



PERÚ

Ministerio de Salud

RED DE SALUD SAN ROMÁN

HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" - JULIACA



Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo

Juliaca, 25 de agosto del 2023.

OFICIO N° 461-2023- DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/D

SEÑOR:
M.C. Carlos Ismael Cornejo-Rosello Dianderas
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRESENTE.-

ASUNTO: REMITO RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023 DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.



Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez remitir a su coordinación la Resolución de Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano del año 2023, el cual es parte del proceso de Acreditación en la Gestión de la Calidad de la IPRESS y en los criterios de evaluación en la ficha N° 30 de Convenios de Gestión.

A la vez cabe mencionar que el documento resolutivo se encuentra publicado en la Web Institucional de la Red de Salud San Román, unidad ejecutora a la cual pertenece la IPRESS. Adjunto respectivamente los documentos según ficha técnica.

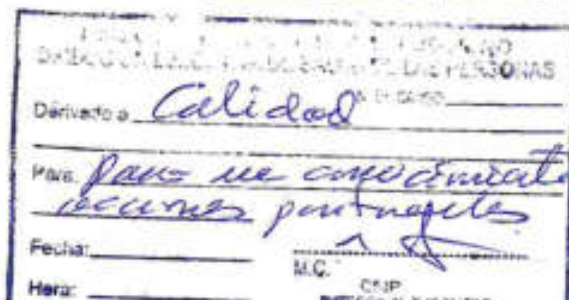
Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a ud. Mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
RED DE SALUD SAN ROMAN


M.C. Victor A. Candia Mengoa
CMP 27481 RNE 18309
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"





Redes de Salud San Roman

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
3 / 2
66%



Resolución Directorial

RESOLUCIÓN DIRECTORIAL

Nº 001-2012-DE-PS/RS/MS

REDA DE SALUD SAN ROMAN

El Director General de Salud de la Región de San Roman, en uso de sus facultades, ha emitido la presente resolución, de conformidad con lo establecido en el artículo 117 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en el artículo 107 del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de la Región de San Roman, y en el artículo 107 del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de la Región de San Roman, para aprobar el Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano.

CONSIDERANDO

Que el Hospital Carlos Monge Medrano es una institución de salud que presta servicios de salud a la población de la Región de San Roman, y que en virtud de su función social debe garantizar la calidad de los servicios que presta a la población;

Que el Hospital Carlos Monge Medrano es una institución de salud que presta servicios de salud a la población de la Región de San Roman, y que en virtud de su función social debe garantizar la calidad de los servicios que presta a la población;

COMUNICADOS RECIENTES

- ▶ PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
- ▶ RESOLUCIÓN DIRECTORIAL Nº 001-2012-DE-PS/RS/MS
- ▶ RESOLUCIÓN DIRECTORIAL Nº 001-2012-DE-PS/RS/MS
- ▶ RESOLUCIÓN DIRECTORIAL Nº 001-2012-DE-PS/RS/MS

EMISAS INSTITUCIONALES

BOLETAS ELECTRONICAS

UP-423-1-REG-DE-SALUD SAN ROMAN

CONTROL DE ASISTENCIA





GOBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud San
Román



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



**OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**

2023

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	JUSTIFICACIÓN	3
III.	FINALIDAD.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	BASE LEGAL.....	4
VI.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	6
VII.	METODOLOGÍA.....	6
VIII.	RESPONSABILIDADES.....	7
IX.	EQUIPO DE EVALUACION.....	7
X.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	9
XI.	ANEXOS.....	13

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO – 2023

I. INTRODUCCIÓN:

La Gestión de la Calidad es un principio básico de la atención en salud, teniendo en cuenta que es uno de los pilares para la transformación del sistema de salud en los países; donde la finalidad es satisfacer las expectativas del usuario en la atención de salud y así minimizar los riesgos en la prestación de servicios. A la vez es necesario que los establecimientos de salud lo consideren como proceso permanente y continuo, teniendo como base que será la herramienta fundamental que transformará la evolución de la calidad en todos los procesos de atención en salud.

