



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 527 2022-HRI/DE



Resolución Directoral

Ica, 27 de Abril del 2022

VISTO:

El Expediente N° 5078-22 que contiene el MEMORANDO N° 339-2022-GORE ICA-HRI/OGC, por el cual el Director Ejecutivo presenta para su aprobación el **"Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2022"**.

CONSIDERANDO:

Que, el inicio de los Procedimientos para el Proceso de Acreditación de las Disposiciones Específicas de la NTS N° 050-MINSA/DGS-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Método de Apoyo" aprobados con Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA, establece que; Los Evaluadores Internos formulan el Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad, que tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud", entre sus objetivos específicos señala: que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como; estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa, asimismo establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de documentos normativos;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" teniendo por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los Macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

...///

III....

Que, mediante documento visto, la oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2022", cuya finalidad es fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra Institución generando mediante el proceso de evaluación Interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de las atenciones en el sistema de salud.

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de la salud, Ley N°27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Regional de Ica, aprobado con la Ordenanza Regional N°001-2012- GORE-ICA/PR;

Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, visado por la Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Ica:

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación del Hospital Regional de Ica 2022";-----

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Ica, Responsabilidad de dar cumplimiento a la ejecución de la presente resolución.-----

ARTICULO TERCERO.- NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias pertinente, y disponer que la unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución, en el portal del Hospital Regional de Ica.-----

Regístrese y Comuníquese,


GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. CARLOS E. NAVEA MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
CMP 059270





GOBIERNO REGIONAL DE ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Ica, 28 de marzo del 2022

CARGO

INFORME No. 008 -2022-GORE ICA-HRI/OGC

DIRECCION EJECUTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
DIRECCION - SECRETARIA

A: **Dr. CARLOS ENRIQUE NAVEA MENDEZ**
Director Ejecutivo del Hospital Regional Ica.

04 ABR 2022

DE: **C.D. GIORGETTA AGUILAR CENTURION**
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad.

RECIBIDO
Hora: 9:31 a. Firma:

ASUNTO: Solicito aprobación del **Plan de Autoevaluación del HRI 2022**

EXPTE: N° 5078-22.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle que la oficina de Gestión de Calidad, ha elaborado el Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2022, cuya finalidad es fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra Institución, generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de las atenciones en el sistema de salud.

La oficina de Gestión de Calidad busca lograr, conocer adecuadamente los procesos involucrados en la atención de los usuarios para luego plantear proyectos de mejora y alcanzar cumplir con el 85% de los indicadores propuestos para un Hospital II-2 y luego solicitar evaluación externa y consiguiente acreditación como Hospital Región III-1, por lo que se hace necesario la emisión del acto resolutorio.

El inciso 4 de los Procedimientos para el Proceso de Acreditación de las Disposiciones Específicas de 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 aprobados con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, establece que; los Evaluadores Internos formulan el Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.

En cumplimiento a lo mencionado la Oficina de Gestión de la Calidad remite a su Despacho el Proyecto de Resolución para su revisión y aprobación del Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD



Sin otro particular es propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


GORE - ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
C.D. Mag. Giorgetta Erasmilina Aguilar Centurion
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

GAC/JOGC
plg/sec

PLAN DE AUTOEVALUACION
DEL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
2022



INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	03
II. JUSTIFICACION	04
III. FINALIDAD	04
IV. OBJETIVO	04
V. AMBITO DE APLICACIÓN	05
VI. BASE LEGAL	05
VII. CONTENIDO	05
VIII. RESPONSABILIDAD	14
IX. PRESUPUESTO	17
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	18
XI. ANEXOS	19



I. INTRODUCCION

EL Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. Como uno de sus componentes el de información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumento y procedimiento que permite contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzado por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los sistemas de salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientando a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la presentación de servicios, lo que ha conllevado a la implementación de un sistema de Gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

La Acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica, que tiene el propósito de garantizar la calidad, así mismo como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación. Este se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura proceso y resultado.

