

PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA

REDESS AZÁNGARO - DIRESA PUNO 2022

Formulado por: Lic. DELIA C. CHOQUEHUANCA CALSINA
COORD. DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.

I. INTRODUCCIÓN

La Redes Azángaro, 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 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 N° 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 de acuerdo a las categorías de los Establecimientos de Salud.

Una de las acciones del componente de la Garantía y Mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud, por lo que cada año se realiza la autoevaluación como un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad de atención, desde el 2018 se viene dando especial impulso en cumplimiento de los criterios de evaluación, cuya calificación final está más por debajo del nivel aprobatorio.

Siendo la autoevaluación un pilar importante para lograr la acreditación, el proceso de acreditación, promueve el cumplimiento de estándares y asigna recursos considerados en el POA y compromiso de los jefes de servicio, para lo cual se presenta el plan de autoevaluación Institucional en el presente año.



II JUSTIFICACIÓN

La Red de salud Azángaro en los últimos años ha implementado actividades que haya abordado la mejora de la calidad en los diferentes EE.SS. ,sin embargo se observa las limitaciones en la implementación del de los procesos en el marco del sistema de gestión de la calidad que significa cambio en la satisfacción de los usuarios y capacidad de respuesta en los servicios de salud de la IPRES, en esta perspectiva el desarrollo de la gestión se basa en la calidad en salud ,siendo la acreditación una herramienta para la mejora institucional como es un componente de la gestión institucional y tiene como propósito de evaluar el nivel de cumplimiento de los estándares óptimos y factibles de alcanzar a la NTS, 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 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.
- 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.
- Una manera de fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud es la comparación del desempeño en los S.S., los estándares propuestos para la acreditación.
- El proceso de acreditación 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 acreditación a su vez está involucrado a la importancia de seguir mejorando los servicios de salud.

III. OBJETIVO GENERAL

Promover una cultura de calidad a nivel de los establecimientos de salud, mediante la autoevaluación en cumplimiento de los estándares y criterios establecidos normativamente para la acreditación de sus Establecimientos de Salud (Hospital, C.S.P.S.)

3.1 OBJETIVO ESPECIFICO:

Desarrollar el proceso de la autoevaluación y determinar la brecha con los estándares establecidos en la NTS. De acreditación.

IV. ALCANCE

El proceso de la evaluación interna en los servicios de salud es de alcance en el ámbito de los Establecimientos de salud de la Red Azángaro y Hospital de apoyo "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" de Azángaro, según categoría.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"



- Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
 - Ley N° 27867 “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
1. Resolución ministerial N° 519 –2006 MINSA, que aprueba el documento técnico “sistema de gestión de la calidad en salud”
 2. Resolución ministerial
 3. Resolución ministerial N° 727 – 2009/MINSA, que aprueba el documento técnico “política nacional de la calidad en salud”
 4. Resolución ministerial N° 1021 – 2010/ MINSA, que aprueba la “guía técnica para de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”
 5. Resolución ministerial N° 468 – 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de metodología del estudio de clima organizacional para el usuario interno”
 6. Resolución ministerial N° 527– 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de satisfacción del usuario externo”
 7. Resolución ministerial N° 095– 2012/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la mejora continua de la calidad y herramientas de la calidad.
 8. Resolución ministerial N° 168– 2015/ MINSA, que aprueba “los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
 9. 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”
 10. Resolución ministerial N° 414– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: metodología para la elaboración de guías de práctica clínica”
 11. Resolución ministerial N° 626– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: buenas prácticas para la mejora del clima organizacional”
 12. Resolución ministerial N° 078– 2016/ MINSA, que aprueba “el formulario para el consentimiento informado para la docencia en la atención”
 13. Resolución ministerial N° 255– 2016/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la implementación de la higiene de manos”
 14. Resolución ministerial N° 502– 2016/ MINSA, que aprueba “norma técnica de salud para la auditoría de la calidad de la atención en salud
 15. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Listado de estándares “.
 16. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
 17. Resolución Ministerial N° 456 - 2007/MINSA, que aprueba la N.T. No 050-MINSA/DGSP-V.02 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 toda la RED de salud de Azángaro y Hospitales de apoyo Azángaro.

VII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La autoevaluación es un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la variante 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 interna con la presentación del equipo de evaluadores al jefe del establecimiento y su personal, explicando el motivo de la visita y los procedimientos de la Acreditación. Hace constar en libro de actas, con el apoyo técnico del comité de acreditación.
- Recorrer los servicios del establecimiento, 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 macroprocesos 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.
- El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación del cual que nos corresponde a desarrollar.

VIII. DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

- Elaborar el plan de evaluación interna y aprobar con un acto resolutivo
- Desarrollar el proceso de autoevaluación (equipo de acreditación e integrantes del equipo de evaluadores internos)
- Elaborar un programa de capacitación dirigido a evaluadores en aspectos normativos y técnicos para la autoevaluación.
- Revisar y/o reformular los instrumentos de recolección de información (elaboración de lista de chequeo).
- Programar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos
- Brindar apoyo logístico de materiales e instrumentos normativos para el desarrollo de autoevaluación a cargo de la coordinación de S.G.C.S.
- Programar visitas para la recolección de información, desarrollado por el equipo de evaluadores
- Realizar la recolección de información en las fechas programadas, por cada equipo evaluador se procede a la recolección de información requerida para el proceso de autoevaluación.
- Elaborar el informe final de la autoevaluación a la coord. del S.G.C.S. de la Red Az.
- Elaborar y entregar los informes por macroprocesos a la coord. De S.G.C.S. previo procesamiento y análisis en los formatos establecidos, para elaborar el informe final de autoevaluación a la DIRESA- Puno, el que está a cargo del evaluador líder.

