



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

Año de la unidad, la paz y el desarrollo

Huancané, 08 de Setiembre del 2023.

OFICIO N° 353-2023 / GESTION DE CALIDAD EN SALUD RED-HUANCANE/ DIRESA- PUNO

SEÑOR : CARLOS ISMAEL CORNEJO ROSELLO DIANDERAS
DIRECTOR DE LA DIRESA PUNO.

PRESENTE :

ATENCION : DIRECCION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD PUNO.

ASUNTO : INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION INTERNA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUANCANE
2023.

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a su vez a través del presente documento que en el marco del cumplimiento de la RM N°456-2007, RM N°270-2009/MINSA para la evaluación y acreditación de los establecimientos de salud que iniciara la autoevaluación interna en el mismo que se encuentra de acuerdo al plan de autoevaluación, para fines subsiguientes se adjunta.

- RD (Resolución directoral de aprobación).
- Plan de inicio y termino del proceso de autoevaluación interna de establecimientos de salud de la RED DE SALUD HUANCANE, MICRO REDES Y HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA-HUANCANE.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.

Atentamente:



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUANCANE
FERNANDO ALONSO
C.M.P. GUAYANA ANGLO
DIRECTOR





GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

INFORME N°.006-2023-GR-GRDS/REDES HUANCANE/DIRESA-PUNO

PARA : MC. Belinda Huancapaza Onofre
Directora de Gestión de Calidad en Salud - Diresa Puno.

ASUNTO : REMITO RD APROBADO Y PLAN DE AUTOEVALUACION INTERNA
REDES HUANCANE.

FECHA : 08 de Setiembre de 2023.

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que se realizara el inicio de autoevaluación interna y acreditación de establecimientos lo cual se detalla a continuación:

PRIMERO. – Se realizó el inicio y aprobación del plan de autoevaluación interna y acreditación de los establecimientos de las Red Huancané, Micro Redes y Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané y la autorización para iniciar el proceso de evaluación interna y acreditación de los establecimientos de salud de la jurisdicciones, en el cumplimiento de la **Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA** para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios de apoyo, se adjuntar lo siguiente:

- RD (Resolución directoral de aprobación).
- Plan de inicio y termino del proceso de autoevaluación interna de establecimientos de salud de la RED DE SALUD HUANCANE, MICRO REDES Y HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA-HUANCANÉ.

Es cuanto informo a usted para los fines que viera por conveniente.

Atentamente:



Mery Portillo Machaca
Mery Portillo Machaca
LIC. EN ENFERMERÍA
CEP 60480



Resolución Directoral

Huancané, 18 de Agosto de 2023.

VISTO

El Documento: MEMORANDUM N° 481-2023/GR-DIRESA-PUNO/D-REDESS-H, registrado como expediente N° 4421 de fecha 16 de agosto de 2023, autoriza proyectar resolución directoral de Aprobación del Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación de la Red de Salud Huancané.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, 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 promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objeto establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase 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 las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, por Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones de las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría", a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, mediante el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, aprueba el documento Técnico: "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución y el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009, aprueba el

documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud" que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución;

Que, el numeral 17.) del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que: "La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe/espaldamente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción;

De conformidad con la Ley N° 28842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006- SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050- MINSADGSP-V, 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28379; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes N°s. 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, que reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; y en uso de las atribuciones Ordenanza Regional N° 012-2015-GRP/CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de Puno y estructura orgánica de la 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; y,

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR.- A partir de la fecha el Documento Técnico: **Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación de la Red de Salud Huancané**, que consta de 14 folios, el cual forma parte integrante de la presente resolución directoral.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, al Equipo de acreditación, como responsable realice la difusión, implementación, monitoreo, supervisión, y ejecución del citado plan aprobado por la presente resolución.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER, que la Oficina de comunicación publique la presente resolución en el portal Web Institucional.

ARTÍCULO CUARTO.- TRANSCRIBIR Y NOTIFICAR, la Presente Resolución al equipo de acreditación, legajo de personal e instancias administrativas pertinentes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

(Sello y Firma) M.C. FERDINAND GIL ONOFRE, Director de la Red de Salud Huancané
Lo que transcribo a usted para su conocimiento y demás fines.

ATENTAMENTE

 
Hector PARI RAMIREZ
JEFE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
RED DE SALUD HUANCANÉ
ICAP 3413

RED DE SALUD HUANCANE



**PLAN DE PROCESO DE INICIO DE
AUTOEVALUACIÓN INTERNA Y
ACREDITACIÓN DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA REDESS HUANCANE.**



2023

GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	3
BASE LEGAL.....	4
ALCANCE.....	4
CONTENIDO.....	4
ORGANIZACIÓN.....	7
RECURSOS.....	7
EVALUACION.....	7
EJECUCION.....	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE AUTOEVALUACION.....	11

PLAN DE PROCESO DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS REDESS HUANCANE.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación del servicio de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en estos últimos años, uno de los objetivos de política de salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese sentido en el marco del sistema de gestión de la calidad en salud a través de la dirección de la calidad en salud ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los establecimientos de salud comparando el desempeño de la prestación de la salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en el 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.

