

S/Resoluc F/RD

1/11

"Año de la Universalización de la Salud"

30 OCT 2020
 Reg. N° 3496 FOLIO: -11 + 01
 HORA: 11:57 FIRMA: [Signature]

OFICIO N° 011 – 2020 DIRESA PUNO/RSC/HSMPM/UGC

SEÑOR (a):
DR. JOSE CARLOS TAVERA ARAGON.
 DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES.

DE : **C.D. ALEXANDER E. CHAMBI CUTIPA.**
 GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HSMPM.

ASUNTO : **PLAN DE TRABAJO DEL EQUIPO DE ACREDITACION 2020, DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES.**

FECHA : 30 de octubre del 2020.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez remitirle el "PLAN DE TRABAJO DEL EQUIPO DE ACREDITACION 2020" para el Hospital San Martin de Porres, y solicitarle la aprobación del mismo para la ejecución de dicho plan, según **R. M. 456-2007/ MINSA (Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo), NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02.** adjunto.

- PLAN DE TRABAJO DEL EQUIPO DE ACREDITACION 2020, DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de estima personal.

Atentamente.

Gobierno Regional Puno
 Hospital San Martín de Porres
 Alexander E. Chambi Cutipa
 CIRUJANO DENTISTA
 COP 32364

Plomocausado

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES
 Dr. Jose Carlos Tavera Aragon
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 9150
 DIRECTOR

C/Arch.
 HSMPM-foech

DIRESA PUNO
 DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
 CONTROL DE RECEPCIÓN

16 NOV 2020

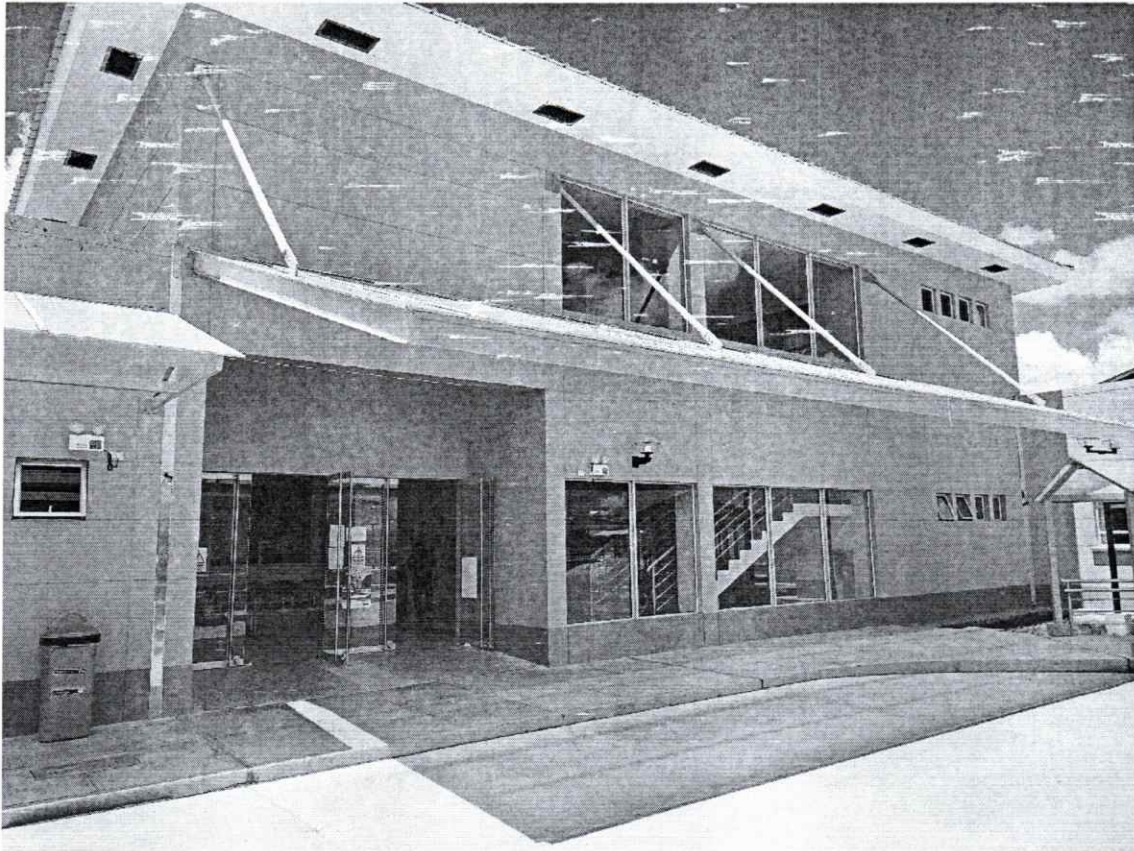
Hora: 11.05 Folio: 10

Recibido Por: [Signature]

AV. Simón Bolívar s/n con Jr. Crucero s/n - Hospital San Martín de Porres Macusani
 Web site: www.hsmpmacusani.gob.pe
 Email: hospitalmacusani@hsmpmacusani.gob.pe



DOCUMENTO TÉCNICO PLAN DE AUTOEVALUACION



UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES –
MACUSANI

2020



INDICE

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



DOCUMENTO TÉCNICO

PLAN DE AUTOEVALUACION 2020

I. INTRODUCCION:

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodológicas, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica que tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación. Ésta se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura, procesos y resultados.

