



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

"AÑO BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

OFICIO N° 771-2024-GRPUNO /GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO-DIR.

SEÑOR : M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCION : LIC. GILBERTO JAEN BALDARRAGO
DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

PUNO

ASUNTO : REMITO RD, DEL PLAN DE AUTOEVALUADORES INTERNOS
GESTION CALIDAD HOSPITAL II-I ILAVE

FECHA : Ilave, 15 de julio del 2024



Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo hacerle alcance del RESOLUCION DIRECTORAL DEL PLAN DE AUTOEVALUADORES INTERNOS DE GESTION DE CALIDAD DE RED DE SALUD EL COLLAO, DEL HOSPITAL II-I ILAVE , para el cumplimiento de criterios de evaluación de las buenas prácticas de la atención de la salud y convenios de gestión .

Adjunto: RD.COPIAS (07 folios)

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Handwritten signature of Carlos A. Alvarado Infantes

Lic. Carlos A. Alvarado Infantes
C.R.P. 82203 - P.N.A. A10500
DIRECTOR

Cc: Arch,
RCH/Cychem
Adjunto: 08 folios





Resolución Directoral

Ilave, 11 de julio del 2024

VISTOS: El Expediente Administrativo Nº 3559-2024 conteniendo el OFICIO N.º 0012-2024-DIRESA-PUNO/RED DE SALUD EL COLLAO GC YSS, emitido por el Área de Gestión de Calidad y Servicios, quien solicita proyección de Resolución Directoral para la aprobación del "Plan de Autoevaluación Interna del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Ilave II-1 de la Red Salud Collao", para el año fiscal 2024 y con disposición de proyectar Resolución Directoral por parte del director de la Red de Salud El Collao mediante MEMORÁNDUM Nº 677-2024-GR PUNO/GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO/D; fs. 10

CONSIDERANDO:

Que, las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, a la Ley y al Derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los fines que les fueron conferidas, de conformidad con lo previsto en el Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS;

Que, ese sentido al momento de emitir un acto administrativo las autoridades administrativas deben actuar conforme al marco legal vigente teniendo en cuenta que sus declaraciones producen efectos jurídicos respecto los intereses, obligación o derecho de un administrativo, tal como se encuentra previsto en el Artículo 1º del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General;

Que, lo regulado en el Inciso 20 del Artículo 2º de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el Artículo 117º del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley de Procedimientos Administrativos General, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019- JUS regulan el derecho de petición administrativa, el mismo que comprende las facultades de presentar solicitudes en interés particular del administrado de realizar solicitudes en interés general de la colectividad de contradecir actos administrativos, las facultades de pedir informaciones de formular consultas y de presentar solicitudes de gracia;

Que, mediante Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene como finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, según NTS N.º 050 -MINSNDGSP-V.02 – "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", que tiene por finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante OFICIO N.º 0012-2024-DIRESA-PUNO/RED DE SALUD EL COLLAO GC YSS, emitido por el Área de Gestión de Calidad y Servicios, quien solicita proyección de Resolución Directoral para la aprobación del "Plan de Autoevaluación Interna del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Ilave II-1 de la Red Salud Collao";

Que, en ese contexto, es pertinente expedir el acto resolutorio para la aprobación del "Plan de Autoevaluación Interna del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Ilave II-1 de la Red Salud Collao", que tiene por objetivo general "Fomentar la mejora de los servicios de salud a través de la identificación de fortalezas y debilidades del prestador o proveedor que genera pautas para el proceso de autoevaluación de las IPRESS del ámbito del Hospital de





Resolución Directoral

Ilave, 11 de julio del 2024

Ilave II-1 de la Red Salud Collao, a lograr resultados a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas en el servicio de salud de la Red de Salud Collao, el periodo establecido en el presente plan;

Que mediante MEMORÁNDUM Nº 677-2024-GR PUNO/GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO/D, emitido por la Dirección de la Red Salud Collao, dispone la Proyección de la Resolución para la aprobación del "Plan de Autoevaluación Interna del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Ilave II-1 de la Red Salud Collao";

Estando a las consideraciones expuestas y de conformidad a lo dispuesto por el TUO de la LPAG y en uso de las facultades y atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud El Collao y en su condición de entidad Tipo B contenida en la RGGR Nº 493-2015-GGR-GR Puno;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1º.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación Interna del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Ilave II-1 de la Red Salud Collao", para el año fiscal 2024, el cual forma parte integrante del presente acto resolutorio.