El plan anual de autoevaluación/acreditación se ha elaborado según los lineamientos contenidos en la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobado mediante Resolución Ministerial No 270-2009/MINSA. Orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

II. FINALIDAD

El desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

III. OBJETIVOS GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación interna por macro procesos verificando el cumplimiento de los estándares que permita implementar mejoras para el logro de la acreditación de los establecimientos de salud Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané y Micro Redes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación interna de las Redes Huancané.
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación de las Unidades Productoras de Servicio de Salud a la Red Salud Huancané.

- Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación de acuerdo a los macro procesos: Gerenciales, prestacionales y de apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de los servicios a las fuentes auditables.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la autoevaluación en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud.

IV. BASE LEGAL

- ❖ Ley general de salud N°26642
- ❖ Ley N°26842, Ley General de Salud
- ❖ Ley N°27604, que modifica la ley general de salud, respecto de la obligación de los Establecimientos de salud a dar atención medica en casos de emergencias y partos.
- ❖ R.M. N°519-2006, que aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud
- ❖ Norma técnica N°050-M1NSA/2007/DGSP-vol-2 de acreditación de servicios de salud y servicios médicos de apoyo.
- ❖ Decreto Legislativo N°1158, que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia nacional. de aseguramiento en salud.
- ❖ D S. N°008-2017, que aprueba el reglamento de organización y funciones de la superintendencia nacional de salud.
- ❖ R.M. N°270-2009/M1NSA aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

V. ALCANCE

El presente plan de autoevaluación es de aplicación obligatoria en las unidades Productoras de servicios de salud de toda la Red Huancané

a. DEFINICIONES OPERATIVAS

- ❖ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que se 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 el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- ❖ **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados, conocidos por los actores de la atención de la salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- ❖ **Lista de estándares de acreditación.** Documento que contiene los estándares, atributos, referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

- ❖ **Mejoramiento continuo de la calidad:** 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 las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor compatibilidad.
- ❖ **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de las organizaciones agregan valor a los productos.
- ❖ **Criterios de evaluación:** **Parámetro** referenciales que determinan el grado de cumplimiento de estándar y permite su calificación de manera objetiva.
- ❖ **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.
- ❖ **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- ❖ **Evaluador Externo:** Persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación.

VII. METODOLOGÍA:

Proceso de autoevaluación se realiza a través de auto evaluadores internos quienes utilizan diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

a. PRIMERA FASE: La autoevaluación se realiza haciendo uso de los resultados obtenidos de la anterior evaluación verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual.

- Reunión para la elaboración del plan.
- Identificación de macro procesos para cada **servicio**.
- Conformación del equipo de evaluadores interno.
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada Macro Proceso.
- Solicitar **oficialmente** el inicio de la autoevaluación 2023.

b. SEGUNDA FASE: Durante el proceso de autoevaluación se desarrollará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de autoevaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio a ser evaluado haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de ellos documentos solicitados.
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretada con la verificación de documentos en las áreas y/o servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.

- Recorrer todos los ambientes del servicio conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
 - Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento d trabajo.
 - Al finalizar los evaluadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
 - Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos de trabajo los resultados preliminares.
- c. TERCERA FASE:** Preparación y entrega del informe técnico de autoevaluación.

- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de la Unidades Productoras de Servicios de Salud: Emergencia, Centro quirúrgico, hospitalización, Consultorios externo, farmacia, laboratorio clínico, centro materno, neonatología, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico y quedar registrado en el libro de actas.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la autoevaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

d. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- Listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud.
- Guía del evaluador interno.
- Formatos para evaluación: Hoja de registro de datos para autoevaluación y hoja de recomendaciones.
- Aplicativo para el registro de resultados del proceso de autoevaluación proporcionado por el Minsa (instrumento informático), que establece la calificación específica del cumplimiento de cada estándar y macro procesos.

e. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

Los equipos de evaluadores internos a nivel de la Red Salud Huancané utilizaran diversas técnicas de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **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.
- **Observación:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y el entorno.

- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

VIII. ORGANIZACIÓN

- Director y/o jefes de Micro Redes.
- Responsable de Calidad de Redes Huancané.
- Comité de autoevaluación interna.
- Responsables de las Unidades Productoras de los Servicios de Salud.

LX. RECURSOS

a. HUMANOS

- Director de Hospital de la Red Huancané.
- Responsable del sistema de calidad Red Huancané.
- Integrantes del comité de autoevaluación conformado por: Medico, Enfermera, Obstetra y otros profesionales de las ciencias de la salud.

b. MATERIALES

- Norma técnica 050 - MINSA/DGSP V 02.
 - Listado de estándares de acreditación categoría II-1.
 - impresiones, fotocopias.
 - Computadora, impresora.
 - Libro de actas.
 - Tableros acrílicos para las encuestas.
 - Hoja de registro para la autoevaluación.
- Fotocopias de formato Anexo 8: Formatos por Macro procesos.

X. EVALUACIÓN

- Se realizará monitoreo y seguimiento permanente.
- Informes de avance de elaboración e implementación de mejora continua.

XL EJECUCIÓN

- Ejecución será de Setiembre a Diciembre del 2023.

XII. PRESUPUESTO

- No se cuenta con presupuesto asignado directamente para el proceso de autoevaluación.

