



Ayaviri, 11 de julio del 2024

OFICIO N° 1250 -2024-COORD-SGCS-D-RED SALUD MELGAR-DIRESA PUNO SR.

Med. Edwin Wilbert, CORRALES MEJIA DIRECTOR DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO Presente,

ATENCIÓN: DIRECTOR REGIONAL DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD (SGCS) – DIRESA PUNO.

ASUNTO: REMITO PLAN Y RESOLUCIÓN DIRECTORAL QUE APRUEBA EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- AYAVIRI, DE LA JURIDICCION DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR.

Me es sumamente grato de dirigirme a usted y por intermedio del presente pongo en conocimiento. Que, a fin de seguir contribuyendo en el proceso de cumplimiento de las actividades del Plan Anual de "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". Aprobado con RM N° 519-2006/MINSA, que contribuye en los procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a nivel nacional. Y en amparo a la RM N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud", RM N° 270-2009/MINSA. Que, aprueba la "Guía Técnica para la Acreditación De Establecimientos de Salud", y el Decreto Supremo N° 036-2023-SA. Que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios en salud a cumplir en el año 2024, con la Ficha N° 44. Y con la responsabilidad asumida; REMITO PLAN Y RESOLUCIÓN DIRECTORAL QUE APRUEBA EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024, DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI, DE LA JURIDICCION DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR.

Adjunto:

- Resolución Directoral que Aprueba el Plan De Autoevaluación 2024
- Plan de Autoevaluación 2024,

Folio: (...19...)

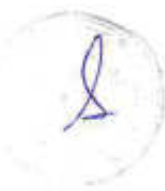
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

C.c. Archivo/2024 GRAA

RED DE SALUD MELGAR DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO Karim Mavel Castro Quilly OBSTETRA-CUP 2024

Trámite Documentario 12 JUL 2024 Hora 11:00 Folio 19





# Resolución Directoral

Ayaviri, 10 de julio del 2024.

Vistos: El Memorandum N° 00864-2024-D-RED-SALUD-MELGAR y demás documentos adjuntos:

### CONSIDERANDO:

Que, según Ley N° 26842 Ley General de Salud; Ley 27657 Ley del ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 013-2002-SA Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud; definen políticas, estrategias conceptos y herramientas, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno seguro en los servicios de salud mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente;

Que, mediante RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 456-2007/MINSA se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V. 02 para la Acreditación de Establecimientos, de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, 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 por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

Que, según la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA se aprueban la Guía Técnica del evaluador, para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos. Como referencia Nacional de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del Sector que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros. Teniendo 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 por parte de los evaluadores, para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 036-2023-SA., tiene como objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2024, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, mediante OFICIO N° 1021-2024-D-HOSPITAL-SJDA-RED-SM., la Dirección del Hospital San Juan de Dios - Ayaviri, solicita la aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI", establecimiento de salud de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Melgar (00915), correspondiente al año 2024, el cual será fuente de verificación para el cumplimiento de las actividades del Plan Anual y de los lineamientos del documento en los procesos de mejora de la calidad de Indicadores de Convenios de Gestión del 2024;

Que, de conformidad con la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización modificada por Ley N° 28379; Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; Resolución Ministerial N° 405 - 2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en Salud en cada Región y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Melgar - Dirección Regional de Salud de Puno y en uso de la delegación de facultades y atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA respectivamente y, estando a lo dispuesto por la Dirección de la RED de Salud Melgar, a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud Melgar.





**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.** - APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI", establecimiento de salud de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Melgar (00915), correspondiente al año 2024, el mismo que consta de XII acápites en trece (13) folios, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral, y por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2°.** - DISPONER, la notificación de la presente Resolución a las Instancias Administrativas pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**





# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN



## 2024

ELABORADO POR:

LIC. ANA MARIA ARAPA QUISPE

AYAVIRI - MELGAR - PUNO



M.C. RAQUEL MARIA FERNANDA RAMIRES CALLA  
DIRECTORA H.S.J.D.D-AYAVIRI

LIC. ANA MARIA ARAPA QUISPE  
JEFE OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

TEC. ENF. CLARA VILCAZAN VILCAZAN  
APOYO OFICINA GESTION DE CALIDAD



## INDICE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1.- INTRODUCCION.....                | 3  |
| 2.- JUSTIFICACIÓN .....              | 4  |
| 3.- FINALIDAD.....                   | 4  |
| 4.- OBJETIVOS.....                   | 4  |
| 4.1 OBJETIVO GENERAL.....            | 4  |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....      | 4  |
| 5.- ÁMBITO DE APLICACIÓN .....       | 5  |
| 6.- BASE LEGAL .....                 | 5  |
| 7.- CONTENIDO .....                  | 6  |
| 7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.....    | 6  |
| 7.2. CONCEPTOS BASICOS .....         | 6  |
| 7.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS .....    | 8  |
| 8.- METODOLOGIA .....                | 8  |
| 9.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....   | 10 |
| 10.- DISPOSICIONES FINALES.....      | 10 |
| 11.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... | 0  |
| 12.- ANEXOS.....                     | 0  |