IX. RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN:

1. Equipo de evaluadores internos
2. Coord. Administrativa: jefes de Unid, servicios y/o Áreas
3. Oficina de Gestión de la calidad del S.G.C.S.
4. Jefes de los EE. SS de la Red de Salud Azángaro.

X. CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA

REDESS	EE.SS	CATEGORIA	FECHA DE LA EVALUACIÓN	RESPONSABLE
Azángaro	Hospital	II-1	01-10-22 al 30-10-22	Directora del Hospital
Azángaro	EE.SS	I-1, I-2, I-3, I-4	01-09-22 al 30-09-22	Director de la Red Azángaro

REQUERIMIENTO DE APOYO LOGÍSTICO DE LA REDESS

BIENES O SERVICIOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Libro de actas	01 unid	Libro de actas para EE.SS.
Formatos de trabajo anexo N° 2 y 4	Según el número de servicios	Proporciona la Red de salud
Fotocopia de la lista de estándares	01 ejemplar según categoría	Cada establecimiento deberá contar según su categoría
Fotocopia de Guía del evaluador	01 ejemplar proporcionado por la RED - Az.	Cada establecimiento deberá contar según su categoría
Aplicativo	01	
Papel bond A4	01 millar	
Tinta a color Negro - Epson	01 Fco de litro	

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)

XII. ANEXOS:

VII. EQUIPO DE GESTION DE LA CALIDAD Y EQUIPO DE EVALUADORES:

COORD. LIC.ENF. DELIA.C. CHOQUEHUANCA CALSINA

PRESIDENTE : C.D. JOSÉ CARLOS TAVERA ARAGON
SECRETARIA : M.C. LUCIO MANDAMIENTO PEREZ
VOCAL I : LIC.ENF. DELIA C. CHOQUEHUANCA CALSINA
VOCAL II : M.C.HAROLD R.CHAVEZ HUERTAS
VOCAL III : EC. NICACIO MERMA BÉJAR.
VOCAL IV : LIC. ENF.ZULEMA CHOQUEHUANCA MACEDO
VOCAL V : LIC. ENF.PATRICIA .G. ALIAGA QUISPE
VOCAL V : CPC. NOELIA A. ALCOS APOMAYTA
VOCAL VI : OBST. DINA CORDOVA GOMEZ

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Adjunto.

REGISTRO DE INICIO DE AUTOEVALUACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD REDES : AZANGARO - 2022

REDES Micro Red	N°	Establecimiento	Categoría	Conocimiento de Proceso			Situación Actual
				Document	Fecha de :		
					Inicio	Culminación	
REDES AZANGARO							
HOSPITAL	1	Hosp Carlos Cornejo Rosello Vizcardo.	II-1	60	3/10/22	30/10/22	En proceso
M.R Alianza	2	C.S Alianza	I-4	88	18/9/22	30/9/22	En proceso
	3	P.S Hananquia	I-1	05	18/9/22	30/9/22	En proceso
	4	P.S Yajchata	I-1	01	20/9/22	30/9/22	En proceso
	5	C.S San José	I-3	69	11/9/22	30/9/22	En proceso
	6	P.S Virg. del R de S.	I-1	37	21/9/22	23/9/22	En proceso
	7	P.S S. J. de Salinas	I-2	35	22/9/22	30/9/22	En proceso
	8	P.S Mataro Chico	I-1	14	1/9/22	30/9/22	En proceso
M.R: Arapa	9	C.S Arapa	I-4	24	18/9/22	26/9/22	En proceso
	10	P.S Curayllu	I-1	28	18/9/00	26/9/22	En proceso
	11	P.S Impuechi	I-1	22	15/9/22	30/9/22	En proceso
M.R: Asillo	12	C.S Asillo	I-4	85	7/11/22	11/9/22	En proceso
	13	C.S Progreso	I-3	87	12/9/22	14/9/22	En proceso
	14	P.S Naupapampa	I-1	16	15/9/22	17/9/22	En proceso
M.R: Chupa	15	C.S Chupa	I-4	104	11/9/22	30/30/2022	En proceso
	16	P.S Chocco	I-1	11	11/9/22	30/9/22	En proceso
	17	P.S Chucahuacas	I-1	18	9/9/22	30/9/22	En proceso
	18	P.S Puncuchupa	I-1	11	20/9/22	22/9/22	En proceso
M.R: José Domingo Ch.	19	C.S José .D.Ch	I-4	09	22/9/22	30/9/22	En proceso
	20	P.S Tirapata	I-2	11	6/9/22	30/9/22	En proceso
	21	P.S Stgo Pupuja	I-2	88	12/9/22	30/9/22	En proceso
	22	P.S Chijchipani	I-1	14	12/9/22	30/9/22	En proceso
	23	P.S I.lallahua	I-1	09	19/9/22	30/9/22	En proceso
M.R: Muñani	24	C.S Muñani	I-4	70	6/9/22	30/9/22	En proceso
	25	P.S Mororeco	I-2	17	8/9/22	17/9/22	En proceso
M.R: San Anton	26	C.S San Antón	I-4	38	8/9/22	30/9/22	En proceso
	27	P.S San Isidro	I-1	02	21/9/22	23/9/22	En proceso
	28	P.S Cañicuto	I-1	03	11/9/22	30/9/22	En proceso

Fuente : Coord. De gestion de la calidad en salud .