento, análisis y evaluación de los resultados obtenidos.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Los servicios no generan espacios participativos de análisis de la información, no cuenta con acta de reuniones.

No se realizó el estudio de clima organizacional.

No se cuenta con encuestas de percepción del usuario interno sobre el manejo de la información.

- 18:** Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)
- No cuenta con MAPRO con RD el manual de desinfección y esterilización hospitalaria. (solo el 10% del personal encuestado conoce).
- No cuenta con guías actualizadas sobre los procedimientos de limpieza y desinfección de los amientes físicos.
- No existe manual de desinfección y esterilización.
- En la central de esterilización se realiza se realiza solo el control con la “cinta testigo” para el calor seco.
- No cuenta con manual para el tratamiento de la ropa aprobada con RD. (el personal lo realiza de forma empírica).
- En el servicio de lavandería no se cuenta con un registro de quejas o reclamos.
- El responsable del área no cuenta con documento técnico de almacenamiento de ropa de cama. (lo realizan en forma empírica).
- La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental no participa en la elaboración de norma de limpieza.
- No se cuenta con informe de encuesta de percepción del usuario interno y externo respecto a la limpieza.
- 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)**
- Personal capacitado en SIS.(se encuentra con trabajo remoto)



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

No se cuenta con un libro o acta sobre las exoneraciones a población pobre y extrema pobreza que no cuenta con SIS.

No se evidencia informe de captación de pacientes pobre y pobres extremos. (toda esta información el establecimiento no se encarga de realizarlo ya que es netamente de la URD)

Solo se elevó un informe sobre la evaluación que realizo el equipo de auditoria del SIS (cuando existía la Red 2019).

21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

El C.S no cuenta con un plan anual de adquisición de insumos y materiales de acuerdo con la normatividad vigente con RD.

No cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicio del año 2021.

La unidad de logística no cuenta con MAPRO con RD para la adquisición de insumos y bienes.

No se cuenta con informes de auditorías de los procesos de adquisición.

22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

No cuenta con plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperación de equipos incorporados en el POA.

No cuenta con plan multianual de mantenimiento del centro de salud de los años 2019, 2020, 2021

No existe personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión.

No se evidencia documentos de capacitación del personal que realiza mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura y equipos.

No cuenta con MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física. (no cuenta con RD)



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

No se cuenta con manual de mantenimiento control y seguimiento de áreas críticas, no se cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de los equipos y servicios básico (agua, electricidad).

VIII. PUNTAJE OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN INTERNA (RESULTADOS)

8.1 Puntaje obtenido en las tres categorías y en los 18 macroprocesos

Tabla N° 01 Puntaje final de la autoevaluación 2021

Establecimiento : 00002704-LA JOYA
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2021
Periodo : 1

MACROPROCESO

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Total	Cumplimiento % Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Total	Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	RESULTADO FINAL	
		E	P	R								NO aprobado Reinicar desde la Autoevaluación (Menos 50%)	
Direcciónamiento	11	6	4	1	11	31.36	4.61	14.71					
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	2.52	10.71					
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	2.01	7.32					
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	5.34	19.44	107.70	13.36	12.40		
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	1.24	15.79					
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	1.31	6.67					
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	5.72	20.83					
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	1.61	5.88					
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	123.09	19.94	16.20		
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	6.00	21.88					
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	2.23	22.73					
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	2.45	25.00					
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	3.09	31.58					
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	2.80	28.57					
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	0.86	8.82					
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	2.23	22.73					
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	0.61	6.25					
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	1.09	11.11					
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	0.35	3.57					
Total	196	95	83	18	##	307.72	46.07	13.71	307.72	47.01	16		

