



Resolución Directoral

Ilave, 18 de Setiembre del 2023

VISTOS:

MEMORÁNDUM N.º 780-2023-GR0PUNO/GRDS/DIRESA/RSELCOLLAO/D Y REGISTRO N.º 5144-2023 CONTENIENDO EL OFICIO N.º 0021-2023-DIRESA-PUNO/RED-DE-SALUD-EL-COLLAO-CGYSS; A FS. 09.

CONSIDERANDO:

Que, las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, a la Ley y al Derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines que les fueron conferidas, de conformidad con lo previsto en el Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS;

Que, lo regulado en el Inciso 20 del Artículo 2º de la Constitución Política del Estado, en concordancia con el Artículo 117º del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS regulan el derecho de petición administrativa;

Que, la Ley N.º 29842 Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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, con arreglo a principios de equidad;

Que, el numeral 1 de la quinta (V) - Disposición General de la NTS N.º 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada por Resolución Ministerial N.º 456-2007/MINSA, señala que el proceso de acreditación comprende de dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa;

Que, la sexta (VI) - Disposición Específica - Fases de la acreditación de la precitada norma técnica, refiere que la autoevaluación es el inicio del proceso de acreditación y se encuentra a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección;

Que, resulta necesario indicar que el numeral 5.1 de la Guía Técnica de Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado por Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA, establece que el evaluador interno es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tienen competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría;

Que, mediante Oficio N.º 0021-2023-DIRESA-PUNO/RED-DE-SALUD-EL-COLLAO-CGYSS la Jefa de la Unidad de Gestión de Calidad de la Red de Salud El Collao remite a la Dirección, el *PLAN DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL SISTEMA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL II-1 ILAVE DE LA RED DE SALUD EL COLLAO*, el cual tiene como objetivo "Fomentar la



**PERÚ****GOBIERNO
REGIONAL PUNO****Dirección Regional
de Salud Puno****RED DE SALUD EL COLLAO
GESTION DE LA CALIDAD**

PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA

HOSPITAL II – I ILAVE DE LA RED DE SALUD EL COLLAO-2023

**FORMULADO POR : LIC.ENF.MARIA M TUNI ARIAS
COORD. DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.**

I. INTRODUCCIÓN

La Red de Salud el Collao , 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-dem 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 y fiel aplicación de la lista de estándares, de acuerdo a las categorías de la IPRESS.

Una de las acciones del componente de la Garantía y Mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud, en consecuencia, es mandatorio, manejar los conceptos y la práctica correspondiente en el establecimiento de donde proceden los evaluadores. La mejora de la calidad de atención, en los servicios de salud implica haber implementado



las acciones de mejora continua de la calidad, en caso necesario impulsado proyectos de mejora, seguridad del paciente, las auditorias de calidad, acciones de escucha al usuario

El proceso de acreditación, tiene una inmensa tarea de mejorar la cultura de calidad en los servicios de salud, de tal manera que, los pacientes asuman a los servicios de salud con confianza y seguridad, con la certeza de encontrar la buena atención. Esta expectativa no será posible hasta que, todos los actores y responsables de los servicios de salud, vean en la Acreditación una oportunidad de conocer cuál es el grado de calidad de su desempeño y la voluntad de seguir mejorando en forma continua. Durante el proceso, tendremos presente todos los instrumentos de la acreditación, todo acto se desarrollará dentro de la imparcialidad.

II JUSTIFICACIÓN

El sistema de gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional 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 la IPRESS segundo nivel de atención, mediante 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 y algo más, según los principios de Calidad.
- ❖ 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 por la IPRESS segundo nivel de atención .
- ❖ Una manera de fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud es la comparación del desempeño en la IPRESS segundo nivel de atención ,los estándares propuestos para la acreditación.
- ❖ El proceso de Autoevaluación interna es orientado hacia la mejora continua de la Calidad en las unidades productoras de los servicios de salud.



PERÚ

**GOBIERNO
REGIONAL PUNO**

**Dirección Regional
de Salud Puno**

**RED DE SALUD EL COLLAO
GESTION DE LA CALIDAD**

- ❖ El personal comprometido en el proceso de autoevaluación a su vez está involucrado a la importancia de seguir mejorando los servicios de salud.
- ❖ A partir de la evaluación interna, la experiencia del proceso de acreditación apertura una oportunidad de conocer el proceso a recorrer por el camino hasta concluir la acreditación de la IPRESS segundo nivel de atención de la Red de Salud el Collao.

III. OBJETIVO GENERAL

Fomentar la mejora de los servicios de salud a través de identificación de las fortalezas y debilidades del prestador o proveedor que generar pautas para el proceso de Autoevaluación de las IPRESS del ámbito del hospital II-1 llave segundo nivel de atención, al lograr resultados a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas en los servicios de salud de la Red de Salud el Collao, En el periodo establecido en el presente plan.