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

N°	MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS DE EVALUACION
1	Direccionamiento	2	11
2	gestión de recursos humanos	4	11
3	gestión de calidad	3	22
4	manejo de riesgo de la 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 emergencia	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 contra referencia	4	13
16	gestión de medicamentos	3	15
17	gestión de la información	3	14
18	descontaminación, limpieza, desinfección	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

INDICADORES DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA
AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION	Los establecimientos de salud realizan la autoevaluación.	% de establecimientos que han realizado la autoevaluación.	$\frac{\text{Nº de comités de acreditación funcionando}}{\text{Nº Total de comités de acreditación de red y micro red.}} \times 100$
	Establecimientos de salud incrementan la nota inicial de autoevaluación.	% de establecimientos de salud que incrementen el resultado de la autoevaluación en más del 50%.	$\frac{\text{Nº de EE. SS que han realizado la autoevaluación}}{\text{Total, de establecimientos de red.}} \times 100$
	Garantizar A los usuarios y al sistema de servicios de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud según el nivel de complejidad cuentan con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.		$\frac{\text{Nº total de informes técnico de autoevaluación con puntaje > 50}}{\text{Total, de EE. SS con autoevaluación de red}} \times 100$

ANEXO 01
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION DE UPSS
HOSPITAL LUCIO ALDABAZAL PAUCA HUANCANE 2023

COMPONENTES/ACTIVIDADES/TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE	
			I	II	III	IV			
OBJETIVO GENERAL: Promover la implementación de la autoevaluación para alcanzar la acreditación de las unidades productoras de servicios de salud, base legal R.M. N°456-2007/MINSA, R.M. N°270-2009/MINSA (séptima política de calidad en salud).									
1. Conformación del equipo de autoevaluación a nivel de hospital LAP Huancané, con resolución directoral.	documento	1		X			Resolución directoral	Director del hospital responsable de calidad	
2. Conformación de evaluadores internos con resolución directoral.	documento	1		X			Resolución directoral	Director hospital, responsable de calidad	
3. Asistencia técnica y/o capacitación virtual, para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar en el proceso de autoevaluación.	Documento	1		X			Informe de asistencia técnica, libro de actas	Equipo calidad DIRESA-PUNO, responsable calidad Redes/hospital	
4. Elaboración y aprobación con resolución directoral del plan de autoevaluación y consignar simultáneamente a los responsables de las unidades productoras de servicios de salud que interactúan con los evaluadores internos.	Plan	1		x			Resolución directoral	Equipo evaluador interno, director hospital responsable de calidad	
5. Comunicar el inicio de autoevaluación a la dirección de gestión de la calidad DIRESA PUNO.	Documentos	1			X		Cronograma de inicio de autoevaluación	Director del hospital responsable de calidad	
6. Ejecución del plan de autoevaluación interna de las UPSS según cronograma establecida.	evaluado	1			X		Documentos y formatos, anexos	Director del hospital equipo evaluador interno, responsable en calidad	
7. Monitoreo de ejecución de autoevaluación interna en las UPSS.	Informe	1			X		Informe libro de actas	Director del hospital responsable de calidad, equipo evaluador	
8. Informe técnico de la autoevaluación por los evaluadores internos, por mesa de partes de la dirección de la red de salud en impreso y en magnético.	Informe	1				x	Informe técnico final de Ejecución de autoevaluación y anexos.	Responsabilidad de calidad equipo de evaluadores internos.	
9. Socializar el resultado de autoevaluación interna y realizar planes de mejora en las UPSS.	informe	1				x	Libro de actas informe	Director del hospital responsable de calidad equipo de evaluadores internos.	



CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	Agt	Set	Nov	Dic	Ene
Conformación de equipo evaluador	Unidad de RRHH de la Red	x				
Reunión de para elaborar plan de trabajo	Comité evaluador	x				
Presentación de Plan	Comité evaluador		x			
Capacitación a equipo evaluador	Coordinador de Gestión e la Calidad		x			
Ejecución de la aplicación de ficha de evaluación	Comité evaluador		x	x	x	
Reporte de autoevaluación				x	x	x
Informe a la DIRESA Puno					x	x