Por otro lado, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se considera la acreditación como uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, cabe mencionar que el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con todos los subsectores prestadores del sistema de salud y oficializada como norma técnica mediante la Resolución Ministerial 456-2007/MINSA el 06 de junio del 2007. La actual propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de funciones a las regiones, siendo una de ellas "negar o conferir la acreditación a partir del año 2007". En este contexto, resulta de suma importancia la implementación de la norma de acreditación en los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud, el cual incluye el listado de estándares a aplicar, y que responde a las necesidades de mejora de la calidad de los prestadores de servicios de salud.

ii. JUSTIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta que la acreditación tiene como propósito garantizar la calidad y proveer acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, es que el Hospital Carlos Monge Medrano ha venido realizando periódicamente la realización de la Evaluación Interna respectivamente según la normativa por años consecutivos, con resultados que conllevaron a reuniones de análisis y toma de decisiones, acciones que ayudaron a desarrollar estrategias de mejora en la atención de salud en mencionada IPRESS.

Habiendo dado a conocer la importancia de la acreditación en los Establecimientos de Salud, el presente documento "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN – 2022" ha sido elaborado siguiendo los lineamientos del Plan de Gestión de la Calidad aprobada por Resolución Ministerial N° 596-2009/MINSA y la Política Nacional de Calidad en salud aprobada con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, los cuales regulan el proceso de Acreditación. Es en ese sentido que el presente plan tiene por finalidad lograr la acreditación, donde se realizará actividades de la primera fase del proceso, que incluye que el Hospital Carlos Monge Medrano pasará por un proceso de Autoevaluación según guía técnica por los evaluadores internos, para luego solicitar la evaluación externa respectivamente.

Cabe mencionar que el presente Plan de Trabajo también incluye aspectos organizativos y contempla la constitución de profesionales evaluadores internos, la ejecución de la autoevaluación según estándares definidos en el marco legal y la elaboración del informe final, a la vez la retroalimentación respectiva.

iii. FINALIDAD:

Lograr que el Hospital Carlos Monge Medrano cumpla progresivamente con los estándares de evaluación interna correspondientes a su categoría en los diferentes macroprocesos para la acreditación.

IV. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el desempeño del Hospital Carlos Monge Medrano a través de los macro procesos establecidos, en cumplimiento a la primera fase del proceso de acreditación.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Organizar y Planificar el proceso de Autoevaluación.
- Evaluar el nivel de cumplimiento según el listado de estándares en un Establecimiento de Salud II-2.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de los macro procesos.
- Implementar acciones de mejora en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud y sus Modificatorias".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- D. L. N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 008- 2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
- Ordenanza Regional N° 012 -2014/GRP-CRP y Ordenanza Regional N° 005 - 2020/GRP-CRP, que aprueba los documentos técnicos normativos de Gestión Institucional (ROF, CAP) del Hospital Carlos Monge Medrano.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA "Estándares e Indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas Neonatales.
- Resolución Directoral N° 339-2023-DE-RED-S-SR/URH que aprueba el "Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos para el proceso de Acreditación del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2023"

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan es de aplicación y cumplimiento del personal que labora en los servicios y/o unidades del Hospital Carlos Monge Medrano.

XII. METODOLOGÍA:

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos, para lo cual harán uso del instrumento "Listado de Estándares de Acreditación" correspondiente al nivel II-2, contando con la participación activa del director, jefaturas, coordinadores y responsables de las UPSS.

Se utilizarán diversas técnicas de evaluación, las cuales permitirán evidenciar y calificar los criterios de la lista de estándares de acreditación: Verificación y/o revisión de documentos, Observación, Entrevista, Encuestas y Auditoría.

Los siguientes constituyen los macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el Hospital Carlos Monge Medrano, los cuales son 22 macroprocesos para el nivel II-2, consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%):

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

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Dirección general	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Marco de trabajo de atención	5	54
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Gestión de la gestión y planeación	2	16
7. Atención ambulatoria	4	11
8. Atención hospitalaria	4	55
9. Atención de urgencias	7	20
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención de urgencias	4	24
12. Atención de emergencias	2	13
13. Fases de diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Atención a la	4	10
15. Atención a los profesionales	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	11
18. Dirección general, servicios de diagnóstico y laboratorio	4	17
19. Marco de trabajo de salud	2	6
20. Marco de trabajo de prevención	2	10
21. Gestión de recursos y materiales	2	6
22. Gestión de recursos e infraestructura	3	12
Total	75	361

XIII. RESPONSABILIDADES:

El equipo de gestión. Los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el HCMM, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el Presente Plan.