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



PERÚ
**Ministerio
de Salud**

CENTRO DE
DIRESA
MADRE DE DIOS



Matriz de Priorización

Nº	Cod Estándar	Problemas de Interés / Nivel Estándar	Frecuencia					Importancia					Facilidad					Total		
			v1	v2	v3	v4	v5	S. Total	v1	v2	v3	v4	v5	S. Total	v1	v2	v3	v4	v5	S. Total
1	2 GRH	1. El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y mareas institucionales.	3	3	5	5	19	5	5	5	5	25	5	5	5	5	5	25	69	
3		2.- El(las) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	3	3	1	3	3	13	5	5	5	5	25	5	3	3	5	1	17	55
4		3. El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	3	1	3	1	9	5	3	5	3	5	21	5	5	5	3	23	53	
2		4. El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	5	3	3	5	5	21	5	5	3	5	23	5	5	3	5	5	23	67
1	3 GCA	1. El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	5	5	5	5	25	5	5	5	5	25	5	5	5	5	5	25	75	



PERÚ
**Ministerio
de Salud**

**CENTRO DE
SALUD LA JOYA**



	DIRESA	MADRE DE DIOS	CENTRO DE SALUD LA JOYA	
2	2 El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	3 3 3 1 13 3 5 3 3 5 19 5 5 5 5 25 57		
3	3 El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.	1 3 1 1 1 7 3 3 3 3 15 5 5 5 5 25 47		
1 5 GSD	1 Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. 2 Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	5 5 5 5 25 5 5 5 5 25 5 5 5 5 25 75		
2	3 Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	3 3 5 3 3 17 3 5 3 3 5 19 5 5 5 5 25 61		
3	1 El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	5 3 3 3 17 5 5 5 5 25 1 1 3 1 1 1 49		
1 6 CGP	2 El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo	3 3 5 3 3 17 5 5 3 5 23 5 5 5 5 25 65		
2		3 3 3 3 15 3 5 3 5 21 3 5 5 5 23 59		



1	8 AEX	1 El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo	5	5	5	5	25	5	5	25	5	5	25
4		2 El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	3	3	5	5	21	5	5	25	3	1	3
3		3 El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros	3	3	3	3	15	5	5	25	5	5	23
2		4 El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	3	3	5	5	3	19	5	3	23	3	5
2	10 EMG	1 El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	3	3	3	3	15	5	5	25	5	3	23
2		2 El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	3	5	3	3	19	5	5	25	3	3	15





PERÚ
Ministerio
de Salud

DIRESA
MADRE DE DIOS

CENTRO DE
SALUD LA JOYA



Ideas de mejora

Categoría-Criterio: Priorizado				Oportunidad de Mejora			
Categoría	Cod_Macroproceso	Cod_Estándar	Criterio	Acción de Mejora	Proyecto/Plan de Mejora/ Programa	Equipo de Mejora	Fecha de Inicio (Conformación del Equipo de mejora): Día/ Mes/ Año
			1 El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Solicitar a la DIRESA el MOF e implementar la asignación de funciones al personal según el cargo que ocupa.		DIRESA- MDD (Área de personal) Lider: Jefe del E.S. Gerente del CLAS Integrantes jefes de UPS.	1/04/2022
Gerencial	GCA	GRH 1	1 El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Designación con documento oficial del responsable de calidad Conformación de los equipos de mejoramiento continua, con documento oficial. Capacitación al equipo de calidad.		Lider: Sofía Ccopa Ramos, Ricardo German Quispe Villavicencio. Equipo responsable de calidad	15/05/2022
			1 El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Capacitacion al equipo responsable de calidad en proyectos de mejora.		
			1 Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Evaluación de la infraestructura del establecimiento de salud por defensa civil.	Señalización de todos los ambientes del establecimiento de salud	15/04/2022
						Lider: Jefe del E.S. Gerente de CLAS presidente del CLAS	



CENTRO DE
SALUD LA JOYA

DIRESA
MADRE DE DIOS

	CGP	CGP 1	1 El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Elaboración del plan de auditoría, monitoreo y supervisión.	capacitación al personal sobre los mecanismos de auditoría, monitoreo y supervisión .	Líder: Responsable del equipo	15/05/2022
	AEX	AEX 1	1 El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo	El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo.	Desarrollo e implementación del plan de atención extramural de acuerdo a prioridades y en fusión a las necesidades de la población.	Designación del responsable con capacidades competentes en el área.	Líder: Jefe del ES. Jefe de personal. Responsables de UPS	15/02/2022
Prestacional	EMG	EMG 3	3 El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente..	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente..	Designación de responsable de emergencia (conformación de su equipo)	Plan de capacitación anual Capacitación al personal del servicio de emergencia. Evaluación y monitoreo de los procedimientos que realiza el personal.	Líder: Jefe de E.S Personal responsable de emergencias Integrantes: 1.- Responsable de Obstetricia 2.- Responsable de Enfermería	1/02/2022
	Apoyo	GIN	1 El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información	Programación anual de reuniones para el análisis de las distintas áreas administrativas y asistenciales.		Líder: jefe del E.Secretaría; responsable del área de información Integrantes: 1.- Todas dal UPS.	1/02/2022

