



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Juliaca, 18 de Noviembre del 2021.

OFICIO N° 586 -2021- DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/D

SEÑOR: M.C. Juan Carlos Mendoza Velásquez DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRESENTE.-

ASUNTO: REMITO RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DEL AÑO 2021.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez remitir a su coordinación la Resolución de Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano del año 2021, el cual es un criterio de evaluación a cumplir, según la ficha N° 21 de Convenios de Gestión. A la vez cabe mencionar que el documento resolutivo se encuentra publicado en la Web Institucional de la Red de salud San Román, unidad ejecutora a la cual la IPRESS pertenece.

Adjunto respectivamente el documento respectivo según ficha técnica.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a ud. Mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO RED DE SALUD SAN ROMÁN

M.C. Y ALCIDES CONDOR CARCASI CMP 69089 RNA A05076 DIRECTOR HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"



Stamp: DIRESA PUNO DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD CONTROL DE RECEPCION 23 NOV 2021 Hora: 11:59 Folio: 16 - Recibido por: [Signature]

Stamp: TRAMITE DOCUMENTARIO 18 NOV 2021 Hora: 14:35 Control de Recepción GOBIERNO REGIONAL - PUNO DIRESA DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS RECEPCION: Fecha: 22 NOV 2021 Hora: 14:00 Folios: 16 No. 3128



RED DE SALUD SAN ROMÁN
Hospital "Carlos Monge Medrano"
Carretera Huancané Km. 2 - Juliaca
Casilla 167 - Teléfono 321901



Resolución Directoral

Juliaca, 15 de Noviembre del 2021

Visto: el MEMORANDUM N° 845-2021-DIRESA-D-RED-SSR/DE., de fecha 10 de Noviembre de 2021, emitido por el Director Ejecutivo de la RED de Salud San Román. Referencia el Expediente con Registro N° 018229-2021, de fecha 08 de Noviembre del 2021.- **Aprobar el PLAN DE AUTOEVALUACION del HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"-2021.;**

CONSIDERANDO:

Qué, en amparo de la Normas Legales: **Ley 26842 "Ley General de Salud; Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud" y su Reglamento Decreto Supremo N° 013-2002-SA;**

Qué, Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, Decreto Supremo N° 023-2005, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

Qué, **1.** Ley N° 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social" **2.** Ley N° 26842, "Ley General de Salud". **3.** Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud". **4.** Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización". **5.** Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública" **6.** Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud". **7.** Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales". **8.** Ley N° 27972, "Ley Orgánica de Municipalidades" **9.** D. S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud". **10.** D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo". **11.** Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el "Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009". NTS N° 050 -MINS/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo **12.** R. M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales". **13.** R. M. N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos". **14.** R. M. N° 1263-2004/MINS/DGSP, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINS/DGSP-V.01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud". **15.** R. M. N° 246-2006/MINS/DGSP, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud". **16.** R. M. N° 519-2006/MINS/DGSP, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", Guía Técnica del Evaluador, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos. - RM. N° 270-2009/MINS/DGSP;

Qué, por Ordenanza Regional N° 034-2006, se aprueba los Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional (ROF, CAP) de la Red de Salud San Román, por lo que es procedente emitir la respectiva Resolución Directoral;

En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial N° 701-2004-MINS/DGSP, y en el Marco de la Delegación de Atribuciones por Resolución Ejecutiva Regional N° 339-2016-PR-GR-PUNO, al Director Regional de Salud Puno;

Estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos y con la vización de la Dirección Ejecutiva de Administración de la RED de Salud San Román;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Aprobar el PLAN de AUTOEVALUACION del HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"-2021 - RED de Salud San Román; correspondiente al periodo 2021.

ARTICULO 2°.- TRANSCRIBIR y Notificar la copia de la presente Resolución, a los (las) servidores (as), para su conocimiento e instancias administrativas pertinentes y consignar en su Legajo de Personal.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

(Fdo.) Dr. Ismael Juan MAMANI HUARSAYA.- Director Ejecutivo de la Red de Salud San Román.
Lo que transcribo a Ud. Para su conocimiento y demás fines de Ley.

Atentamente,

IJMHI/JFRS/MPL/clv.



Lic. Misullan Pacita Zapa
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
RED DE SALUD SAN ROMAN



GOBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud San
Román



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**

2021

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 – 2021

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 y Externa 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 – 2021" 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 evaluación interna 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 Modificatorias".
- 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° 181-2021-DE-RED-S-SR/URH que aprueba el "Comité de Acreditación y Evaluadores Internos del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2021"



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 UPS.

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. 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

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. ANEXOS:

A. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- Dr. Y. Alcides Condori Carcasi (Evaluador líder)
Director del HCMM
- Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez
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. Y. Alcides Condori Carcasi
Director General (Coordinador)
- Dr. Guido Gutiérrez Mamani
Jefe del Departamento de Medicina
- Dr. Percy R. Zela Campos
Jefe del Departamento de Cirugía
- Dr. Johan Chambi Chipana
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
- Dr. Davidson Apaza Salazar
Jefe del Departamento de Pediatría
- Dra. Elena Trujillo Zevallos
Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- T.M. Julieta Mendoza Mamani
Jefe del Departamento de Patología Clínica
- Dr. Wilfredo Calcina Vanegas
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



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Dr. Wilber Ticona Arapa
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos
- Q. F. Sandra Pérez Valencia
Jefe del Departamento de Farmacia
- Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Godo J. Mamani Vásquez
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. Indalecio Huaranca Quino
Jefe de la Oficina de Economía
- Sr. Mauro Quilli Mayta
Jefe de la Oficina de Logística
- Ing. Ricardo Quispe Bustincio
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- Lic. Jhony H. Rossello Gonzáles
Jefe de la Oficina de Comunicaciones



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

C. Cronograma de actividades para la Autoevaluación A

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	MESES					
			AGOS. 2021	SEP. 2021	OCT. 2021	NOV. 2021	DIC. 2021	ENE 2022
Reunión para la conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación.	Acta de Reunión	Oficina 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					
Elaboración del plan de Autoevaluación del año 2021.	Acto Resolutivo	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad		X				
Difusión del plan de Autoevaluación del año 2021.	Publicación en la Web Institucional	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



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

D. Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

Responsable por Sub Equipo	MACROPROCESOS	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
			3ra sem	4ta sem	1ra sem	2da sem
Dr. Y. Alcides Condori Carcasi	Direccionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Y. Alcides Condori Carcasi • Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez • Lic. Guisell Cahuapaza Yana • Obsta. Zobeida Zevallos Valdez • Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas 	X			
	Gestión de Recursos Humanos		X			
	Gestión de la Calidad		X			
	Manejo del Riesgo de Atención		X			
	Emergencias y Desastres		X			
Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez	Control de la Gestión y Prestación			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	
Obsta. Zobeida Zevallos Valdez	Referencia y Contrareferencia				X	
	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. Y. Alcides Condori Carcasi



E. Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud :

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha : _____

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____



Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios

G. MATRIZ DE SELECCIÓN

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