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - B

REDES HUANCANE			CATEGORIA	INICIO	CULMINACION
HOSP. HUANCANE	1	HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA	II-1	15-12-2023	15-12-2023
M.R HUANCANE	2	P.S.ACCOCOLLO	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	3	P.S.HUANCHO	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	4	P.S.TEJENAPATA	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	5	P.S.COTAPATA	I-2	26-09-2023	26-09-2023
	6	P.S.CUYURAYA	I-1	26-09-2023	26-09-2023
	7	P.S.CUCHO CHACAMARCA	I-1	26-09-2023	26-09-2023
	8	P.S.VISCACHANI	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	9	P.S.COHASIA	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	10	P.S.HUARISANI	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	11	P.S.HUATASANI	I-1	28-09-2023	28-09-2023
	12	P.S.PEDRO VILCAPAZA	I-2	28-09-2023	28-09-2023
	13	P.S.INCHUPALLA	I-2	29-09-2023	29-09-2023
	14	P.S.MUNAYPA	I-1	29-09-2023	29-09-2023
M.R. VILQUECHICO	15	C.S.VILQUECHICO	I-4	15-11-2023	15-11-2023
	16	P.S.SICTA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	17	P.S.SISINAHUYO	I-1	17-11-2023	17-11-2023
	18	P.S.HUALLATIRI	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	19	P.S.ALTOS CAZADOR	I-2	21-12-2023	21-12-2023
	20	P.S.SOLITARIO	I-2	21-12-2023	21-12-2023
	21	P.S.TIQUI TIQUI	I-1	22-12-2023	22-12-2023
	22	P.S.YAPUTIRA	I-1	23-12-2023	23-12-2023
	23	P.S.SAN JUAN QUISHUARANI	I-2	24-12-2023	24-12-2023
	24	C.S.ROSASPATA	I-4	12-12-2023	12-12-2023
M.R. ROSASPATA	25	P.S.NAPA	I-1	13-12-2023	13-12-2023
	26	P.S.HALLA ALTOS GRANDE	I-1	14-12-2023	14-12-2023
	27	P.S.HUAYLLACUYO	I-1	15-12-2023	15-12-2023
	28	P.S.TICANI CARIQUITA	I-1	16-12-2023	16-12-2023
M.R. MOHO	29	C.S.MOHO	I-4	21-11-2023	21-11-2023
	30	P.S.AHAJAA	I-2	10-11-2023	10-11-2023
	31	P.S.JACHAPARU	I-1	10-11-2023	10-11-2023
	32	P.S.VILLA JACANTAYA	I-1	14-11-2023	14-11-2023
	33	P.S.UMUCHI	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	34	P.S.QUELLAHUYO	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	35	P.S.NINANTAYA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	36	P.S.OCCOPAMPA	I-1	17-11-2023	17-11-2023
	37	P.S.SULLCA	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	38	P.S.MALLCOSUCA	I-1	21-11-2023	21-11-2023
	39	P.S.TARUCANI	I-2	01-12-2023	01-12-2023
	40	P.S.HUAYRAPATA	I-2	23-11-2023	23-11-2023



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

M.R. CONIMA	41	C.S.CONIMA	I-4	14-11-2023	14-11-2023
	42	P.S.SUCUNI JAPISE	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	43	P.S.TILALI	I-2	16-11-2023	16-11-2023
	44	P.S.CUPISAYA	I-1	17-11-2023	17-11-2023
M.R. COJATA	45	C.S.COJATA	I-4	05-12-2023	05-12-2023
	46	P.S.CAYLLOMA	I-1	06-12-2023	06-12-2023
	47	P.S.SINA	I-1	07-12-2023	07-12-2023
M.R. PUTINA	48	C.S.PUTINA	I-4	15-11-2023	15-11-2023
	49	P.S.HUAYLLAPATA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	50	P.S.STA ANA DE TARUCANI	I-2	17-11-2023	17-11-2023
	51	P.S.PICOTANI	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	52	P.S.QUILCAPUNCO	I-2	24-11-2023	24-11-2023
	53	P.S.JANANSAYA	I-1	28-11-2023	28-11-2023
M.R. ANANEA	54	C.S.ANANEA	I-4	12-12-2023	12-12-2023
	55	P.S.RINCONADA	I-3	13-12-2023	13-12-2023
	56	P.S.LUNAR DE ORO	I-2	14-12-2023	14-12-2023
	57	P.S.UNTUCA	I-1	15-12-2023	15-12-2023
	58	P.S.TRAPICHE	I-1	23-12-2023	23-12-2023



Mery Portillo Machaca
LIC. EN ENFERMERIA
CEP. 65959



Resolución Directoral

Huancané, 18 de Agosto de 2023.

VISTO

El Documento: MEMORANDUM N° 482-2023/GR-DIRESA-PUNO/D-REDESS-H, registrado como expediente N° 4420 de fecha 16 de agosto de 2023, autoriza proyectar resolución directoral de Aprobación del Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación de la Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Pufina y Ananea, de la Red de Salud Huancané

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, 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 promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objeto establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase 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 los fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, por Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones de las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría", a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, mediante el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, aprueba el documento Técnico: "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución y el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009, aprueba el

documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud" que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución;

Que, el numeral 17.) del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que: "La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuere más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe /equitativamente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretende retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción;

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006- SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud 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° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud"; Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías;

Que, de conformidad a la Ley N° 27763, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28379; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes N°s. 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, que reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; y en uso de las atribuciones Ordenanza Regional N° 012-2015-GRP/CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de Puno y estructura orgánica de la 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; y,

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR.- A partir de la fecha el Documento Técnico: Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación de las MICRO RED HUANCANE, VILQUECHICO, COJATA, ROSASPATA, MOHO, CONIMA, PUTINA Y ANANEA, de la Red de Salud Huancané, que consta de 12 folios, el cual forma parte integrante de la presente resolución directoral.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, al Equipo de acreditación, como responsable realice la difusión, implementación, monitoreo, supervisión, y ejecución del citado plan aprobado por la presente resolución.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER, que la Oficina de comunicación publique la presente resolución en el portal Web Institucional.

ARTICULO CUARTO.- TRANSCRIBIR Y NOTIFICAR, la Presente Resolución al equipo de acreditación, legajo de personal e instancias administrativas pertinentes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

(Sello y Firma) M.C. FERDINAND GIL ONOFRE, Director de la Red de Salud Huancané

Lo que transcribo a usted para su conocimiento y demás fines.