		<p>1 El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.</p>	<p>El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.</p>	<p>Solicitar la RD que aprueba el sistema de evaluación socioeconómica institucional. Implementar con el manual de procedimientos para la evaluación socioeconómica.</p>	<p>Líder: jefe del E.S. Gerente CLAS Responsable del SIS, Responsable de la UPS de psicología</p>	<p>1/02/2022</p>
MRS	MRS 1	<p>1 Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.</p>	<p>Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.</p>	<p>Implantación de la RD que aprueba las líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del E.S.</p>	<p>Mejora del proceso para la adquisición de insumos o materiales.</p>	<p>Líder: jefe del E.S. Secretaria: responsable de farmacia. Integrantes: 1.- UPS del establecimiento de salud.</p>
GIM	GIM-1					<p>15/02/2022</p>

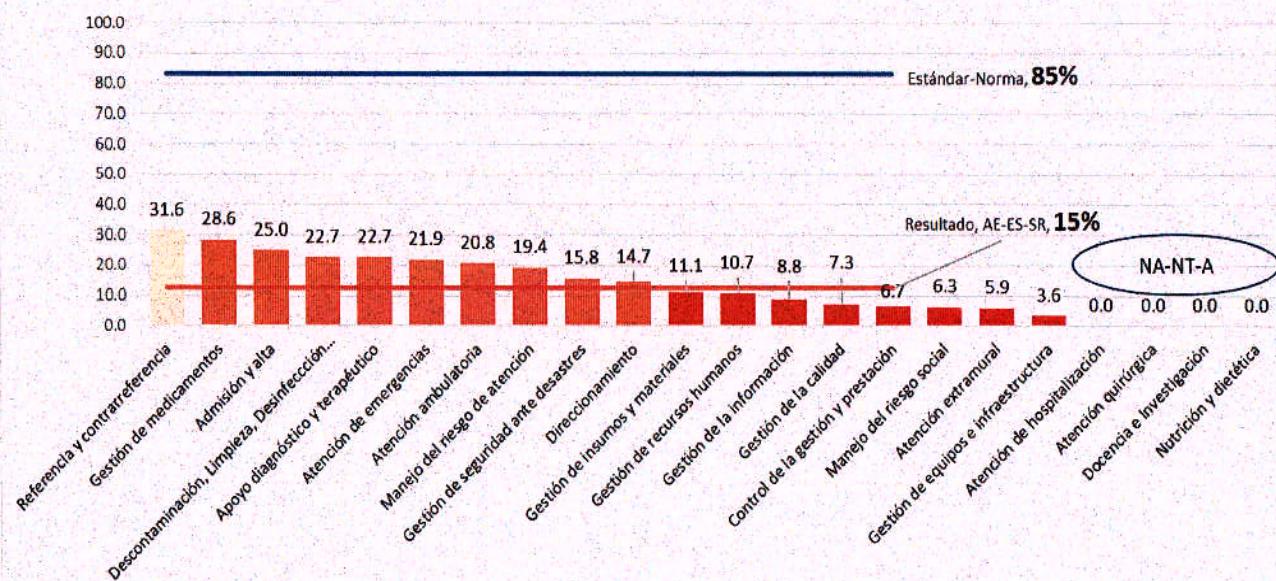


PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Gráfico N° 01 Puntaje obtenido comparado con el estándar

Autoevaluación, Desempeño por Macroprocesos, Centro de Salud La Joya I-3, GER-PRE-APO
DIRESA MDD-2021-1



Nota: Macroprocesos que no aplica para la autoevaluación (Atención de hospitalización, Atención quirúrgica, Docencia e Investigación, Nutrición y dietética)

Según la tabla N° 01 y gráfico N° 01, el puntaje final calculado mediante el aplicativo en los 18 macroprocesos es igual a 15%, menor que el 50%, **el mismo que no es aprobado**. Según la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02, el centro de Salud La Joya, para obtener un puntaje aprobatorio debería haber superado u obtener un puntaje igual a 85%, que es el estándar según la norma. Asimismo, según el baremo de las calificaciones del aplicativo es <50%, por lo que debe **reiniciar desde la autoevaluación**.

