



Gobierno Regional Puno

Dirección Regional de Salud

Red de Salud Sandia

Dirección Red de Salud Sandia

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Sandia, 18 de julio del 2024

OFICIO N° 668 - 2024-GRPUNO/GRDS/DIRESA-UE-410/DIR.

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO

19 JUL 2024

Firma: Hora: Folios:
Control de Recepción

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

PRESENTE.-

ATENCION : Director de calidad en salud de la dirección regional de salud Puno

ASUNTO : Remito resolución directoral del plan de autoevaluación del hospital sandia. 2024

Mediante el presente previo un cordial saludo, me dirijo a Ud. Remitirle la RESOLUCION DIRECTORAL de la Aprobación del Plan de AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL SANDIA, de esta manera dar cumplimiento a los Convenios de Gestión del indicador de Compromiso de Mejora, Ficha N°44: "fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

ADJUNTO

- RESOLUCION DIRECTORAL HOSPITAL SANDIA
- RONDAS DE SEGURIDAD

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresar las consideraciones de mi especial estima y deferencia personal,

Atentamente



ALVARO FERRER ALANOCA
DIRECTOR RED DE SALUD SANDIA
UE-100410 SALUD SANDIA

RCA/DIR.
C.c. Arch.



Resolución Directoral

Sandia, 18 de Julio del 2024

Visto, el MEMORANDO N°280-2024-GR-PUNO/GRDS/DIRESA/UE-410/DIR, el Director de la Red de Salud Sandia dispone proyectar Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Sandia 2024.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que: "la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, por Decreto Supremo N°013-2006-SA y sus modificatorias se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en cuyo artículo 2° define el termino acreditación, como procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, por Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que señala que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; la misma que tiene por 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, la guía precitada en el literal b) del numeral 6.1 señala los establecimientos de salud en el proceso de acreditación deben contar con un equipo de evaluadores internos quienes realizaran una evaluación interna en base al listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud de su categoría;

Que la Resolución Ministerial N°370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, que tiene por finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, que entre otras funciones generales es de mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, con el OFICIO N°026-2024-OFC-CALIDAD-HS/RED SANDIA, el encargado de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Sandia de la Red de Salud Sandia – 2024, manifestando que tiene por objetivo general evaluar el cumplimiento de los estándares y

...///



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL SANDIA



2024

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL SANDIA 2024.

INTRODUCCION:

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y la Acreditación es una metodología importante en la Garantía y mejoramiento de un establecimiento de Salud. Se trabajará con la NTS N.º 050 -MINSa DGSP-V 02, el proceso de Acreditación de EESS comprende dos fases: Autoevaluación y evaluación externa, que se desarrolla en base a estándares definidos por el Ministerio de Salud.

De esta manera se promueve la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de Atención que se ofrece en los establecimientos de salud. Para el logro del objetivo de este año se empezará con los resultados obtenidos de los procesos de autoevaluación en los últimos años y veremos como se ha ido mejorando para lograr la Acreditación Institucional.

El presente Plan aplicará la Norma Técnica de Salud N.º 050 -MINSa DGSP-V 02 "Listado de estándares para la Acreditación para establecimientos de Salud categoría II – 1, la Resolución Ministerial N° 270 – 2009/MINSa "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de los EESS " que permitirán la calificación por macroprocesos de las Unidades Productoras de Salud en los servicios de Hospital Sandía, determinar su nivel de cumplimiento, identificar problemas a ser subsanados e implementar acciones de mejora y el monitoreo constante de los criterios que nos van a permitir obtener la Acreditación Institucional.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar la Autoevaluación Institucional establecida en el cumplimiento de estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos en las Normas Técnicas de Salud para la Acreditación de EESS MINSa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conformar los equipos de Acreditación y el equipo de Evaluadores Internos.
- Desarrollar la Autoevaluación por Macroprocesos de acuerdo al Norma Técnica de Salud para la Acreditación de EESS.
- Desarrollar y monitorizar los proyectos de mejora continua según los resultados de Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en las Normas Técnicas de Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSa.

BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 Ley General de Salud
2. Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27806 Ley d Transparencia acceso a la información pública.

4. Ley N° 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de salud.
5. Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
6. Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades.
7. D.S. N° 023-2005-SA, Que Aprueba el Reglamento de Organización Y Funciones del Ministerio de Salud.
8. D.S. N° 013-2006-SA, Que aprueba el Reglamento del Establecimiento de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
9. RM N° 456-2007-MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 050 MINSA-DGSP-V.02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
10. RM N° 270- 2009-MINSA, Aprueba Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación.

METODOLOGIA:

La Metodología de la Autoevaluación se realizará de acuerdo a la Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de EESS del MINSA. Considerando todas las fases y pasos para la ejecución del plan, con interacción presencial del equipo de auto evaluadores con las autoridades: director del Hospital, Jefes de Servicios, Áreas de trabajo.

Primera Fase. La autoevaluación se realizará haciendo uso de los resultados obtenidos en el año 2023.