ATENTAMENTE



M.C. HECTOR PAIT RAMIREZ
Jefe Unidad de Registro y Emisión
RED DE SALUD HUANCANE
ICAP 3419

RED DE SALUD HUANCANE

MICRO REDES



**APROBACION DEL PLAN ANUAL DE
AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL
PROCESO DE ACREDITACION DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA:**

**MICRO RED HUANCANE
MICRO RED VILQUECHICO
MICRO RED COJATA
MICRO RED ROSASPATA
MICRO RED MOHO
MICRO RED CONIMA
MICRO RED PUTINA
MICRO RED ANANEA**



2023

GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	3
BASE LEGAL.....	4
ALCANCE.....	4
CONTENIDO.....	4
ORGANIZACIÓN.....	7
RECURSOS.....	7
EVALUACION.....	7
EJECUCION.....	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE AUTOEVALUACION.....	11



PLAN DE PROCESO DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS 8 MICRO REDES.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación del servicio de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en estos últimos años, uno de los objetivos de política de salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese sentido en el marco del sistema de gestión de la calidad en salud a través de la dirección de la calidad en salud ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los establecimientos de salud comparando el desempeño de la prestación de la salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en el 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.

El plan anual de autoevaluación/acreditación se ha elaborado según los lineamientos contenidos en la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobado mediante Resolución Ministerial No 270- 2009/MINSA. Orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

II.FINALIDAD

El desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los Macro Procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

III. OBJETIVOS GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación interna por macro procesos verificando el cumplimiento de los estándares que permita implementar mejoras para el logro de la acreditación de los establecimientos de salud de las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea de la Red Huancané.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación interna de las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.

- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación de las Unidades Productoras de Servicio de Salud a las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea de la Red Huancané.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación de acuerdo a los macro procesos: Gerenciales, prestacionales y de apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de los servicios a las fuentes auditables.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la autoevaluación en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud.

IV. BASE LEGAL

- ❖ Ley general de salud N°26642
- ❖ Ley N°26842, Ley General de Salud
- ❖ Ley N°27604, que modifica la ley general de salud. respecto de la obligación de los Establecimientos de salud a dar atención medica en casos de emergencias y partos.
- ❖ R.M. N°519-2006, que aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud
- ❖ Norma técnica N°050-M1NSA/2007/DGSP-vol-2 de acreditación de servicios de salud y servicios médicos de apoyo.
- ❖ Decreto Legislativo N°1158, que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia nacional. de aseguramiento en salud.
- ❖ D S. N°008-2017, que aprueba el reglamento de organización y funciones de la superintendencia nacional de salud.
- ❖ R.M. N°270-2009/M1NSA aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

V. ALCANCE

El presente plan de autoevaluación es de aplicación obligatoria en las unidades Productoras de servicios de salud de toda las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea de las Redes Huancané.

a. DEFINICIONES OPERATIVAS

- ❖ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que se 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 el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- ❖ **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados, conocidos por los actores de la atención de la salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

- ❖ **Lista de estándares de acreditación.** Documento que contiene los estándares, atributos, referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- ❖ **Mejoramiento continuo de la calidad:** 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 las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor compatibilidad.
- ❖ **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de las organizaciones agregan valor a los productos.
- ❖ **Criterios de evaluación:** **Parámetro** referenciales que determinan el grado de cumplimiento de estándar y permite su calificación de manera objetiva.
- ❖ **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- ❖ **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- ❖ **Evaluador Externo:** Persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación.

VII. METODOLOGÍA:

Proceso de autoevaluación se realiza a través de auto evaluadores internos quienes utilizan diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar segun los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

a. PRIMERA FASE: La autoevaluación se realiza haciendo uso de los resultados obtenidos de la anterior evaluación verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual.

- Reunión para la elaboración del plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo de evaluadores interno.
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada Macro Proceso.
- Solicitar oficialmente el inicio de la autoevaluación 2023.

b. SEGUNDA FASE: Durante el proceso de autoevaluación se desarrollará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de autoevaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio a ser evaluado haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia d ellos documentos solicitados.

- Cada estándar es leído, comprendida e interpretada con la verificación de documentos en las áreas y/o servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer todos los ambientes del servicio conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento d trabajo.
- Al finalizar los evaluadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos de trabajo los resultados preliminares.

c. TERCERA FASE: Preparación y entrega del informe técnico de autoevaluación.

- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de la Unidades Productoras de Servicios de Salud: Emergencia, hospitalización, Consultorios externo, farmacia, laboratorio clínico, centro materno, neonatología, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico y quedar registrado en el libro de actas.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la autoevaluación interna, así como las respectivas recomendaciones,

d. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- Listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud,
- Guía del evaluador interno.
- Formatos para evaluación: Hoja de registro de datos para autoevaluación y hoja de recomendaciones.
- Aplicativo para el registro de resultados del proceso de autoevaluación proporcionado por el Minsa (Instrumento informático), que establece la calificación específica del cumplimiento de cada estándar y macro procesos.

e. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

Los equipos de evaluadores internos a nivel de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conlma, Putina y Ananea utilizaran diversas técnicas de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **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.

- **Observación:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y el entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorías:** **Examen** que determina y señala hasta qué punto una situación proceso se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

VIII. ORGANIZACIÓN

- Director y/o jefes de las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.
- Responsable de Calidad de las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.
- Equipo de autoevaluación interna de las Micro Redes Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.
- Responsables de las Unidades Productoras de los Servicios de Salud.