Asimismo, según la tabla N° 01, en los 196 criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación, en la **categoría Gerencial** el puntaje máximo establecido, según el aplicativo es 107.70; sin embargo, el puntaje obtenido por el establecimiento de salud La Joya en esta categoría es solo 13.36; por lo tanto, el cumplimiento de los criterios en la categoría gerencial es de 12.40% del total. En la **categoría Prestacional**, el puntaje máximo establecido según el aplicativo es 123.09, en cambio el puntaje obtenido por el establecimiento de salud en esta categoría es 19.94; por lo tanto, el cumplimiento de los criterios en esta categoría



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

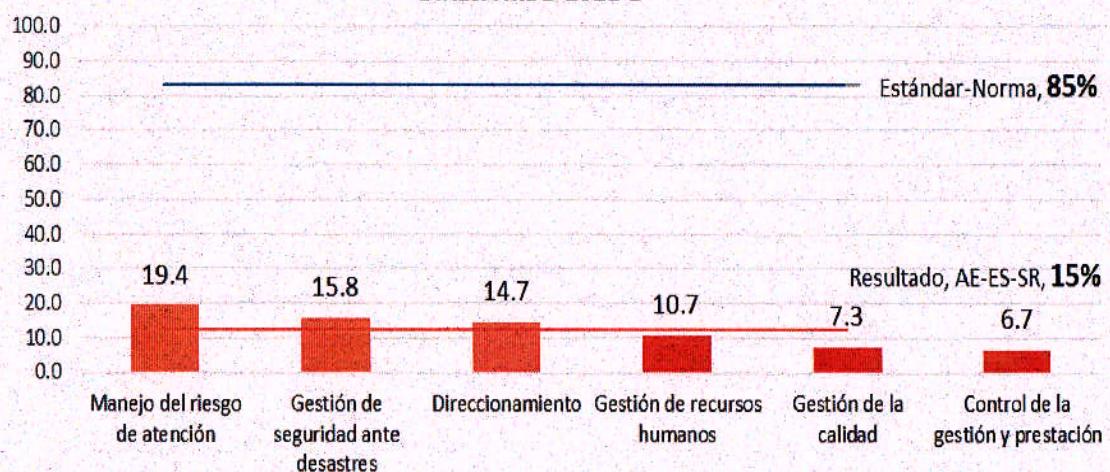
solo es de 16.20% del total. Y en la **categoría Apoyo**, el puntaje máximo establecido según el aplicativo es 76.93, en cambio el puntaje obtenido por el establecimiento de salud en esta categoría es 13.71; por lo tanto, el cumplimiento de los criterios en esta categoría es de 17.82% del total.

Por otro lado, en la tabla N° 01 y el gráfico N° 01, se observa cuatro macroprocesos que no aplican en el establecimiento de salud de nivel I-3, ellos son: (Atención de hospitalización, Atención quirúrgica, Docencia e Investigación, Nutrición y dietética).

a. Puntaje obtenido por categoría gerencial (GER) de los Macroprocesos (MRA, GSD, DIR, GRH, GCA, CGP)

