



GOBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud San
Román



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**

2022

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

INDICE:

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. JUSTIFICACIÓN.
- III. FINALIDAD.
- IV. OBJETIVOS.
- V. BASE LEGAL.
- VI. AMBITO DE APLICACIÓN.
- VII. CONTENIDO.
- VIII. RESPONSABILIDADES.
- IX. PRESUPUESTO.
- X. ANEXOS.

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO – 2022

I. INTRODUCCIÓN:

La Gestión de la Calidad es un principio básico de la atención en salud teniendo en cuenta que es uno de los pilares para la transformación del sistema de salud en los países; donde la finalidad es satisfacer las expectativas del usuario en la atención de salud y así minimizar los riesgos en la prestación de servicios. A la vez es necesario que los establecimientos de salud lo consideren como proceso permanente y continuo, teniendo como base que será la herramienta fundamental que transformará la evolución de la calidad de atención en salud.

Por otro lado, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se considera la acreditación como uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, cabe mencionar que el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con todos los subsectores prestadores del sistema de salud y oficializada como norma técnica mediante la Resolución Ministerial 456-2007 MINSA el 06 de junio del 2007. La actual propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de funciones a las regiones, siendo una de ellas “negar o conferir la acreditación a partir del año 2007”. En este contexto, resulta de suma importancia la implementación de la norma de acreditación en los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud, el cual incluye el listado de estándares a aplicar, y que responde a las necesidades de mejora de la calidad de los prestadores de servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta que la acreditación tiene como propósito garantizar la calidad y proveer acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, es que el Hospital Carlos Monge Medrano ha venido realizando periódicamente la realización de la Evaluación Interna respectivamente según la normativa por años consecutivos, con resultados que conllevaron a reuniones de análisis y toma de decisiones, acciones que ayudaron a desarrollar estrategias de mejora en la atención de salud.

Mencionada la importancia de la acreditación en los Establecimientos de Salud, el presente documento “PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN – 2022” ha sido elaborado siguiendo los lineamientos del Plan de Gestión de la Calidad aprobada por Resolución Ministerial N° 596-2009/MINSA y la Política Nacional de Calidad en salud aprobada con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, los cuales regulan el proceso de Acreditación.

Es en ese sentido que el presente plan tiene por finalidad lograr la acreditación, donde se realizará actividades de la primera fase del proceso, que incluye que el Hospital Carlos Monge Medrano pasará por un proceso de Autoevaluación según guía técnica por los evaluadores internos, para luego solicitar la evaluación externa respectivamente.

Cabe mencionar que el presente Plan de Trabajo también incluye aspectos organizativos y contempla la constitución de profesionales evaluadores internos, la ejecución de la autoevaluación según estándares definidos en el marco legal y la elaboración del informe final, a la vez la retroalimentación respectiva.

III. FINALIDAD:

Lograr que el Hospital Carlos Monge Medrano cumpla progresivamente con los estándares de evaluación correspondientes a su categoría en los diferentes macroprocesos para la acreditación.

IV. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el desempeño del Hospital Carlos Monge Medrano a través de los macro procesos establecidos, en cumplimiento a la primera fase del proceso de acreditación.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Organizar y Planificar el proceso de Autoevaluación.
- Evaluar el nivel de cumplimiento según el listado de estándares en un Establecimiento de Salud II-2.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de los macro procesos.
- Implementar acciones de mejora en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, “Ley General de Salud y sus Modificadorias”.
- Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”.
- D. L. N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 008- 2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo”.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Decreto Legislativo N° 1088, “Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
- Ordenanza Regional N° 012 -2014/GRP-CRP y Ordenanza Regional N° 005 - 2020/GRP-CRP, que aprueba los documentos técnicos normativos de Gestión Institucional (ROF, CAP) del Hospital Carlos Monge Medrano.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA “Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas Neonatales.
- Resolución Directoral N° 245-2022-DE-RED-S-SR/URH que aprueba el “Equipo de Acreditación para el proceso de Acreditación del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2022”
- Resolución Directoral N° 238-2022-DE-RED-S-SR/URH que aprueba el “Equipo de Evaluadores Internos para el proceso de Acreditación del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2022”

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan es de aplicación y cumplimiento del personal que labora en los servicios y/o unidades del Hospital Carlos Monge Medrano.

XI. METODOLOGÍA:

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos, para lo cual harán uso del instrumento “Listado de Estándares de Acreditación” correspondiente al nivel II-2, contando con la participación activa del director, jefaturas, coordinadores y responsables de las UPSS.

Se utilizarán diversas técnicas de evaluación, las cuales permitirán evidenciar y calificar los criterios de la lista de estándares de acreditación: Verificación y/o revisión de documentos, Observación, Entrevista, Encuestas y Auditoría.

Los siguientes constituyen los macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el Hospital Carlos Monge Medrano, los cuales son 22 macroprocesos para el nivel II-2, consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%):

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
Total	75	361

XII. RESPONSABILIDADES:

El equipo de gestión. Los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el HCMM, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el Presente Plan.