ARTICULO 2º.- NOTIFICAR el presente acto resolutorio a las instancias administrativas pertinentes para su cumplimiento.

Regístrese y Comuníquese,



C. Carlos A. Infantes
CMP 072
10590



PERÚ

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

RED DE SALUD EL COLLAO
GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA

HOSPITAL II – 1 ILAVE DE LA RED DE SALUD EL COLLAO-2022

FORMULADO POR : LIC.ENF.MARIA M TUNI ARIAS
COORD. DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.

I. INTRODUCCIÓN

La Red de Salud el Collao , dentro de sus prioridades tiene el propósito de acreditar sus establecimientos de salud, este proceso de acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo establecido en la N.T. Nro 050-MINSA/DGSP-V.02, fue aprobada con R.M. Nro 456-2007/MINSA del 05-dem junio del 2017 comprende dos fases : autoevaluación y evaluación externa las cuales se desarrollan sobre la base de los estándares definidos por la autoridad sanitaria, por este motivo se da inicio con el proceso de socialización al personal de salud.

Para el desarrollo de este proceso de acreditación se establece una organización con los profesionales de la salud y/o técnicos, asistenciales y administrativos del sector salud que son formados y autorizados para ejercer, las cuales son órganos colegiados encargados de fortalecer la transparencia de la fase de evaluación externa el marco de acreditar los establecimientos de salud a través de la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobado con R.M Nº 270-2009 /MINSA, es necesario contar con un plan de evaluación interna, que oriente y describa los procedimientos y la metodología durante la ejecución de la evaluación. En el presente plan conciliamos que, los procedimientos de evaluación interna estarán en estricto apego a las normas del evaluador y fiel aplicación de la lista de estándares, de acuerdo a las categorías de las IPRESS.

Una de las acciones del componente de la Garantía y Mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud, en consecuencia, es mandatorio, manejar los conceptos y la práctica correspondiente en el establecimiento de donde proceden los evaluadores. La mejora de la calidad de atención, en los servicios de salud implica haber implementado



las acciones de mejora continua de la calidad, en caso necesario impulsado proyectos de mejora, seguridad del paciente, las auditorías de calidad, acciones de escucha al usuario

El proceso de acreditación, tiene una inmensa tarea de mejorar la cultura de calidad en los servicios de salud, de tal manera que, los pacientes asuman a los servicios de salud con confianza y seguridad, con la certeza de encontrar la buena atención. Esta expectativa no será posible hasta que, todos los actores y responsables de los servicios de salud, vean en la Acreditación una oportunidad de conocer cuál es el grado de calidad de su desempeño y la voluntad de seguir mejorando en forma continua. Durante el proceso, tendremos presente todos los instrumentos de la acreditación, todo acto se desarrollará dentro de la imparcialidad.

II JUSTIFICACIÓN

El sistema de gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional para por ello es deber de todo el personal de salud de planificar, organizar, garantizar y mejorar la calidad de atención al usuario:

- ❖ La garantía de la calidad es uno de los pilares de la atención con calidad en consecuencia del desempeño de las IPRESS mediante los servicios de salud, deberían ajustarse a los estándares establecidos.
- ❖ Las expectativas de los usuarios se traducen en una necesidad a veces de vida o de muerte por ello, la oferta de los servicios debe responder plenamente a la demanda y algo más, según los principios de Calidad.
- ❖ Es una responsabilidad ineludible de los jefes responsables de los servicios y/o áreas desde el nivel menos complejo hasta el nivel máximo asumir el compromiso de garantizar una atención de calidad en todo el servicio de salud por las IPRESS .
- ❖ Una manera de fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud es la comparación del desempeño en las IPRESS los estándares propuestos para la acreditación.
- ❖ El proceso de Autoevaluación interna es orientado hacia la mejora continua de la Calidad en las unidades productoras de los servicios de salud.