La acreditación del Hospital San Martín de Porres, se está realizando anualmente, con resultados que muestran la tendencia a mejorar y busca brindar a los usuarios y al



Sistema de salud en general, los recursos, las capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de la calidad de atención de la salud.

Los estándares que están establecidos en el instrumento de acreditación permiten orientar al evaluador, tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están enfocados a los diversos procesos como principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo.

El presente documento constituye el Plan de Evaluación Interna como primer paso del proceso de acreditación que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de Autoevaluación que se encargará de ejecutar este primer paso a fin de obtener el objetivo principal, de lograr la acreditación oficial del HSMPM

II. FINALIDAD:

Lograr que el Hospital San Martín de Porres, cumpla progresivamente con los estándares de evaluación correspondientes a su categoría en los diferentes Macro procesos según lo requerido para la acreditación.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Obtener la evidencia relevante respecto al desempeño del HSMP, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel II-1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el nivel de cumplimiento, de nuestro Hospital, de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a un establecimiento II-1.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades es detectadas durante el proceso de autoevaluación.
- Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.



IV. BASE LEGAL:

1. Ley N° 26842 - "Ley General de Salud"
2. Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del
3. Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-
6. 2004-DGSP/MINSA-V.01, 'Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud'.
7. Resolución Ministerial. N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
8. Resolución Ministerial N° 456-2007 MINSA que aprueba la NT N° 050- MINSADGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
9. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
10. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital San Martín de Porres – Macusani.



VI. CONTENIDO:

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HSMP utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso u comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macro procesos que para los Establecimientos del Nivel II-1, como es el caso del HSMP son aplicables 22, de los cuales (35%) son gerenciales, el (40%) son prestacionales misionales y el (25%) son de apoyo.

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HSMP.

Los siguientes constituyen los Macro procesos, estándares y criterios a evaluar en el HSMP:



Nº	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 contrareferencia	4	13
16.	Gestión de medicamentos	3	15
17.	Gestión de la información	3	14
18.	Descontaminación, 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

VIII. PRESUPUESTO:

▪ Materiales de Escritorio	S/. 150
▪ Impresiones	S/. 150
▪ Fotocopias	S/. 100
TOTAL	S/. 400

IX. ANEXOS:

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2020 - A

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META TOTAL	CRONOGRAMA DE EJECUCION						RESPONSABLE	
				1 Sem / NOV	2 Sem / NOV	3 Sem / NOV	4 Sem / NOV	1 Sem / DIC	2 Sem / DIC		
1.	Conformación del comité de evaluadores internos	Resolución directoral	1	X							Dirección General
2.	Capacitación a los evaluadores internos	Lista de asistencia	1	X							Oficina de personal
3.	Reunión de elaboración del plan y designación del líder	Lista de asistencia	1	X							Gestión de la calidad
4.	Designación de responsables por macroprocesos	Listado	1		X						Gestión de la calidad
5.	Aprobación del plan de autoevaluación 2020	Aprobación por planeamiento	1		X						Dirección General
6.	Difusión del plan de autoevaluación del 2020	PAUS – Pagina Web	1		X						Gestión de la calidad
7.	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1			X					Gestión de la calidad
8.	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para la autoevaluación	1			X	X	X	X	X	Líder evaluadores internos
9.	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Aplicativo	1							X	Gestión de la calidad
10.	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación 2020	informe	1							X	Líder evaluadores internos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2020 - B