Gráfico N° 02

**Autoevaluación, Desempeño por Macroprocesos, Centro de Salud La Joya I-3, GER
DIRESA MDD-2021-1**



Según el gráfico N° 02 y la tabla N° 01, el puntaje obtenido en la **categoría Gerencial** es solo 13.36, equivalente a 12.40% del puntaje total establecida en esta categoría. Asimismo, en esta categoría se observa que en cuatro macroprocesos el cumplimiento de los criterios se encuentra por debajo del porcentaje resultado AE-ES-SR global obtenido a nivel del establecimiento, estas son: Direccionamiento 14.7%, Gestión de recursos humanos 10.7%, Gestión de calidad 7.3% y Control de la gestión y prestación 6.7%.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Por otro lado, según la tabla N° 01, el puntaje obtenido por macroprocesos es como sigue: En **Direccionamiento**, de los 11 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 31.36; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 4.61 que equivale a 14.71% del total establecido en este macroproceso. En **Gestión de recursos humanos**, de los 9 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 23.52; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 2.52 que equivale a 10.71% del total establecido en este macroproceso. En **Gestión de calidad**, de los 22 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 27.44; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 2.01 que equivale a 7.32% del total establecido en este macroproceso. En **Manejo del riesgo de atención**, de los 21 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 27.44; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 5.34 que equivale a 19.44% del total establecido en este macroproceso. En **Gestión de riesgos ante desastres**, de los 14 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 7.84; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 1.24 que equivale a 15.79% del total establecido en este macroproceso. Y en **Control de la gestión y prestación**, de los 9 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 16.90; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 1.31 que equivale a 6.67% del total establecido en este macroproceso.

Asimismo, luego de análisis de los macroprocesos de esta categoría, se afirma que es urgente la toma de decisiones por UPS del establecimiento de salud La Joya, priorizando los estándares y criterios que en cada uno de los macroprocesos mencionados.



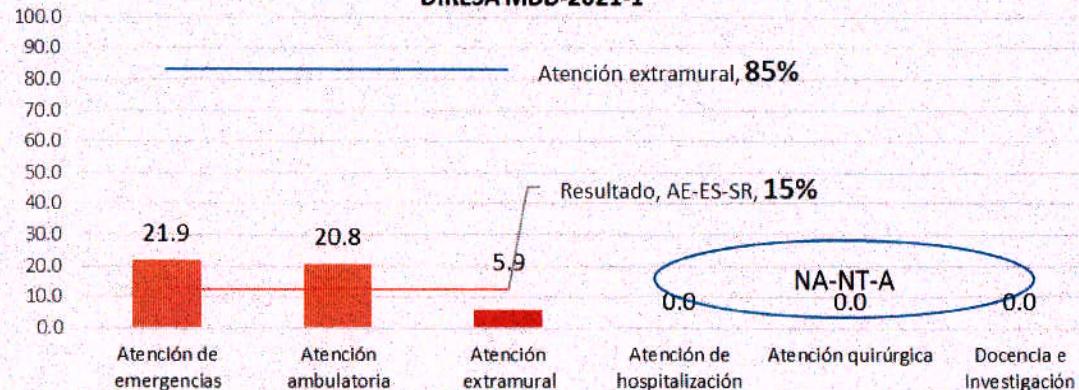
PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

b. Puntaje obtenido por la categoría Prestacional (PRE) de los Macroprocesos (EMG, ATA, AEX, ATH, ATQ, DIV)

Gráfico N° 03

**Autoevaluación, Desempeño por Macroprocesos, Centro de Salud La Joya I-3, PRE
DIRESA MDD-2021-1**



Nota: Macroprocesos que no aplica para la autoevaluación (Atención de hospitalización, Atención quirúrgica, Docencia e Investigación)

Según el gráfico N° 3 y la tabla N° 01, en la **categoría prestacional**, el puntaje obtenido es 19.94 que equivale a 16.20% y se ubica por encima del porcentaje global obtenido del establecimiento. De los tres macroprocesos que aplican en esta categoría, el puntaje más bajo obtenido es en Atención extramural, el 5.9% y el puntaje más alto le corresponde a Atención de emergencias, 21.9%. Como se puede observar, en esta categoría en un macroprocesos el cumplimiento de los criterios se encuentra por debajo del porcentaje resultado AE-ES-SR global obtenido a nivel del establecimiento.