IV. ALCANCE

El presente plan tiene alcance en la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación de 01 IPRESS del segundo nivel de atención pertenecientes a REDE DESALUD EL COLLAO

V. BASE LEGAL

- 1.Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- 2.Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- 3.Ley N° 27867 “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
- 4.Resolución ministerial N° 519 –2006 MINSa, que aprueba el documento técnico “sistema de gestión de la calidad en salud”
- 5.Resolución ministerial
- 6.Resolución ministerial N° 727 – 2009/MINSa, que aprueba el documento técnico “política nacional de la calidad en salud”
- 7.Resolución ministerial N° 1021 – 2010/ MINSa, que aprueba la “guía técnica para de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”



8. Resolución ministerial N° 468 – 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de metodología del estudio de clima organizacional para el usuario interno”
9. Resolución ministerial N° 527– 2011/ MINSA, que aprueba la “norma técnica de satisfacción del usuario externo”
10. Resolución ministerial N° 095– 2012/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la mejora continua de la calidad y herramientas de la calidad.
11. Resolución ministerial N° 168– 2015/ MINSA, que aprueba “los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
12. 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”
13. Resolución ministerial N° 414– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: metodología para la elaboración de guías de práctica clínica”
14. Resolución ministerial N° 626– 2015/ MINSA, que aprueba “el documento técnico: buenas prácticas para la mejora del clima organizacional”
15. Resolución ministerial N° 078– 2016/ MINSA, que aprueba “el formulario para el consentimiento informado para la docencia en la atención”
16. Resolución ministerial N° 255– 2016/ MINSA, que aprueba “la guía técnica para la implementación de la higiene de manos”
17. Resolución ministerial N° 502– 2016/ MINSA, que aprueba “norma técnica de salud para la auditoría de la calidad de la atención en salud
18. Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Listado de estándares de la Calidad .
19. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba “Guía Técnica del Evaluador para la 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 01 IPRESS segundo nivel de atención Hospital II-1 ILAVE pertenecientes a la RED de Salud el Callao .

VIII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La autoevaluación es un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la vertiente 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 con la presentación del equipo de evaluadores al jefe de las IPRESS y su personal, explicando el motivo de la visita y los procedimientos de la Acreditación. Hace constar en libro de actas.
- ❖ Recorrer los servicios de salud de la IPRESS segundo nivel de atención, 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 macro procesos 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.

IX. CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA POR MICROREDES Y HOSPITAL II-1 ILAVE.

| IPRESS | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | CATEGORIA | FECHA DE PROCESO DE AUTOEVALUACION -2023 | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------|---|--------------------|
| | N° | NOMINA | | INICIO | CULMINACION |
| HOSPITAL ILAVE II – 1 ILAVE | 01 | HOSPITAL II- 1 ILAVE | II-1 | 13-11-23 | 30-11-23 |
| | | DIRECION Y RECURSOS HUMANOS | | 20-11-23 | 21-11-23 |
| | | SERVICIO HOSPITALIZACION | | 23-11-23 | 24-11-23 |
| | | SERVICIO DE EMERGENCIA | | 27-11-23 | 28-11-23 |
| | | SERVICIO CENTRO QUIRUGICO | | 29-11-23 | 30-11-23 |

**PERÚ****GOBIERNO REGIONAL PUNO****Dirección Regional de Salud Puno****RED DE SALUD EL COLLAO
GESTION DE LA CALIDAD**

| | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | ADMICION | 13-11-23 | 14-11-23 |
| | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA | 15-11-23 | 16-11-23 |
| | FARMACIA | 22-11-23 | 23-11-23 |
| | SEGURIDAD | 24-11-23 | 25-11-23 |
| | GESTION Y PRESTACION | 27-11-23 | 28-11-23 |
| | CALIDAD | 28-11-23 | 29-11-23 |

Nota : En el cuadro cada servicio Hospital II-1 ILAVE, debe adecuar según disponibilidad de tiempo de los evaluadores, en los días de mayor presencia de los trabajadores y en días de poca afluencia de pacientes.

En el Hospital II-1 ILAVE, debe adecuar según disponibilidad de tiempo de los evaluadores. En caso de los hospitales se programará según disponibilidad de los evaluadores, se cronogramará por servicios.)

X.REQUERIMIENTO DE APOYO LOGÍSTICO DE LA RED DE SALUD EL COLLAO- 2023.

| CANTIDAD | BIENES Y SERVICIOS | OBSERVACIONES |
|-----------------|---|--|
| 01 Unidad | Libro de actas | Libro de actas |
| 01 Unidad | Folder de palanca archivo | Acuerdo a IPRESS y/u servicios de salud. |
| 01 Folletos | Folleto de la lista de estándares para la acreditación de las IPRESS por servicios según categoría 01 Hospital II-1 ILAVE | Proporciona al equipo de Hospital II-1 ILAVE de UPSS por servicios , según la categoría . |
| 01 formatos | Fotocopia de los formatos de trabajo Anexo 2 y 4 de la guía del Evaluador | Proporciona a equipo de Hospital II-1 ILAVE según los servicios IPRESS , según la categoría de la IPRESS |
| 01 Ejemplar | Folleto de Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de EE.SS y servicios médicos de apoyo. | Se debe facilitar para el equipo que conforma del HOSPITAL II-1 ILAVE . |
| 01 Unidad | Del aplicativo magnético CD más el actualizador | Para su ingreso oportuno coordinar con REDES responsable de Calidad en Salud. |
| 01 millar | Papel Bond A4 | Bond para informe y reportes del resultado de proceso del aplicativo y acciones de operatividad. |

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)