RESPONSABLES	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUACION INTERNA	FECHAS	RESPONSABLES EVALUADOS
M.C. BERLING D. TORRES ALI	Direccionamiento	ING ANA CECILIA MAMANI AGUILAR	16 -22 NOVIEMBRE	JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANAMIENTO ESTRATEGICO
	Gestión de recursos humanos	ABOG. RONALD JIMMY CANO FUENTES		JEFE DE LA OFICINA DE PERSONAL
	Gestión de la calidad	CD. ALEXANDER E CHAMBI CUTIPA		JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
	Manejo del riesgo de atención	DR. PAUL CANO PINEDA		ENCARGADO DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL - JEFE DE MEDINA INTERNA - JEFE DE ENFERMERIA
	Emergencias y desastres	LIC. ENF. NADIA KARINA CORRALES SIANCAS		JEFE DE UPS DE EMERGENCIA
	Control de la gestión y prestación	DR. IVAN FERNANDEZ MAMANI		ENCARGADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS
	Atención ambulatoria	DRA. NELIDA GLORIA CALIZAYA FLORES		JEFE DELA UPS CONSULTAS EXTERNAS
	Atención extramural	LIC. ENF. PATRICIA FLORES VALERO		ENCARGADA DE PROMSA
	Atención de hospitalización	DRA. ROCIO ZAYDA GUILLEN APAZA		JEFE DELA UPS DE HOSPITALIZACION
	Atención de emergencias	LIC. ENF. NADIA KARINA CORRALES SIANCAS		JEFE DE LA UPS DE EMERGENCIAS
C.D. ALEXANDER E. CHAMBI CUTIPA	Atención quirúrgica	DR. FROILAN IDME FLORES	23-29 NOVIEMBRE	JEFE DE LA UPS CENTRO QUIRURGICO
	Docencia e Investigación	DR. BERLING D. TORRES ALI		ENCARGADO DE UNIDAD DE CAPACITACION, DOCENCIA E INVESTIGACION
	Apoyo diagnóstico y tratamiento	BLG. ZENAIIDA BELINIA MEDINA SANTILLANA		JEFE DE LA UPS DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
	Admisión y alta	TEC. COM. FRIENIBRAN ARHUIRE QUISPE		JEFE DE OFICINA DE ESTADISTICA
LIC. OSCAR CHAMBILLA ACERO	Referencia y Contrarreferencia	LIC. KELSY MAMANI CUENTAS	30 NOV - 06- DIC	JEFE DE REFCON
	Gestión de medicamentos	QF. NORMA LUCILA CCALLO RAMIREZ		JEFE DE LA UPS FARMACIA
	Gestión de la información	ING. YESID VALENTIN APAZA GONZALES		JEFE DE LA UNIDAD DE INFORMATICA
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	LIC. ENF. ELENA TRINI MOROCO VALERIANO ING. ROSMERY QUISPECONDORI LIMACHE		JEFE DE LA UPS ENFERMERIA, JEFE DE LA UPS CENTRAL DE ESTERILIZACION Y ENCARGADA DE SANAMIENTO AMBIENTAL
C.D. VLADIMIR H. MAMANI CRUZ	Manejo del riesgo social	LIC. BRIGIDA CONDORI CUYO	07-13 DICIEMBRE	JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL
	Manejo de nutrición de pacientes	LIC. KLEIDER EBELDIZ ROQUE GAYOSO		JEFE DE LA UPS NUTRICION Y DIETETICA
	Gestión de insumos y materiales	CPC. FABRICIO PABLO PANDIA HUMPIRE		JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA
	Gestión de equipos e infraestructura	ING. JORGE TITO MARRON		JEFE DE LA OFINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUACION INTERNA
Direccionamiento	ING ANA CECILIA MAMANI AGUILAR
Gestión de recursos humanos	ABOG. RONALD JIMMY CANO FUENTES
Gestión de la calidad	CD. ALEXANDER E CHAMBI CUTIPA
Manejo del riesgo de atención	DR. PAUL CANO PINEDA
Emergencias y desastres	LIC. ENF. NADIA KARINA CORRALES SIANCAS
Control de la gestión y prestación	DR. IVAN FERNANDEZ MAMANI
Atención ambulatoria	DRA. NELIDA GLORIA CALIZAYA FLORES
Atención extramural	LIC. ENF. PATRICIA FLORES VALERO
Atención de hospitalización	DRA. ROCIO ZAYDA GUILLEN APAZA
Atención de emergencias	LIC. ENF. NADIA KARINA CORRALES SIANCAS
Atención quirúrgica	DR. FROILAN IDME FLORES
Docencia e Investigación	DR. BERLING D. TORRES ALI
Apoyo diagnóstico y tratamiento	BLG. ZENAIDA BELINIA MEDINA SANTILLANA
Admisión y alta	TEC. COM. FRIENIBRAN ARHUIRE QUISPE
Referencia y contrareferencia	LIC. KELSY MAMANI CUENTAS
Gestión de medicamentos	QF. NORMA LUCILA CCALLO RAMIREZ
Gestión de la información	ING. YESID VALENTIN APAZA GONZALES
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	LIC. ENF. ELENA TRINI MOROCO VALERIANO ING. ROSMERY QUISPECONDORI LIMACHE
Manejo del riesgo social	LIC. BRIGIDA CONDORI CUYO
Manejo de nutrición de pacientes	LIC. KLEIDER EBELDIZ ROQUE GAYOSO
Gestión de insumos y materiales	CPC. FABRICIO PABLO PANDIA HUMPIRE
Gestión de equipos e infraestructura	ING. JORGE TITO MARRON