La acreditación del Hospital Regional de Ica busca garantizar a los usuarios y al sistema de salud en general, que nuestro hospital cuente con los recursos óptimos de calidad de atención en salud.

En la actualidad el Hospital Regional de Ica viene atendiendo, prestando servicios de atención especialidad de salud ambulatoria, hospitalización y atenciones e servicios de emergencia, considerando su categoría de **HOSPITAL NIVEL II-2**.

Se han organizado los equipos de evaluadores internos en relación a los macroprocesos, analizando los instrumentos acordes a los estándares de acreditación, fuentes auditables, criterios de evaluación, elaborándose luego los documentos necesarios para realizar el proceso de manera imparcial, autónoma, evitando conflictos de interés, interactuando con los responsables de los Ejes, Unidades, Servicios y otros.



En este contexto, la política de Salud busca a través del desarrollo de los procesos de Reforma del Sector, contribuir a mejorar los indicadores de salud, garantizando el acceso real a la salud con calidad, eficacia, humanidad, especialmente en las poblaciones en extrema pobreza y con mayores riesgos en enfermar y/o morir. De allí la necesidad del inicio de la autoevaluación para una mejora continua, elemento esencial para alcanzar el nivel óptimo en el cual usuarios puedan percibir la seguridad, calidad y equidad en el proceso de atención.



II. JUSTIFICACION

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante R.M. N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los establecimientos de salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de la manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobado el 14 de junio del 2007 mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, es la regla el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos de Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

La acreditación contempla la autoevaluación como la primera fase del proceso, para lo cual es necesario seleccionar y nombrar al EQUIPO DE ACREDITACION, siendo oficializado con Resolución Directal previa capacitación bajo un estándar que será propuesto por la entidad superior.

La **autoevaluación** es el inicio de un conjunto de acciones que cursan por el mejoramiento de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones de calidad aceptables.

El proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares descritos en la Norma Técnica la misma que debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en los plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en las diferentes áreas de la gestión de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva.

III. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra Institución generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de las atenciones en el sistema de salud

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Obtener la evidencia relevante respecto al desempeño del HRI, con miras a la acreditación como establecimiento de salud de nivel III-1

Objetivo Específicos

- Evaluar unidades Orgánicas del Hospital Regional de Ica según criterio del listado de estándares de acreditación.
- Proporcionar elementos conceptuales y metodológicos sobre el proceso de Acreditación, que permite crear las listas de chequeo y herramientas para la autoevaluación.

- Analizar la información del proceso de autoevaluación y realizar las recomendaciones de mejora.
- Planificar las acciones a realizar por el equipo de auto-evaluadores de manera secuencial para facilitar el desarrollo de procesos en macroprocesos.
- Genera una cultura de calidad en los servicios asistenciales y administrativos del hospital mediante el cumplimiento de estándares y criterios de acreditación.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de alcance a todas las Unidades Orgánicas y Funcionales que conforman el Hospital Regional de Ica.

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27444 "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- RM N° 616-2003-SA/DM que aprueba el modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Hospitales.
- R.M N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Políticas Nacionales de Calidad en Salud"
- RM N° 589-2007/MINSA Plan Nacional Concertado de Salud
- RM N° 1263-2004/MINSA que aprueba de Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad de Salud
- DS N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud de Servicios médicos de Apoyo.
- RM N° 456-2007/MINSA que Prueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

VII. CONTENIDO

DEFINICIONES OPERATIVAS

Evaluador Interno: Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución y organización de similar nivel y categoría.

Evaluador externo: Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Macroproceso: Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa varios procesos. Por ejemplo, el macroproceso gestión de medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimientos, almacenamientos, uso racional, vigilancia y control etc.

Proceso: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Trazabilidad: Es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

CONCEPTO BASICOS:

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evolución del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 hasta el III-2 y servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Acreditación: es una proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico e las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicios médico de apoyo.