XIII.

XIV. EQUIPO DE EVALUACIÓN:

A. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido (Evaluador líder)
Director del HCMM
- Dra. Biezzi Xiomara Moya Tito
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Guisell Cahuapaza Yana
Jefe del Departamento de Enfermería
- Obsta. Zobeida Zevallos Valdez
Jefe del Servicio de Obstetricia
- Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas
Coordinadora de Convenios de Gestión

B. EQUIPO DE ACREDITACIÓN:

- Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido (Evaluador líder)
Director (Coordinador)
- Dr. José Luis Mejía Quispe
Jefe del Departamento de Medicina
- Dr. Wilfredo Antonio Olave Benitez
Jefe del Departamento de Cirugía
- Dra. Sandra Hurtado Vilca
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
- Dr. Efraín Urbano Carrasco Gonzalo
Jefe del Departamento de Pediatría
- Dra. Elena Trujillo Zevallos
Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- T.M. William Apaza Mamani
Jefe del Departamento de Patología Clínica
- Dr. Dino Calcina Jaén
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Dr. Luis Rosado Tejada
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Lic. Henry A. Calla Roque
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
- Dr. José Luis Sotomayor Perales
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Q. F. Ernesto Machaca Huancollo
Jefe del Departamento de Farmacia
- Dra. Biezzi Xiomara Moya Tito
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Dr. Ismael Juan Mamani Huarsaya
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Lic. Miriam J. Rodríguez Oviedo
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Lic. Danitza Machicao Angles
Jefe del Departamento de Servicio Social
- Lic. Guisell Cahuapaza Yana
Jefe del Departamento de Enfermería
- C.P.C. Juan Coila Espinoza
Jefe de la Oficina de Economía
- Ing. Edgar Rogelio Condori Chambi
Jefe de la Oficina de Logística
- Ing. Eleuterio Ricardo Quispe Bustincio
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- Lic. Jhony H. Rossello Gonzáles
Jefe de la Oficina de Comunicaciones

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B

Cronograma de actividades para la Autoevaluación A

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	MESES								
			JUNIO.2022	JULIO.2022	AGOS. 2022	SEP. 2022	OCT. 2022	NOV. 2022	DIC. 2022	ENE 2023	
Reunión para la conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación.	Acta de Reunión	Unidad de Gestión de la Calidad	X								
Conformación del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.	Acto Resolutivo	Oficina de Gestión de la Calidad		X							
Difusión del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.	Publicación en la Web Institucional	Oficina de Gestión de la Calidad			X						
Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación del evaluador líder.	Acta de Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad				X					
Designación de responsables por cada macroproceso.	Acta de Reunión	Equipo de Evaluadores Internos					X				
Elaboración del plan de Autoevaluación del año 2022.	Acto Resolutivo	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad					X				
Presentación del plan a la dirección.	Acta de Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad					X				
Aprobación del Plan de Autoevaluación con Resolución Directoral.	Acto Resolutivo	Oficina de Gestión de la Calidad							X		

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Difusión del plan de Autoevaluación del año 2022.	Publicación en la Web Institucional	Oficina de Gestión de la Calidad							X		
Reuniones de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de evaluadores de Acreditación.	Acta de Reunión	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad							X		
Inicio de Autoevaluación	Documento Oficial de Comunicación	Dirección y Oficina de Gestión de la Calidad								X	
Procesamiento de datos	Sistema de Información	Oficina de Gestión de la Calidad								X	
Análisis de resultados	Acta de Reunión	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad									X
Informe Técnico Final de Autoevaluación	Informe	Comité de Autoevaluación									X

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido

Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

Responsable por Sub Equipo	MACROPROCESOS	Equipos de Evaluadores Internos	DICIEMBRE			
			1ra sem	2da sem	3ra sem	4ta sem
Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido	Direccionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido • Dra. Biezzi Xiomara Moya Tito • Lic. Guisell Cahuapaza Yana 	X			
	Gestión de Recursos Humanos		X			
	Gestión de la Calidad		X			
	Manejo del Riesgo de Atención		X			
	Emergencias y Desastres		X			
Dra. Biezzi Xiomara Moya Tito	Control de la Gestión y Prestación	<ul style="list-style-type: none"> • Obsta. Zobeida Zevallos Valdez • Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas 		X		
	Atención Ambulatoria			X		
	Atención Extramural			X		
	Atención de Hospitalización			X		
	Atención de Emergencias			X		
Lic. Guisell Cahuapaza Yana	Atención Quirúrgica				X	
	Docencia e Investigación				X	
	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento				X	
	Admisión y Alta				X	
	Referencia y Contrareferencia			X		

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Obsta. Zobeida Zevallos Valdez	Gestión de Medicamentos			x	
	Gestión de la Información				x
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización				x
Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas	Manejo de Riesgo Social				x
	Manejo de Nutrición de Pacientes				x
	Gestión de Insumos y Materiales				x
	Gestión de Equipos e Infraestructura				x

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr. Jhoel Fausto Apaza Bellido