LX. RECURSOS

a. HUMANOS

- Jefes de las Micro Redes.
- Responsable del sistema de calidad de las Micro Redes.
- Integrantes del equipo de autoevaluación conformado por: Medico, Enfermera, Obstetra y otros profesionales de las ciencias de la salud.

b. MATERIALES

- Norma técnica 050 - MINSA/DGSP V 02.
- Listado de estándares de acreditación categoría I-1, I-2 y I-4.
- impresiones, fotocopias.
- Computadora, impresora.
- Libro de actas.
- Tableros acrílicos para las encuestas.
- Hoja de registro para la autoevaluación Fotocopias de formato Anexo 8: Formatos por Macro procesos.

X. EVALUACIÓN

- Se realizará monitoreo y seguimiento permanente.
- Informes de avance de elaboración e implementación de mejora continua.

XL EJECUCIÓN

- Ejecución será de Setiembre a Diciembre del 2023.

XII. PRESUPUESTO

- No se cuenta con presupuesto asignado directamente para el proceso de autoevaluación.

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

N°	MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS DE EVALUACION
1	direccionamiento	2	11
2	gestión de recursos humanos	4	11
3	gestión de calidad	3	22
4	manejo de riesgo de la 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 emergencia	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 contra referencia	4	13
16	gestión de medicamentos	3	15
17	gestión de la información	3	14
18	descontaminación, limpieza, desinfección	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

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	Agt	Set	Nov	Dic
Conformación de equipo evaluador	Unidad de RRHH de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.	x			
Reunión para elaborar el plan de trabajo	Comité evaluador de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.	x			
Presentación de Plan	Comité evaluador de las Micro Red		x		
Capacitación a equipo evaluador	Coordinador de Gestión de Calidad de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.		x		
Ejecución de la aplicación de ficha de evaluación	Comité evaluador de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.		x	x	x
Reporte de autoevaluación	Responsables de las de las Micro Red Huancané, Vilquechico, Cojata, Rosaspata, Moho, Conima, Putina y Ananea.			x	x
Informe a la DIRESA Puno	Responsable de la Red Huancané.				x



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - B

REDES HUANCANE			CATEGORIA	INICIO	CULMINACION
M.R. HUANCANE	2	P.S.ACCOCOLLO	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	3	P.S.HUANCHO	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	4	P.S.TEJENAPATA	I-1	25-09-2023	25-09-2023
	5	P.S.COTAPATA	I-2	26-09-2023	26-09-2023
	6	P.S.CUYURAYA	I-1	26-09-2023	26-09-2023
	7	P.S.CUCHO CHACAMARCA	I-1	26-09-2023	26-09-2023
	8	P.S.VISCACHANI	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	9	P.S.COHASIA	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	10	P.S.HUARISANI	I-1	27-09-2023	27-09-2023
	11	P.S.HUATASANI	I-1	28-09-2023	28-09-2023
	12	P.S.PEDRO VILCAPAZA	I-2	28-09-2023	28-09-2023
	13	P.S.INCHUPALLA	I-2	29-09-2023	29-09-2023
	14	P.S.MUNAYPA	I-1	29-09-2023	29-09-2023
M.R. VILQUECHICO	15	C.S. VILQUECHICO	I-4	15-11-2023	15-11-2023
	16	P.S.SICTA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	17	P.S.SISINAHUYO	I-1	17-11-2023	17-11-2023
	18	P.S.HUALLATIRI	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	19	P.S.ALTOS CAZADOR	I-2	21-12-2023	21-12-2023
	20	P.S.SOLITARIO	I-2	21-12-2023	21-12-2023
	21	P.S.TIQUI TIQUI	I-1	22-12-2023	22-12-2023
	22	P.S.YAPUTIRA	I-1	23-12-2023	23-12-2023
	23	P.S.SAN JUAN QUISHUARANI	I-2	24-12-2023	24-12-2023
	24	C.S. ROSASPATA	I-4	12-12-2023	12-12-2023
M.R. ROSASPATA	25	P.S.NAPA	I-1	13-12-2023	13-12-2023
	26	P.S.HALLA ALTOS GRANDE	I-1	14-12-2023	14-12-2023
	27	P.S.HUAYLLACUYO	I-1	15-12-2023	15-12-2023
	28	P.S.TICANI CARIQUITA	I-1	16-12-2023	16-12-2023
M.R. MOHO	29	C.S. MOHO	I-4	21-11-2023	21-11-2023
	30	P.S.ACHAJAA	I-2	10-11-2023	10-11-2023
	31	P.S.JACHAPARU	I-1	10-11-2023	10-11-2023
	32	P.S.VILLA JACANTAYA	I-1	14-11-2023	14-11-2023
	33	P.S.UMUCHI	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	34	P.S.QUELLAHUYO	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	35	P.S.NINANTAYA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	36	P.S.OCCOPAMPA	I-1	17-11-2023	17-11-2023
	37	P.S.SULLCA	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	38	P.S.MALLCOSUCA	I-1	21-11-2023	21-11-2023
	39	P.S.TARUCANI	I-2	01-12-2023	01-12-2023
	40	P.S.HUAYRAPATA	I-2	23-11-2023	23-11-2023
M.R. CONIMA	41	C.S. CONIMA	I-4	14-11-2023	14-11-2023
	42	P.S.SUCUNI JAPISE	I-1	15-11-2023	15-11-2023
	43	P.S.TILALI	I-2	16-11-2023	16-11-2023
	44	P.S.CUPISAYA	I-1	17-11-2023	17-11-2023
M.R. COJATA	45	C.S. COJATA	I-4	05-12-2023	05-12-2023
	46	P.S.CAYLLOMA	I-1	06-12-2023	06-12-2023
	47	P.S.SINA	I-1	07-12-2023	07-12-2023
M.R. PUTINA	48	C.S. PUTINA	I-4	15-11-2023	15-11-2023
	49	P.S.HUAYLLAPATA	I-1	16-11-2023	16-11-2023
	50	P.S.STA ANA DE TARUCANI	I-2	17-11-2023	17-11-2023
	51	P.S.PICOTANI	I-1	18-11-2023	18-11-2023
	52	P.S.QUILCAPUNCO	I-2	24-11-2023	24-11-2023
M.R. ANANEA	53	P.S.JANANSAYA	I-1	28-11-2023	28-11-2023
	54	C.S. ANANEA	I-4	12-12-2023	12-12-2023
	55	P.S.RINCONADA	I-3	13-12-2023	13-12-2023
	56	P.S.LUNAR DE ORO	I-2	14-12-2023	14-12-2023
	57	P.S.UNTUCA	I-1	15-12-2023	15-12-2023
	58	P.S.TRAPICHE	I-1	23-12-2023	23-12-2023