Gestión de la Calidad: es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramientos de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una 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 competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Planificación de la calidad: es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en el relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

REQUERIMIENTOS BASICOS

Recursos e Instrumentos para la Autoevaluación:



- a) Evaluadores seleccionados y capacitados.
- b) Norma Técnica N° 050-MINSA/DGRP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- c) Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-1 y Servicios Médicos de Apoyo.
- d) La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- e) Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
- f) Aplicativo informático para el riesgo y procesamiento de resultados.

COMPETENCIA DEL EVALUADOR

RESPONSABILIDADES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	- o Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macroprocesos. - o Relaciona a los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas - o Identifica posibles fuentes auditables según criterios y objetivos.
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	o Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (solo evaluadores internos)
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, Aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	- o Identifica problemas - o Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis
Emite un informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida	- o Resume hallazgos en base a evidencias objetivas. - o Sustenta las observaciones formuladas. - o Elabora informaciones cualitativas y/o cuantitativas.



METODOLOGIA DE LA EVALUACION

El equipo de Evaluadores Internos de HRI utilizara diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

TECNICAS DE EVALUACION

Las técnicas utilizadas son:

- 1 **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, etc.

- 2 **Observación:** permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica, se observa a las personas, así también, se trata de observar el entorno.
- 3 **Entrevista:** permite tomar información de a fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 4 **Muestra:** técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van hacer generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- 5 **Encuesta:** permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 6 **Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función a 22 macroprocesos que para los establecimientos II-2, como es el caso del HRI son aplicables solo 21. Consta de criterios de estructura (36%). De proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas de HRI.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, ha contemplado (21) veintiuno que representan a todas las estándares y criterios a evaluar en el Hospital Regional de Ica.

MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS
1. DIRECCIONAMIENTO	2	11
2. Gestión de Recursos Humanos	4	11
3. Gestión de Calidad	4	22
4. Manejo del Riesgo de Atención	8	50
5. Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6. Control de la Gestión y Prestación	2	15
7. Atención Ambulatoria	4	14
8. Atención de Hospitalización	7	26
9. Atención de Emergencias	3	14
10. Atención Quirúrgica	4	24
11. Docencia e Investigación	2	15
12. Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
13. Admisión y Alta	4	16
14. Referencia y Contrareferencias	2	10
15. Gestión de Medicamentos	3	15
16. Gestión de la Información	3	14
17. Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	17
18. Manejo del Riesgo Social	2	6
19. Nutrición y Dietética	2	10
20. Gestión de Insumos y Materiales	2	8
21. Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL	70	342



PRECISIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El plan de autoevaluación asegura la siguiente:

- 1 Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados
- 2 Que haya quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de evaluación.
- 3 Que horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare en forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios. Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.
- 4 Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación.
- 5 Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
- 6 Que las actividades diarias relacionadas con la atención de Salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución de la evaluación, las cuales tendrán como duración: Autoevaluación **seis semanas MINIMO**. Dependerá de la categoría de nuestro establecimiento.

REUNIÓN DE APERTURA

El propósito de este espacio es la coordinación con la Alta Dirección y las jefaturas de todos los servicios o áreas de trabajo presentar los objetos de la evaluación, presentar al equipo evaluador, confirmar el plan de la evaluación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, definir el proceso de presentación del informe Técnico de Evaluación, precisar los lineamientos de la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; identificar a los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar un espacio físico para el equipo evaluador..

Es de suma importancia generar un Acta de la Reunión de Apertura, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

Luego de haber concluido con la Resolución de Apertura el equipo evaluador verificara que la Alta Dirección haya dispuesto la entrega de las normas que el sub-sector o el mismo establecimiento haya desarrollado con relación a los macro-procesos a ser evaluados.



PRESENTACIÓN DEL LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN AL PERSONAL

Para el proceso de evaluación de los estándares se procederá de la siguiente manera:

- a) Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos, analizan y discuten conjuntamente que tan efectivamente están trabajando y comparan el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud.
- b) Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- c) Hay que tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas –no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el Listado- sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención.
- d) Es importante que el equipo identifique cuáles son las posibles fuentes auditaables y como desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- e) Se deben seleccionar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar todas las fuentes auditaables por cada macroproceso. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- f) Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, del 0, 1 ó 2.

REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR

- a) La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y Macroproceso evaluados.
- b) El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- c) En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- d) El equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, que servirá de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- e) Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos



de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Si es necesario se pedirá permiso para fotografiar los documentos que se avalen cada indicador. No es necesario sacar fotocopias.

VISITA A LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO E SALUD

- Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del servicio o UPS que será evaluado en el establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico; y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES

- Listado e Estándares de Acreditación está dividido en 1) macroproceso, el objetivo y alcance de la evaluación; 2) el código del estándar; 3) el estándar; 4) los atributos relacionados al estándar; 5) la referencia normativa nacional sectorial; 6) los criterios de evaluación.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Código Criterio	Criterio
DRI-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia	LEY N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General R.M. N°616-2003 SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).
		Eficiencia		DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidos en los planes estratégicos, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).



ATRIBUTOS RELACIONADOS

Los atributos son características o propiedades de la calidad que identifican la presentación del servicio de salud, que permiten caracterizarlo en niveles deseados y que lo relacionan con la noción de calidad para el proceso de acreditación considerando los siguientes:

1	Accesibilidad	11	Equidad
2	Aceptabilidad	12	Ética
3	Continuidad	13	Información
4	Comodidad	14	Información completa
5	Competencia Técnica	15	Integridad
6	Confidencialidad	16	Mejora Continua
7	Disponibilidad	17	Oportunidad
8	Eficacia	18	Participación ciudadana
9	Eficiencia	19	Seguridad
10	Efectividad	20	Trabajo en equipo
		21	Transparencia

REFERENCIAS NORMATIVAS Y LAS FUENTES AUDITABLES

Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y procede a registrar en la Hoja de Registro de Datos, el evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- 1) Normas legales que regulan los procesos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 2) Normas legales que regulan los procedimientos y procesos de las organizaciones de salud en cada subsector.
- 3) Directivas institucionales emitidas por cada establecimiento prestador.

De su cabal conocimiento dependerá identificar cuáles serían las posibles fuentes auditables, sobre todo las relacionadas con las observaciones, las que deben cumplir con las características y requisitos considerados en dichas normas.

Es preciso conocer que macroproceso (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra las MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud. En el nivel II-2 **no aplica solo atención extramural.**

FORMATOS PARA LA EVALUACIÓN

1. **Hoja de Registro de Datos, que incluyen:**
 - a. Nombre del establecimiento
 - b. El macroproceso evaluado
 - c. Nombre de los evaluadores
 - d. La fecha de la evaluación
 - e. Los servicios o áreas evaluadas
 - f. La identificación de los participantes/evaluados.
 - g. El código del estándar.



- h. El código del criterio evaluado
- i. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contara con dos columnas de puntaje)
- j. Las fuentes auditables
- k. La técnica utilizada
- l. El sustento de la evaluación y/o comentarios
- 2. **Hoja de Recomendaciones, que incluye:**
 - a. El nombre del evaluador líder
 - b. La fecha de las recomendaciones
 - c. Los servicios evaluados
 - d. El macroproceso intervenido
 - e. Las observaciones
 - f. Las recomendaciones

CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- 1) El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será "aprobada" o "no aprobada".
- 2) La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por los equipos de acreditación y de la institución en general.
- 3) El cumplimiento de los estándares de acreditación tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégico para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión donde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO

1. Presentación
2. Objetivos
3. Alcance
4. Metodología de evaluación
5. Equipo evaluador
6. Cumplimiento del Plan
7. Observaciones
8. Puntaje alcanzado
9. Recomendaciones
10. Anexos

REUNIÓN DE CIERRE

- a. Deben asistir a esta reunión las Jefaturas de todos los servicios o áreas, el equipo evaluador, algunos representantes del personal de la organización (según los considere la



- organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión. Luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
 - Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
 - Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos.
 - Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.
 - El equipo evaluador debe acordar la fecha de entrega del informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
 - Es de suma importancia generar un Acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

RECOMENDACIONES

Como enfocar las acciones de Mejoramiento Continuo

La autoevaluación tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios del establecimiento de salud.

Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos por los estándares y los criterios relacionados. Por ejemplo, para mejorar la calidad de la Dirección General de un establecimiento, el equipo directo deberá poner en agenda los procesos relacionados con el direccionamiento.

La tarea es identificar o dar a prioridad a los procesos.

Para monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va invertir sus recursos.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo de gestión medir la calidad del proceso o de resultado del mismo, identificar los puntos débiles. La medición es central o prioritaria porque los procesos deben ser monitoreados para determinar para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los usuarios. Pueden haber algunos indicadores

actualmente establecido que permiten un monitoreo continuo. Por ejemplo la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos que debe ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la



necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y como resolver el problema.

VIII. RESPONSABILIDAD

El Equipo de Gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital Regional de Ica, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan.

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO	EVALUADO
Dr. Luis Felipe Muñante Aparcana	N° 1 Direccionamiento	- C.P.C. Gisela Marlene Hernández Castillo - M.C. Licia Palomino Justo - Adm. Víctor Chumpitaz Quispe - M.C. Víctor Montalvo Vásquez	SUB. DIRECTOR
	N° 2 Gestión de Recursos Humanos		JEFE DE RECURSOS HUMANOS
	N° 3 Gestión de la calidad		JEFE DE CALIDAD
	N° 17 Gestión de Información		JEFE DE ESTADISTICA E INFORMATICA
	N° 9 Atención de Hospitalización		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
Lic. Helga Cabrera Pimentel	N° 7 Atención Ambulatorio	- M.C. María Cecilia Pardo Alejo - M.C. Ricardo William Muñante Pachas - Lic. María García Carrillo - Lic. Adela Abregu Siguas	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
	N° 16 Gestión de Medicamentos		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
	N° 14 Admisión y Alta		JEFE DE ESTADISTICA E INFORMATICA
	N° 6 Control de la Gestión y Prestación		JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
Lic. Isabel Tito Alarcón	N° 10 Atención de Emergencia	- M.C. Nancy Lisette Hernández Cerso - Lic. Laura Cuquian Reynoso - M.C. Gloria García García. - Lic. Rosalia García Ormeño	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
	N° 12 Docencia e Investigación		JEFE DE LA OFICINA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
	N° 13 Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
	N° 20 Manejo de Nutrición de Pacientes		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN
	N° 4 Manejo de Riesgo de la Atención		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
M.C. Erika Díaz Huayanca	N° 11 Atención quirúrgica	- Tec. Adm. Harry Vidal Cabezas Hernández - Q.F. Sonia Donayre Mitacc - M.C. Jaqueline Aurora Cruz Ramos	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIO Y SALA DE OPERACIONES
	N° 15 Referencias y contra referencias		JEFE DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS (SIS)
	N° 5 Emergencia y Desastres		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Lic. Eber Valencia Garriazo	N° 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	- Lic. Nut. Olimpia Ramos Lupaca - Ing. Katherine Julia Pérez Quispe	JEFE DE SERVICIO GENERALES Y MANTENIMIENTO
	N° 19 Manejo de Riesgo Social		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA Y SERVICIO SOCIAL
	N° 21 Gestión de Insumos y Materiales		JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
	N° 22 Gestión de Equipo e Infraestructura		JEFE DE SERVICIO GENERALES Y MANTENIMIENTO