- Reunión para la auto evaluación del plan.
- Identificación del marco procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por establecimiento de salud.
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macro proceso.
- Solicitar oficialmente el inicio de la autoevaluación 2024.

Segunda Fase. Durante la ejecución de proceso de autoevaluación. Se atravesará los siguientes momentos en el Hospital de Sandía.

- Apertura del proceso de autoevaluación con asistencia del equipo, personal de la UPSS evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades de proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados.
- Cada estándar es sociabilizado con el personal de la UPSS evaluada.
- Recorrer todos los ambientes de la UPSS con el equipo de trabajo para verificar la infraestructura, la seguridad, privacidad y flujo del usuario externo.
- Todos los hallazgos de fortaleza y debilidades se consignan en el libro de actas.
- Al finalizar el equipo evaluador presentan los resultados de la evaluación, viendo los estándares débiles y las sugerencias de la mejor continuidad de la calidad.
- Se cierra la autoevaluación interna.

Tercera Fase. Preparación y entrega del informe técnico de autoevaluación.

- Reunirse con el equipo técnico Autoevaluado del Hospital Sandia, para programar una retroalimentación a cada jefatura de las UPSS.
- Fijar una fecha de entrega del informe final.
- El informe final debe resaltar las conclusiones y recomendaciones respectivas a cada jefe de la U8PSS del Hospital Sandia.

EQUIPO AUTOEVALUADOR:

EQUIPO AUTOEVALUADOR 2024 HOSPITAL SANDIA

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | RESPONSABLE | CARGO |
|----|--------------------------------------|--|----------------|
| 1 | M.C. Carlos Alfredo LUQUE LOAYZA | DIRECTOR HOSPITAL SANDIA | PRESIDENTE |
| 2 | M.C. Esp. Roberto Pilico Luque | JEFE CONSULTORIOS EXTERNOS | VICEPRESIDENTE |
| 3 | M.C. Esp. Orestes G. Sucasaca Ruelas | JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA | MIEMBRO |
| 4 | M.C. Esp. Simon J. Espinoza Ordoñez | JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA | MIEMBRO |
| 5 | Lic Enf Pedro Pablo Quispe Oviedo | JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA | MIEMBRO |
| 6 | Obsta Rosa Maria Vargas Manrique | JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA | MIEMBRO |
| 7 | Lic Enf Yesica Sanchez Perez | RESPONSABLE DEL AREA DE QUIROFANO | MIEMBRO |
| 8 | Lic. Enf. Maritza Chiara Chiara | RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITAL SANDIA | MIEMBRO |
| 9 | Q.F. Betsua Noemi Vilca Zevallos | JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA | MIEMBRO |
| 10 | Obsta, Mariela Esther Romero Ortiz | GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL SANDIA | SECRETARIO |

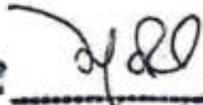
RECURSOS MATERIALES : Copias de las fichas que se aplicaran por cada UPSS del Hospital Sandia.

CRONOGRAMA :

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2024 HOSPITAL SANDIA.

| ACTIVIDAD | J | A | S | O | N | D | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Elaboracion de Plan de Trabajo de Autoevaluacion 2024 | X | | | | | | RESPONSABLE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD |
| Conformacion del Equipo de Trabajo Autoevaluador 2024 | X | | | | | | RESPONSABLE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD |
| Presentacion del Plan a la Direccion del Hospital. | X | | | | | | RESPONSABLE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD |
| Reunion de trabajo con el equipo Autoevaluador , analisis final del listado de estandares | | X | | | | | DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIDAD DE LOGISTICA JEFE DE CONSULTORIOS EXTERNOS RESPONSABLE DE CALIDAD |
| Direccionamiento | | | | X | | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de Recursos Humanos | | | | X | | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de la Calidad | | | | X | | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Manejo del Riesgo de la Atencion | | | | X | | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Emergencias y Desastres | | | | X | | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|---|---|-----------------------------|
| Control de Gestion y Prestacion | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Atencion Ambulatoria | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Atencion de Hospitalizacion | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Atencion de Emergencias | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Atencion Quirurgica | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Docencia e Investigacion | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Apoyo al Diagnostico y Tratamiento | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Admision y Alta | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Referencia y Contrareferencia | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de Medicamentos | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de informacion | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Esterilizacion, lavanderia y Limpieza | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Manejo de Riesgo Social | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Manejo de Nutricion de Pacientes | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de Insumos y Materiales | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Gestion de Equipos e Infraestructura | | | | X | | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Procesamiento de datos | | | | | X | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Analisis de Resultados | | | | | X | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Elaboracion del informe preliminar | | | | | X | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Revision y correccion del informe | | | | | X | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |
| Entrega del informe Tecnico | | | | | X | EQUIPO TECNICO EVALUADOR |


Mariela Romero Ordoñez
OBSTETRA
COA. 6697