- ❖ El personal comprometido en el proceso de autoevaluación a su vez está involucrado a la importancia de seguir mejorando los servicios de salud.
- ❖ A partir de la evaluación interna, la experiencia del proceso de acreditación apertura una oportunidad de conocer el proceso a recorrer por el camino hasta concluir la acreditación de las IPRESS de la Red de Salud el Collao.

III. OBJETIVO GENERAL

Fomentar la mejora de los servicios de salud a través de identificación de las fortalezas y debilidades del prestador o proveedor que generar pautas para el proceso de Autoevaluación de las IPRESS del ámbito del hospital II-1 llave , al lograr resultados a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas en los servicios de salud de la Red de Salud el Collao, En el periodo establecido en el presente plan.

IV. ALCANCE

El presente plan tiene alcance en la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación de 01 IPRESS del segundo nivel de atención pertenecientes a REDE DESALUD EL COLLAO

V. BASE LEGAL

- 1.Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- 2.Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- 3.Ley N° 27867 “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
- 4.Resolución ministerial N° 519 –2006 MINSA, que aprueba el documento técnico “sistema de gestión de la calidad en salud”
- 5.Resolución ministerial
- 6.Resolución ministerial N° 727 – 2009/MINSA, que aprueba el documento técnico “política nacional de la calidad en salud”
- 7.Resolución ministerial N° 1021 – 2010/ MINSA, que aprueba la “guía técnica para de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”
8. Resolución ministerial N° 468 – 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de metodología del estudio de clima organizacional para el usuario interno”



9. Resolución ministerial N° 527– 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de satisfacción del usuario externo”
10. Resolución ministerial N° 095– 2012/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la mejora continua de la calidad y herramientas de la calidad.
11. Resolución ministerial N° 168– 2015/ MINSA, que aprueba “los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
12. Resolución ministerial N° 302– 2015/ MINSA, que aprueba “la norma técnica de salud para la elaboración y uso de las guías de práctica clínica en el ministerio de salud”
13. Resolución ministerial N° 414– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: metodología para la elaboración de guías de práctica clínica”
14. Resolución ministerial N° 626– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: buenas prácticas para la mejora del clima organizacional”
15. Resolución ministerial N° 078– 2016/ MINSA, que aprueba “el formulario para el consentimiento informado para la docencia en la atención”
16. Resolución ministerial N° 255– 2016/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la implementación de la higiene de manos”
17. Resolución ministerial N° 502– 2016/ MINSA, que aprueba “norma técnica de salud para la auditoria de la calidad de la atención en salud
18. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Listado de estándares de lá Calidad .
19. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El proceso de la evaluación interna en los servicios de salud es de aplicación en el ámbito de 01 IPRESS segundo nivel de atención Hospital II-1 ILAVE pertenecientes a la RED de Salud el Callao .

VIII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La autoevaluación es un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la vertiente cuantitativo - cualitativo y de valor. Con este motivo se vale de métodos seleccionados en cada criterio.

- ❖ En cumplimiento del plan, se apertura el proceso de la evaluación con la presentación del equipo de evaluadores al jefe de las IPRESS y su personal,



explicando el motivo de la visita y los procedimientos de la Acreditación. Hace constar en libro de actas.