# 1.- INTRODUCCION

Dentro de los objetivos de las políticas de salud en el Perú se encuentra mejorar el acceso de la población a una atención de salud integral de calidad, con especial énfasis en los grupos más vulnerables. El proceso de acreditación en el país se inició en junio de 1993 y ha experimentado una evolución significativa a lo largo de los años. Siendo en la actualidad una necesidad De los Servicios de Salud el evidenciar que su desempeño en una Variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

La Acreditación es un proceso de evaluación periódica que se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y alcanzables, es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad. Este proceso consta de dos fases: la autoevaluación y la evaluación externa. Y la finalidad de la acreditación es garantizar a los usuarios que los establecimientos de salud acreditados disponen de recursos y capacidades para optimizar la calidad de la atención, mitigando así las deficiencias atribuibles a los servicios de salud.

La Autoevaluación institucional es la primera fase obligatoria para lograr la acreditación. Este proceso es llevado a cabo por el equipo interno de evaluadores previamente capacitados, quienes se basan en estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Utilizan el "Listado de Estándares de Acreditación", que es el único instrumento para evaluar internamente los elementos relacionados con la calidad: estructura, procesos y resultados, que los establecimientos de salud deben cumplir para obtener la acreditación.

La Autoevaluación se fundamenta en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo (NTS N° 050MINSA/DGSP - V.02), aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 4562007/MINSA. Esta normativa tiene como objetivo principal reorientar los esfuerzos hacia la implementación de acciones de mejora continua en cada departamento, servicio, oficina y/o unidad del hospital, siguiendo los principios de universalidad, gradualidad, unidad y confiabilidad.

En este contexto, el Equipo de Acreditación del Hospital San Juan de Dios - Ayaviri, clasificado como un establecimiento de salud de nivel II-1, en colaboración con la Unidad de Gestión de la Calidad, se compromete a implementar el proceso de Autoevaluación-2024. Esto garantiza que nuestro hospital disponga de un mecanismo de monitoreo para la mejora continua de la calidad. Dicho proceso se llevará a cabo aplicando los criterios de evaluación establecidos en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA.



El presente Plan de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluadores internos, el cual se encuentra conformado por profesionales multidisciplinarios quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

## 2.- JUSTIFICACIÓN

La Acreditación es uno de varios procesos que son llevados por la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud donde se hace necesario como todos los años la implementación de la Autoevaluación en el Hospital San Juan de Dios - Ayaviri, dando inicio a un conjunto de acciones que cursa por el camino de mejoramiento continuo del proceso, orientándose a la acreditación siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones y debilidades dentro de la institución, así mismo cumpliendo con los estándares de calidad aceptables.



## 3.- FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital San Juan de Dios- Ayaviri, a través del proceso de evaluación interna. Esto se logrará generando una dinámica de mejora continua y garantizando el cumplimiento de los criterios establecidos. La meta es que estos criterios sean adoptados en la práctica diaria, lo que resultará en una mejora significativa en la calidad de las atenciones.



## 4.- OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar satisfactoriamente el proceso de Autoevaluación en el Hospital San Juan de Dios de Ayaviri mediante la aplicación de los criterios establecidos según la norma con miras a la Acreditación de nuestra Institución.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar a la dirección ejecutiva y al equipo de gestión (Jefes de las UPSS) sobre la relevancia del proceso de autoevaluación, garantizando su compromiso y participación en todas las actividades planificadas.



- Garantizar la conformación oficial del equipo de Auto evaluadores internos.
- Ejecutar la Autoevaluación Institucional del Hospital San Juan de Dios Ayaviri según la NT. de Acreditación de Establecimientos de salud del MINSA.
- Identificar oportunidades de mejora ante situaciones que afectan la calidad de los servicios de los usuarios en el Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la aplicación de los estándares según la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Identificar los diferentes macroprocesos establecidos en la norma técnica de salud y Asignar responsables para cada uno de ellos.
- Recolectar la información necesaria para evaluar el cumplimiento de los Estándares y criterios en cada uno de los macroprocesos identificados.
- Analizar los resultados obtenidos y elaborar proyectos de inversión e intervención en relación a los estándares no alcanzados como óptimos en el proceso de Autoevaluación.
- Elaborar un informe final con los resultados de la Autoevaluación y las acciones de mejora propuestas, para ser presentado a las instancias correspondientes.