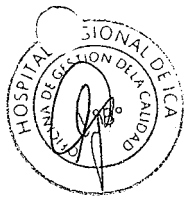
EQUIPO EVALUADOR

EVALUADORES INTERNOS	
DR. Luis Felipe Muñante Aparcana	Lider del Equipo Auto evaluador
- C.P.C. Gisela Marlene Hernández Castillo - M.C. Licia Palomino Justo - Adm. Víctor Chumpitaz Quispe - M.C. Víctor Montalvo	
Lic. Helga Cabrera Pimentel	Lider del Equipo Auto evaluador
- M.C. María Cecilia Pardo Alejo - M.C. Ricardo William Muñante Pachas - Lic. María García Castillo - Lic. Adela Abregu Siguas	
Lic. Isabel Tito Alarcón	Lider del Equipo Auto evaluador
- M.C. Nancy Lisette Hernández Cerso - Lic. Laura Cuquian Reynoso - M.C. Gloria García García. - Lic. Rosalia García Ormeño	
M.C. Erika Díaz Huayanca	Lider del Equipo Auto evaluador
- Tec. Adm. Harry Vidal Cabezas Hernández - J.F. Sonia Donayre Mitacc - M.C. Jacqueline Aurora Cruz Ramos	
Lic. Eber Valencia Garriazo	Lider del Equipo Auto evaluador
- Lic. Nut. Olimpia Ramos Lupaca - Ing. Katherine Julia Pérez Quispe	

IX. PRESUPUESTO**MATERIALES Y REFRIGERIOS**

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Lapicero calor azul	50 unidades	0.80	40.00
Lapicero carbón N°2	50 unidades	0.80	40.00
Corrector liquido	20 unidades	5.00	100.00
Resaltadores	20 unidades	3.00	60.00
Papel bond x 80 gr. A-4	06 millares	38.00	228.00
Fotostática (fichas y manual de evaluación)	6000 unidades	0.20	1,200.00
SUB TOTAL			1668.00
REFRIGERIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Sanguches de pollo	100 unidades	5.00	500.00
Agua Mineral (Cielo) o (San Mateo)	100 unidades	1.00	100.00
Gaseosa	100 unidades	2.50	250.00
SUB. TOTAL			850.00
TOTAL			2518.00





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022

	CRITERIOS DE PROGRAMACION	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL	
1	Conformación de Evaluadores Internos	Resolución Directoral	1	Dirección Ejecutiva				X									2,250	
2	Capacitación a los evaluadores Internos	Lista de Asistentes	1	Oficina de Personal/OGC				X										
3	Reunión de Elaboración del Plan y Designación del Líder	Lista de Asistencia	1	OGC				X										
4	Designación de Responsables de Macroprocesos	Listados	1	OGC				X										
5	Aprobación del Plan de Autoevaluación 2022	Resolución Directoral	1	Director General				X									500	
6	Comunicación del Inicio de Autoevaluación	Oficio	1	OGC				X									100	
7	Difusión del Plan de Autoevaluación 2022	Resolución Directoral	1	OGC					X								250	
8	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de Acreditación con el Equipo de Evaluadores Internos y responsables de Macroprocesos	Lista de Asistencia	1	OGC					X								120	
9	Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación	Hoja de Registro de datos para la autoevaluación	21	Líder de Evaluadores Internos					X	X	X	X	X				250	
10	Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados	Aplicativo	1	OGC										X			300	
11	Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación 2022	Informe	1	OGC											X		250	

ANEXO N1: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Establecimiento de salud: _____

Macroproceso: _____

.....

Evaluar (es): _____

Fecha: _____

Servicio evaluado: _____**Participantes de la Evaluación:**

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2689-2695.

Código estándar: _____

[illegible]

Fecha: _____

Participantes de la Evaluación: _____

Participantes de la Evaluación: _____

Código estándar: _____

[illegible]

Establecimiento de salud: _____

Macroproceso: _____

Evaluador (es): _____

Fecha: _____

Servicio evaluado: _____

Participantes de la Evaluación: _____

Código estándar: _____

[illegible]

Evaluador (es):

Fecha: _____

Servicio evaluado: _____

[illegible]

ANEXO N°5: MATRIZ DE SELECCIÓN

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes por cada problema.

Problemas de interés	frecuencia	Importancia	vulnerabilidad	total

Aplicar según "Manual para la mejora continua de la calidad" aprobado con R.M. N°640-2006/MINSA.

<https://www.app2.hrica.gob.pe/transparencia/acces/documento/Personal/resoluciones/2022/R.D.%20527-2022.pdf>