- ❖ Recorrer los servicios de salud de las IPRESS, identificando los servicios, equipamiento, organización, limpieza e verificando los estándares señalados otros aspectos.
- ❖ Concertar con los evaluados, el modo de trabajo, haciendo requerimiento de todos requerimientos de las fuentes de verificación.
- ❖ Durante el procedimiento, se tendrán en cuenta las técnicas de Verificación/Revisión, observación, entrevista, muestreo, encuestas, auditorias; según sea el criterio evaluado.
- ❖ Los hallazgos durante el análisis de los criterios de evaluación, es decir las debilidades y las recomendaciones para poder superar serán ampliamente conversados entre los evaluadores y evaluados
- ❖ Al finalizar los evaluadores presentarán un borrador del informe de los resultados de la evaluación, haciendo notar, qué macro procesos están dentro de las debilidades, y los criterios que merecen especial atención, para mejorar rápidamente y otros que necesariamente terminarán en proyectos de mejora
- ❖ Al concluir el proceso, se realiza el cierre del acta, con todos los acuerdos.

IX. CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA POR HOSPITAL II-1 ILAVE

IPRESS	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		CATEGORIA	FECHA DE PROCESO DE AUTOEVALUACION -2022	
	N°	NOMINA		INICIO	CULMINACION
HOSPITAL ILAVE II - 1	01	HOSPITAL II- 1 ILAVE	II-1	21-11-22	30-11-22
		DIRECION Y RECURSOS HUMANOS		21-11-22	21-11-22
		SERVICIO HOSPITALIZACION		22-11-22	23-11-22
		SERVICIO DE EMERGENCIA		24-11-22	25-11-22
		SERVICIO CENTRO QUIRUGICO		26-11-22	27-11-22
		ADMICION		28-11-22	29-11-22
		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		30-11-22	30-11-22

**PERÚ****GOBIERNO REGIONAL PUNO****Dirección Regional de Salud Puno****RED DE SALUD EL COLLAO
GESTION DE LA CALIDAD**

	FARMACIA	22-11-22	23-11-22
	SEGURIDAD	24-11-22	25-11-22
	GESTION Y PRESTACION	26-11-22	27-11-22
	CALIDAD	28-11-22	29-11-22

Nota : En el cuadro cada servicio Hospital II-1 ILAVE, debe adecuar según disponibilidad de tiempo de los evaluadores, en los días de mayor presencia de los trabajadores y en días de poca afluencia de pacientes.

En el Hospital II-1 ILAVE, debe adecuar según disponibilidad de tiempo de los evaluadores. En caso de los hospitales se programará según disponibilidad de los evaluadores, se cronograma por servicios.)

X.REQUERIMIENTO DE APOYO LOGÍSTICO DE LA RED DE SALUD EL COLLAO- 2022.

CANTIDAD	BIENES Y SERVICIOS	OBSERVACIONES
01 Unidad	Libro de actas	Libro de actas
01 Unidad	Folder de palanca archivo	Acuerdo a IPRESS y/u servicios de salud.
01 Folletos	Folleto de la lista de estándares para la acreditación de las IPRESS por servicios según categoría 01 Hospital II-1 ILAVE	Proporciona al equipo de Hospital II-1 ILAVE de UPSS por servicios , según la categoría .
01 formatos	Fotocopia de los formatos de trabajo Anexo 2 y 4 de la guía del Evaluador	Proporciona a equipo de Hospital II-1 ILAVE según los servicios IPRESS , según la categoría de la IPRESS
01 Ejemplar	Folleto de Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de EE.SS y servicios médicos de apoyo.	Se debe facilitar para el equipo que conforma del HOSPITAL II-1 ILAVE .
01 Unidad	Del aplicativo magnético CD más el actualizador	Para su ingreso oportuno coordinar con REDES responsable de Calidad en Salud.
½ millar	Papel Bond A4	Bond para informe y reportes del resultado de proceso del aplicativo y acciones de operatividad.

XI. ELABORACIÓN DEL INFORME TÉCNICO

Luego del procesamiento de datos y haber analizado los resultados, el equipo evaluador formulará el informe técnico final.

(Incluyendo todas las ocurrencias durante el proceso, describiendo detalladamente los criterios que necesitan levantar inmediatamente (Ver sugerencia del informe final proporcionado)



Maria M. Tuni Arias
LIC. EN ENFERMERÍA
CEP 27901 - ESP. REG. 23698