## 5.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación en todos los servicios asistenciales y administrativos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri en el presente año.

## 6.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27783 "Ley de Bases de la Descentralización"
- Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso y Acceso a la información Pública"
- Ley N° 27813 "Ley del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud".
- Ley N° 27867 "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales "
- D.S. N° 008-2017-SA que aprueba el " Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".

- 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.
- RM 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía técnica del evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo".

## 7.- CONTENIDO

### 7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Evaluador Interno:** es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del Proceso de acreditación.
- **Evaluador Externo:** es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de Acreditación.
- **Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Trazabilidad:** conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.



### 7.2. CONCEPTOS BASICOS

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Gestión de la Calidad:** Es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- **Planificación de la Calidad:** Es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de

compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud.

- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.
- **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- **Autoevaluación:** 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.
- **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de Gestión de los servicios.
- **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar Para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.
- **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en Salud.





- **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
- **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

### 7.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

Requerimientos e Instrumentos para la acreditación:

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-I HASTA II-2 y servicios médicos de apoyo.
- Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.
- Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados



## 8.- METODOLOGIA

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, liderada por el equipo de auto evaluadores previamente capacitados. Utilizan el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud según la categoría correspondiente (nuestro hospital es de categoría II-1), para llevar a cabo la evaluación interna. Durante este proceso, se determina el nivel de cumplimiento de los estándares y criterios, identificando tanto las fortalezas como las áreas susceptibles de mejora. Así mismo para asegurar la implementación efectiva de este proceso, la Unidad de Gestión de la Calidad asume responsabilidad de organizar la acreditación, llevando a cabo el monitoreo de los siguientes pasos:

- Conformación del Comité de acreditación, aprobado con acto resolutivo.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud: El Comité de Acreditación designará al equipo de evaluadores internos de la institución, considerando perfiles específicos y los macroprocesos a ser evaluados. Esto se llevará a cabo mediante consultas individuales seguidas de la autorización correspondiente por parte de las jefaturas

respectivas, con el objetivo de garantizar continuidad y satisfacción en el trabajo asignado. Además, se designará a un evaluador líder.

- Aprobación del Listado de evaluadores Internos por la Dirección, con acto resolutivo.
- Reuniones técnicas de: Capacitación y entrenamiento al equipo de autoevaluación, verificación y revisión de documentos durante la evaluación de los diferentes macroprocesos.
- Reunión de instalación del equipo de autoevaluación y revisión del Listado de estándares de acreditación para la categoría de nuestro hospital (Nivel II-1). Se debe establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, y generar un acta de la reunión de apertura.
- Solicitar a las jefaturas de las UPSS, que designen a sus responsables, quienes deberán interactuar con los evaluadores internos correspondientes.
- Difusión del Proceso y listado de estándares de Acreditación en el establecimiento, a cargo del equipo de autoevaluación. Asimismo, se hará la distribución de la matriz de cada macroproceso, a cada responsable de UPSS y a los evaluadores internos, según corresponda.
- Elaboración del cronograma de reuniones:
  - El equipo de evaluadores internos tendrá un evaluador líder que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
  - El equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de los macroprocesos, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Presentación del Plan de Autoevaluación 2024 a la Dirección para su revisión y posterior aprobación con Resolución Directoral como lo indica la norma técnica de Acreditación de Servicios de Salud.
- La Unidad de Gestión de la Calidad, a través del evaluador líder, tendrá reuniones de trabajo con los responsables y equipo de evaluadores internos para el análisis del listado de estándares de acreditación.
- Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información de ser necesario. Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.
- Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección y Jefaturas de las UPSS asistenciales y administrativas.
- Preparación de Materiales: Según Guía Técnica del Evaluador, hoja de registro de datos para Autoevaluación.
- Comunicar el inicio de la Autoevaluación: De acuerdo con el cronograma establecido se realizará el proceso de evaluación interna documentaria y visitas de auto evaluadores a los servicios.



- Entrega de Informes de cada macroproceso para el ingreso de software.
- Revisión de los instrumentos de recolección de información.
- Procesamiento de datos y análisis de resultados.  Elaboración del Informe Técnico de autoevaluación.
- Presentación del Informe técnico.
- Entrega del Informe Técnico y envío del informe a la Unidad de Gestión de la Calidad del HSJDDA. Si el proceso de autoevaluación interna consigue una puntuación igual o mayor a 85, se solicitará la evaluación externa a la autoridad competente. Si el puntaje es igual o menor de 85, se realizará el levantamiento de las observaciones encontradas, con puesta en marcha de planes de mejora y nueva autoevaluación.