En esta categoría, según la tabla N° 01, el puntaje obtenido en los diferentes macroporcesos es como sigue: En **Atención ambulatoria**, en los 16 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 27.44; sin embargo, el puntaje obtenido en el



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

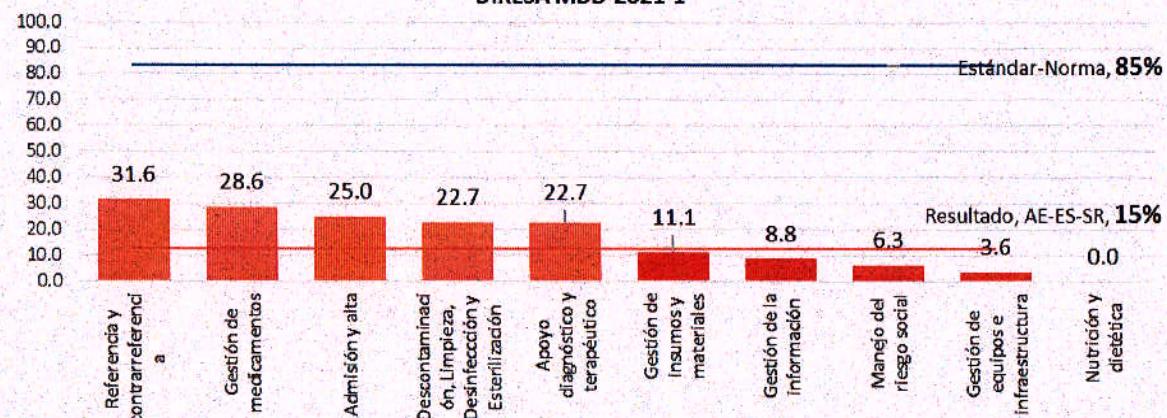
establecimiento de salud La Joya es solo 5.72 que equivale a 20.83% del total establecido en este macroproceso. En la categoría **Atención extramural**, en los 13 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 27.44; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 1.61 que equivale a 5.88% del total establecido en este macroproceso. Y en la categoría **Atención de emergencias**, en los 11 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 27.44; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 6.00 que equivale a 21.88% del total establecido en este macroproceso.

Luego de análisis de los tres macroprocesos de la categoría Prestacional, se concluye que el porcentaje alcanzados en cada uno es muy baja con relación al estándar de acreditación establecido a nivel nacional; por lo que, las jefaturas de las UPS del Centro de salud La Joya deben tener en cuenta los criterios establecidos para la autoevaluación.

c. Puntaje obtenido por la categoría de Apoyo (APO) de los Macroprocesos (ADT, RCR, GMD, ADA, GIN, EIF, DLDE, MRS, NYD, GIM)

Gráfico N° 04

Autoevaluación, Desempeño por Macroprocesos, Centro de Salud La Joya I-3, APO
DIRESA MDD-2021-1



Nota: Macroprocesos que no aplica para la autoevaluación (Nutrición y dietética)



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

Según la tabla N° 01, en la **categoría Apoyo**, el puntaje obtenido es 13.71 que equivale a 17.82% y se ubica por encima del porcentaje global obtenido del establecimiento. Y según el gráfico N° 4, de los nueve macroprocesos que aplican en esta categoría, el puntaje más alto obtenido es en Referencia y contrarreferencia con 31.6%; sin embargo, los puntajes obtenidos por debajo del puntaje global del establecimiento son en Gestión de insumos y materiales 11.1%, en Gestión de la información 8.8%, en Manejo de riesgo social 6.3% y en Gestión de equipos e infraestructura 3.6%. Como se puede observar en el gráfico N° 04, en esta categoría en cuatro macroprocesos el cumplimiento de los criterios se encuentra por debajo del porcentaje resultado AE-ES-SR global obtenido a nivel del establecimiento de salud.

En esta categoría, según la tabla N° 01, el puntaje obtenido en los nueve macroporcesos es como sigue: En **Apoyo diagnóstico y terapéutico**, en los 6 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 2.23 que equivale a 22.73% del total establecido, según norma, en este macroproceso. En **Admisión y alta**, en los 4 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es solo 2.45 que equivale a 25.00% del total establecido, según norma, en este macroproceso. En **Referencia y contrarreferencia**, en los 12 criterios evaluados, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 3.09 que equivale a solo 31.58% del total establecido, según norma, en este macroproceso; aun siendo el más alto, dista mucho del estándar de la norma. En **Gestión de medicamentos**, en los 12 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 2.80 que equivale a solo 28.57% del total establecido, según norma, en este macroproceso. En **Gestión de la información**, en los 10 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 0.86 que equivale a solo 8.82% del total establecido, según norma, en este