Mery Portillo Machaca
LIC. EN ENFERMERIA
OSP. 00000



Resolución Directoral

Huancané, 18 de Agosto de 2023.

VISTO : El Documento: MEMORANDUM N° 480-2023/GR-DIRESA-PUNO/D-REDESS-H, registrado como expediente N° 4422 de fecha 16 de agosto de 2023, autoriza proyectar resolución direccional de Aprobación del Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación del Hospital "LAP" Huancané.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, 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 promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objeto establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; estableciendo que la autoevaluación es la fase 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 los fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada; además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, por Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones de las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría", a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, mediante el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, aprueba el documento Técnico: "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente

resolución y el Artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre de 2009, aprueba el documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud" que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución;

Que, el numeral 17.) del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que: "La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe /epalmente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción;

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006- SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050- MINSADGSP-V, 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, se incorpora el Anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28379; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes N°s. 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, que reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; y en uso de las atribuciones Ordenanza Regional N° 012-2015-GRP/CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de Puno y estructura orgánica de la 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; y,

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR.- A partir de la fecha el Documento Técnico: Plan Anual de Autoevaluación Interna del Proceso de Acreditación del Hospital "LAP" Huancané, la Red de Salud Huancané, que consta de 15 folios, el cual forma parte integrante de la presente resolución directoral.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, al Equipo de acreditación, como responsable realice la difusión, implementación, monitoreo, supervisión, y ejecución del citado plan aprobado por la presente resolución.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER, que la Oficina de comunicación publique la presente resolución en el portal Web Institucional.

ARTÍCULO CUARTO.- TRANSCRIBIR Y NOTIFICAR, la Presente Resolución al equipo de acreditación, legajo de personal e instancias administrativas pertinentes.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

(Sello y Firma) M.C. FERDINAND GIL ONOFRE, Director de la Red de Salud Huancané
Lo que transcribo a usted para su conocimiento y demás fines.

ATENTAMENTE



RED DE SALUD HUANCANE
HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA
HUANCANÉ



PLAN DE INICIO DE
AUTOEVALUACIÓN INTERNA
DEL PROCESO DE
ACREDITACION DEL HOSPITAL
LUCIO ALDAZABAL PAUCA



2023

GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	3
BASE LEGAL.....	4
ALCANCE.....	4
CONTENIDO.....	4
ORGANIZACIÓN.....	7
RECURSOS.....	7
EVALUACION.....	7
EJECUCION.....	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE AUTOEVALUACION.....	11

PLAN DE APROBACION DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE LAS REDES HUANCANE.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación del servicio de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en estos últimos años, uno de los objetivos de política de salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese sentido en el marco del sistema de gestión de la calidad en salud a través de la dirección de la calidad en salud ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los establecimientos de salud comparando el desempeño de la prestación de la salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en el 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.

El plan anual de autoevaluación/acreditación se ha elaborado según los lineamientos contenidos en la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobado mediante Resolución Ministerial No 270- 2009/MINSA. Orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

II.FINALIDAD

El desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

III.OBJETIVOS GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación interna por macro procesos verificando el cumplimiento de los estándares que permita implementar mejoras para el logro de la acreditación de los establecimientos de salud Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación interna del Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación de las Unidades Productoras de Servicio de Salud del Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación de acuerdo a los macro procesos: Gerenciales, prestacionales y de 'apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de los servicios a las fuentes auditables.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la autoevaluación en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud.