XIV. EQUIPO DE EVALUACIÓN:

A. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- M.C. Víctor Ángel Candia Mengoa
Director (Evaluador Líder)
- C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas
Coordinadora de Convenios de Gestión
- Lic. Enf. Elibeth Villafuerte Bernedo
Jefe del Departamento de Enfermería
- Obsta. Aydee Zurita Martínez
Jefe del Servicio de Obstetricia
- M.C. Karina Andrea Villasante Barrios
Médico Auditor

B. EQUIPO DE ACREDITACIÓN:

- M.C. Víctor Ángel Candia Mengoa
Director (Coordinador)
- M.C. Jose Luis Mejía Quíspe
Jefe del Departamento de Medicina
- M.C. Wilfredo Antonio Olave Benitez
Jefe del Departamento de Cirugía
- M.C. Manuel Jesús Luque Anconeyra
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
- M.C. Juan Lester Llanos Miranda
Jefe del Departamento de Pediatría
- M.C. Luis Rosado Tejada
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- T.M. Francisco Ari Callata
Jefe del Departamento de Patología Clínica
- M.C. Dino Calcina Jaén
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Lic. Nut. Henry A. Calla Roque
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
- M.C. Enrique Sotomayor Perales
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Q. F. Ros Iviry Quispe Ábarca
Jefe del Departamento de Farmacia
- C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- M.C. Stalin Buenaventura Gutiérrez Agramonte
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Lic. Mirlam Juana Rodríguez Oviedo
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- A.S. Danitza Machicao Angles
Jefe del Departamento de Servicio Social
- Lic. Enf. Elibeth Villafuerte Bernedo
Jefe del Departamento de Enfermería
- Abog. Efraín Valencia Layme
Jefe de la Oficina de Recursos Humanos
- Ing. Edgar Rogelio Condori Chambi
Jefe de la Oficina de Logística
- Ing. Raúl Canahuire Cruz
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- M.C. Jhoel Fausto Apaza Bellido
Jefe de la Unidad de Seguros
- Ing. Martina Quispe Oblitas
Jefe de la Oficina de Estadística
- Ing. Saúl Mamani Pacori
Jefe del Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B

Cronograma de actividades para la Autoevaluación .A

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	MESES										
			MAYO 2023	JUNIO 2023	JULIO 2023	AGOSTO 2023	SEPTIEMBRE 2023	OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2023			
Reunión para la conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación.	Acta de Reunión	Unidad de Gestión de la Calidad	X										
Conformación del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores: Internos.	Acto Resolutivo	Oficina de Gestión de la Calidad		X									
Difusión del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores: Internos.	Publicación en la Web Institucional	Oficina de Gestión de la Calidad			X								
Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación del evaluador líder.	Acta de Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad				X							
Designación de responsables por cada macroproceso.	Acta de Reunión	Equipo de Evaluadores Internos					X						
Elaboración del plan de Autoevaluación del año 2023.	Acto Resolutivo	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad					X						
Presentación del plan a la dirección.	Acta de Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad						X					

Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

Responsable por Sub Equipo	MACROPROCESOS	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE 2023			
			1ra sem	2da sem	3ra sem	4ta sem
C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas	Direccionamiento	<ul style="list-style-type: none"> M.C. Víctor Ángel Candia Mengoa C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas Lic. Enf. Elibeth Villafuerte Bernedo Obsta. Aycée Zurita Martínez M.C. Karina Andrea Villasante Barrios 	X			
	Gestión de Recursos Humanos		X			
	Gestión de la Calidad		X			
	Manejo del Riesgo de Atención Emergencias y Desastres		X			
	Control de la Gestión y Prestación		X			
M.C. Karina Andrea Villasante Barrios	Atención Ambulatoria		X			
	Atención Extramural		X			
	Atención de Hospitalización		X			
	Atención de Emergencias		X			
Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas	Atención Quirúrgica			X		
	Docencia e Investigación			X		
	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento			X		
	Admisión y Alta			X		

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

c. Matriz de Selección

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total