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

macroproceso. En **Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización**, en los 7 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 2.23 que equivale a solo 22.73% del total establecido, según norma, en este macroproceso. En **Manejo de riesgo social**, en los 4 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 0.61 que equivale a solo 6.25% del total establecido, según norma, en este macroproceso. En **Gestión de insumos y materiales** en los 5 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 1.09 que equivale a solo 11.11% del total establecido, según norma, en este macroproceso. Y en **Gestión de equipos e infraestructura**, en los 10 criterios a evaluar, el puntaje establecido en el aplicativo es 9.80; sin embargo, el puntaje obtenido en el establecimiento de salud La Joya es 0.35 que equivale a solo 3.57% del total establecido, según norma, en este macroproceso.

Después de analizar los nueve macroprocesos de la categoría Apoyo, se concluye que el porcentaje alcanzados en cada uno de ellos es muy baja con relación al estándar de acreditación establecido a nivel nacional, a pesar de que en esta categoría se obtuvo puntajes más altos; por lo que, el gerente y las jefaturas de las UPS del Centro de salud La Joya, deben tener en cuenta los criterios establecidos para la autoevaluación en el cumplimiento de sus funciones.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

8.2 Análisis de resultados según tipo de categoría

Tabla N° 02

☞ Respuesta = 0

Categoría	Estructura	Tipo de Criterio			Total general
		Proceso	Resultado		
Apoyo	19	24	4		47
Gerencia	26	29	9		64
Prestación	15	10	1		26
Total	60	63	14		137

Según la tabla N° 02, en 137 de los 196 criterios evaluados se han obtenido el puntaje cero: en la categoría Apoyo 47, en Gerencia 64 y en prestación 26.

Tabla N° 03

☞ Respuesta = 1

Categoría	Estructura	Tipo de Criterio			Total general
		Proceso	Resultado		
Apoyo	10	7	2		19
Gerencia	13	5	1		19
Prestación	10	3	1		14
Total	33	15	4		52

Asimismo, según la tabla N° 03, en 52 de los 196 criterio evaluados se ha obtenido el puntaje uno: en la categoría Apoyo 19, en Gerencia 19 y en prestación 14.

Tabla N° 04

☞ Respuesta = 2

Categoría	Estructura	Tipo de Criterio			Total general
		Proceso	Resultado		
Apoyo	1	3	-		4
Gerencia	1	2	-		3
Total	2	5	-		7

Según la tabla 04, sólo en 7 de los 196 criterios se ha obtenido el puntaje dos: en la categoría Apoyo 4 y en Gerencia 3.



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a. Conclusiones

- Los inconvenientes para el bajo cumplimiento de los estándares de los macroprocesos, según los actores, fue la pandemia por COVID 19. Asimismo, la no socialización del Plan Estratégico por los responsables del GOREMAD y/o DIRESA coadyuva para el bajo cumplimiento de funciones del personal gerencial y jefaturas.
- De manera global se ha obtenido un puntaje final del 15% de cumplimiento de los estándares de acreditación lo que ubica al establecimiento de salud La Joya en un nivel de **NO APROBADO**.
- El macroproceso con mayor puntaje es Referencia y contrarreferencia con 31. 6%, el mismo que se ubica por debajo del estándar nacional que es el 85% y los macroprocesos con menor puntaje por debajo del puntaje promedio del establecimiento, son: Gestión de insumos y materiales con 11.1%, Gestión de recursos humanos con 10.7%, Gestión de la información con 8.8%, Gestión de calidad con 7.3%, Control de gestión y prestación con 6.7%, Manejo de riesgo social con 6.3%, Atención extramural con 5.9% y Gestión de equipos e infraestructura con 3.6%.
- El centro de salud La Joya cuenta con algunos recursos humanos capacitados en calidad, pero no se observa evidencias de los trabajos realizados.
- Uno de los principales problemas que enfrenta el Centro de Salud de la Joya, es que la mayor parte de las veces los profesionales y técnicos no cuentan con la información de procedimientos específicos necesarias que deterioran calidad de servicios de salud y satisfacción de usuarios.
- Los resultados de la autoevaluación realizada a finales del año 2021, aporta conocimiento útil para los gestores y responsables



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

del CLAS NUEVO CANDAMO que tiene la responsabilidad de tomar las decisiones más adecuadas y oportunas para mejorar la calidad las UPS y la satisfacción del usuario.