## 9.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La Oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, el inicio del proceso de autoevaluación.

La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente.



## 10.- DISPOSICIONES FINALES

- El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva.
- La Dirección del Hospital San Juan de Dios Ayaviri tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan De Autoevaluación para la Acreditación 2024.
- La Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.
- La Dirección del Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.



## 11.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**OBJETIVO: Promover la Implementación de la Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS.**

| COMPONENTE/ACTIVIDAD Y TAREAS  | U. DE MEDIDA  | META | CRONOGRAMA |   |         |   |          |   |         |   |   |   |   |   | FUENTE VERIFICABLE | RESPONSABLE |  |   |
|--|---------------|------|------------|---|---------|---|----------|---|---------|---|---|---|---|---|--------------------|-------------|--|---|
|  |               |      | I TRIM     |   | II TRIM |   | III TRIM |   | IV TRIM |   |   |   |   |   |                    |             |  |   |
|  |               |      | E          | F | M       | A | M        | J | J       | A | S | O | N | D |                    |             |  |   |
| 1.- Conformar el equipo de Acreditación a nivel de H.S.J.D.-AYAVIRI  | Documento     | 01   |            |   |         |   | X        |   |         |   |   |   |   |   |                    |             | Resolución Directoral.   | Director-hospital - Y Oficina Gestión De Calidad          |
| 2.- Conformar el equipo de Evaluadores internos a nivel de H.S.J.D.-AYAVIRI  | Documento     | 01   |            |   |         |   | X        |   |         |   |   |   |   |   |                    |             | Documento aprobado RD  | Director Red Y Resp. De Calidad                           |
| 3.- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación   | Plan          | 01   |            |   |         |   |          | X | X       |   |   |   |   |   |                    |             | Documento aprobado RD  | Director Red, hospital Y Resp. De Calidad                 |
| 5.- Comunicación del inicio de Autoevaluación.   | Documento     | 01   |            |   |         |   |          |   |         | X | X |   |   |   |                    |             | Documento recibido   | Responsable de Calidad y Comité.                          |
| 6.- Monitoreo de la ejecución de Autoevaluación  | Informe       | 01   |            |   |         |   |          |   |         |   |   |   | X |   |                    |             | Informe  | Resp. De Calidad y Comité                                 |
| 7.- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores Internos por mesa de partes de la Dirección de la Unidad Ejecutora 401-915 Salud Melgar. | Informe Anual | 71   |            |   |         |   |          |   |         |   |   |   |   |   |                    | X           | Informe técnico final de ejecución de la Autoevaluación y anexos | Responsable Evaluadores Y RESP. CALIDAD del HOSPITAL.     |
| 8.- Socializa el resultado de evaluación interna y realiza planes de mejora en las UPSS.   | Informe       | 01   |            |   |         |   |          |   |         |   |   |   |   |   |                    | X           | Informes   | Jefe de UPSS responsable de calidad de Hospital Y Comité. |

## 12.- ANEXOS

### ANEXO N° 1

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

| N° | MACROPROCESOS   | ESTÁNDARES | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
|----|---|------------|-------------------------|
| 01 | Direccionamiento  | 02         | 11                      |
| 02 | Gestión de Recursos Humanos                               | 04         | 11                      |
| 03 | Gestión de la Calidad                                     | 03         | 22                      |
| 04 | Manejo del Riesgo de atención                             | 08         | 50                      |
| 05 | Emergencias y Desastres                                   | 03         | 21                      |
| 06 | Control de la gestión y prestación                        | 02         | 15                      |
| 07 | Atención ambulatoria                                      | 04         | 17                      |
| 08 | Atención extramural*                                      | 04         | 13                      |
| 09 | Atención de hospitalización                               | 07         | 26                      |
| 10 | Atención de emergencias                                   | 03         | 14                      |
| 11 | Atención quirúrgica                                       | 04         | 24                      |
| 12 | Docencia e Investigación                                  | 02         | 15                      |
| 13 | Apoyo al Diagnóstico y tratamiento                        | 03         | 11                      |
| 14 | Admisión y alta   | 04         | 16                      |
| 15 | Referencia y contrarreferencia                            | 04         | 13                      |
| 16 | Gestión de medicamentos                                   | 03         | 15                      |
| 17 | Gestión de la información                                 | 03         | 14                      |
| 18 | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | 04         | 17                      |
| 19 | Manejo del riesgo social                                  | 02         | 06                      |
| 20 | Manejo de la nutrición de pacientes                       | 02         | 10                      |
| 21 | Gestión de insumos y materiales                           | 02         | 08                      |
| 22 | Gestión de equipos e infraestructura                      | 02         | 12                      |
|    | TOTAL   | 70         | 301                     |