IV. BASE LEGAL

- ❖ Ley general de salud N°26642
- ❖ Ley N°26842, Ley General de Salud
- ❖ Ley N°27604, que modifica la ley general de salud, respecto de la obligación de los Establecimientos de salud a dar atención medica en casos de emergencias y partos.
- ❖ R.M. N°519-2006, que aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud
- ❖ Norma técnica N°050-M1NSA/2007/DGSP-vol-2 de acreditación de servicios de salud y servicios médicos de apoyo.
- ❖ Decreto Legislativo N°1158, que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambios de denominación de la superintendencia nacional, de aseguramiento en salud.
- ❖ D S. N°008-2017, que aprueba el reglamento de organización y funciones de la superintendencia nacional de salud.
- ❖ R.M. N°270-2009/M1NSA aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

V.ALCANCE

El presente plan de autoevaluación es de aplicación obligatoria en las unidades Productoras de servicios de salud del Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané.

a. DEFINICIONES OPERATIVAS

- ❖ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que se 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 el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- ❖ **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados, conocidos por los actores de la atención de la salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- ❖ **Lista de estándares de acreditación.** Documento que contiene los estándares, atributos, referencias normativas y los criterios de evaluación

en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

- ❖ **Mejoramiento continuo de la calidad:** 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 las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor compatibilidad.
- ❖ **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de las organizaciones agregan valor a los productos.
- ❖ **Criterios de evaluación:** Parámetro referenciales que determinan el grado de cumplimiento de estándar y permite su calificación de manera objetiva.
- ❖ **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.
- ❖ **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- ❖ **Evaluador Externo:** Persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación.

VI. METODOLOGÍA:

Proceso de autoevaluación se realiza a través de auto evaluadores internos quienes utilizan diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

a. PRIMERA FASE: La autoevaluación se realiza haciendo uso de los resultados obtenidos de la anterior evaluación verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual.

- Reunión para la elaboración del plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo de evaluadores interno.
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada Macro Proceso.
- Solicitar oficialmente el inicio de la autoevaluación 2023.

b. SEGUNDA FASE: Durante el proceso de autoevaluación se desarrollará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de autoevaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio a ser evaluado haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados.
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretada con la verificación de documentos en las áreas y/o servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer todos los ambientes del servicio conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.

- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al finalizar los evaluadores presentarán un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos de trabajo los resultados preliminares.

c. TERCERA FASE: Preparación y entrega del informe técnico de autoevaluación.

- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de las Unidades Productoras de Servicios de Salud: Emergencia, Centro quirúrgico, hospitalización, Consultorios externo, farmacia, laboratorio clínico, centro materno, neonatología, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico y quedar registrado en el libro de actas.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la autoevaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

d. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- Listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud,
- Guía del evaluador interno.
- Formatos para evaluación: Hoja de registro de datos para autoevaluación y hoja de recomendaciones.
- Aplicativo para el registro de resultados del proceso de autoevaluación proporcionado por el Minsa (instrumento informático), que establece la calificación específica del cumplimiento de cada estándar y macro procesos.

e. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

Los equipos de evaluadores internos del Hospital Lucio Aldazabal Pauca a nivel de la Red Salud Huancané utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

- **Verificación/visión 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.
- **Observación:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y el entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados a toda la población accesible.

- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

VIII. ORGANIZACIÓN

- Director Redes Huancané.
- Responsable de Calidad de Redes Huancané.
- Comité de autoevaluación interna.
- Responsables de las Unidades Productoras de los Servicios de Salud.

LX. RECURSOS

a. HUMANOS

- Director del Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané.
- Responsable del sistema de calidad del Hospital Lucio Aldazabal Pauca-Huancané.
- Integrantes del comité de autoevaluación conformado por: Medico, Enfermera, Obstetra y otros profesionales de las ciencias de la salud.

b. MATERIALES

- Norma técnica 050 - MINSA/DGSP V 02.
- Listado de estándares de acreditación categoría II-1.
- impresiones, fotocopias.
- Computadora, impresora.
- Libro de actas.
- Tableros acrílicos para las encuestas.
- Hoja de registro para la autoevaluación, Fotocopias de formato Anexo 8: Formatos por Macro procesos.

X. EVALUACIÓN

- Se realizará monitoreo y seguimiento permanente.
- Informes de avance de elaboración e implementación de mejora continua.

XL EJECUCIÓN

- Ejecución será de en Diciembre del 2023.

XII. PRESUPUESTO

- No se cuenta con presupuesto asignado directamente para el proceso de autoevaluación.

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

N°	MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS DE EVALUACION
1	direccionamiento	2	11
2	gestión de recursos humanos	4	11
3	gestión de calidad	3	22
4	manejo de riesgo de la 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 emergencia	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 contra referencia	4	13
16	gestión de medicamentos	3	15
17	gestión de la información	3	14
18	descontaminación, limpieza, desinfección	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

XIII CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	Agt	Set	Nov	Dic
Conformación de equipo evaluador	Unidad de RRHH de la HOSPITAL "LAP" HUANCANE	x			
Reunión de para elaborar plan de trabajo	Comité evaluador HOSPITAL "LAP" HUANCANE	x			
Presentación de Plan	Comité evaluador		x		
Capacitación a equipo evaluador	Coordinador de Gestión e la Calidad HOSPITAL "LAP" HUANCANE		x		
Ejecución de la aplicación de ficha de evaluación	Comité evaluador HOSPITAL "LAP" HUANCANE		x	x	x
Reporte de autoevaluación	RESPONSABLE HOSPITAL "LAP" HUANCANE			x	x
Informe a la DRESA Puno	RESPONSABLE DE CALIDAD				x

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES-B

REDES HUANCANE		CATEGORIA	INICIO	CULMINACION
HOSP. HUANCANE	HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA	II-1	15-12-2023	15-12-2023