- En referencia a las facilidades que debieron de brindar a todo el personal evaluador desde un inicio de parte del jefe del establecimiento no se cumplió, pese haber presentado un documento con el cronograma de días a realizar la autoevaluación al jefe de personal.
- No se contó con el apoyo de algunos evaluadores, poca disposición en el proceso de la autoevaluación.
- El personal evaluador trabajó en días libres para poder terminar en los días programados.
- El personal evaluador al igual que el resto de trabajadores cumplió con asistir a sus turnos y esa fue una de las dificultades que tuvimos ya que no se consideró el trabajo que teníamos que realizar.

b. Recomendaciones

- El Gerente del CLAS Candamo y el Jefe del establecimiento de Salud La Joya deben solicitar a la DISA el Plan Estratégico Institucional o promover su elaboración y socialización, con la finalidad de dar cumplimiento a los estándares y macroprocesos.
- Con la finalidad de OBTENER PUNTAJE APROBATORIO en la evaluación de estándares, cada responsable o jefe de cada UPS, el jefe del establecimiento de salud de La Joya y el Gerente del CLAS CANDAMO, deben asumir su rol de liderazgo en el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con lo establecido en el MOF.
- Para la mejora del nivel de logro de los estándares, el Gerente del CLAS Candamo, el jefe del Establecimiento de salud la Joya y las



PERÚ

Ministerio
de SaludDIRESA
MADRE DE DIOSCENTRO DE
SALUD LA JOYA

jefaturas de las UPS deben formular planes de mejora y otros instrumentos de gestión que permitan conocer el nivel de logro de los indicadores en forma mensual, trimestral y anual, en concordancia con la normatividad vigente.

- El centro de salud La Joya cuenta con algunos recursos humanos capacitados en calidad, pero no se observa evidencias de los trabajos realizados.
- La gestión de recursos humanos y de la información es muy valiosa, por ello el Gerente del CLAS Candamo, el jefe del Establecimiento de salud La Joya y las jefaturas de las UPS deben ser liderados por profesionales acordes a su capacitación, con la finalidad garantizar el logro de los estándares.
- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente utilizando los procesos de mejora continua e involucrando a todo el personal, así mismo que trabajen con imparcialidad, transparencia y confidencialidad.
- Realizar una reunión de retroalimentación entre los evaluadores internos, jefe del establecimiento de salud, equipo de gestión, gerente y junta directiva del CLAS para determinar los principales problemas presentados durante la evaluación y las propuestas de solución para futuros procesos similares,
- La gerencia y el jefe del establecimiento de salud deberá realizar la socialización de los resultados a las UPS (jefaturas) con la finalidad de levantar las observaciones que harán posible que este año 2022, los resultados se han satisfactorias en cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Desarrollar acciones de capacitación para el personal del centro de salud de acuerdo a su competencia técnica, así mismo la programación de pasantías en coordinación con la micro red y DIRESA.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRESA
MADRE DE DIOS

CENTRO DE
SALUD LA JOYA



- Se debe tomar en cuenta las facilidades y asignación del tiempo para que el personal pueda cumplir la labor encomendada, especialmente con el personal asistencial que realiza turnos rotativos.
- En cuanto a los recursos humanos se recomienda contar con el perfil necesario para la atención ya que se ha observado una debilidad constante para la toma de decisiones, específicamente en el manejo de emergencias.

X. ANEXOS

Anexo 1: Reporte de los resultados

Anexo 2: RD de los equipos de autoevaluación

Anexos 3: RD de aprobación del plan

Anexo 4: AE: Formato de registro de datos observaciones y recomendaciones.

Anexo 5: Acta de reunión de inicio

Anexo 6: Acta reunión de cierre

Anexo 7: Fotos