

INFORME N° 131 -2024/GOB.REG.HVCA/GRDS-DIRESA-UERSAC/SERV.S-GH-HAA

GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELIC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
RECEPCION
23 JUL. 2024
Fecha: 10:03
Hora: 09
Firma: [Firma]
Registro: 7590

A : **C.D. Joel Bernardo Pimentel Marín**
Director de la Unidad Ejecutora Red de Salud de Acobamba.

ASUNTO : remito plan para aprobación con acto resolutivo..

FECHA : Acobamba, 23 de Julio del 2024.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo muy cordialmente y en referencia al documento donde se pide que se apruebe mediante con resolución el plan de autoevaluación del año 2024, para realizar los procesos de calidad para los núcleos de Choclococha, Paucara en aras de garantizar un adecuado servicio de salud a la población.

Por lo mencionado **solicito a quien corresponda ordenar hacer el acto resolutivo de acuerdo a sus funciones.**

Folio N° 05

Es todo en cuanto informo a Ud. para los fines que estime por conveniente

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELIC
RED DE SALUD ACOBAMBA
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
.....
C.D. *Harold Arango Arenales*
JEFE



Plan de autoevaluación

2024

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la calidad en Salud aprobado mediante la R.M.N°519- 2006/MINSA, establece la Acreditación, 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 tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M.N°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la 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. El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional; el modelo organizativo es público con funciones compartidas. El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento. En este marco la RED DE SALUD ACOBAMBA, plantea la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación 2022 que dirija, los procesos a seguir para ello previamente se nos ha entregado la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el Manual de Estándares de Acreditación, así mismo se ha efectuado durante estos últimos años autoevaluaciones obteniéndose un resultado menor al 80% de los estándares de acreditación.

1. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables. Dicha Norma está diseñado, en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2022, por ser necesario mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos. En este contexto, la implementación de la norma es de suma relevancia, para así comprobar el nivel de aplicabilidad en la Red de Salud Acobamba y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores. El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Así mismo la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud. En la Red de Salud Acobamba, en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta como hospital de referencia de la zona costa, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aún cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad. El presente documento responde expresamente al proceso de auto evaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en la Red de Acobamba.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Promover las actividades de autoevaluación para alcanzar la acreditación de la IPRESS que pertenece a la Red de Salud Acobamba.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Organizar y planificar el proceso de evaluación.
- ✓ Realizar el proceso de autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de Acreditación en la IPRESS de la Unidad Ejecutora Red de Salud Acobamba.



- ✓ Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante en proceso de autoevaluación.

3. ALCANCE

El presente plan tiene alcance sobre los servicios asistenciales y administrativos de la IPRESS pertenecientes a la Unidad Ejecutora Red de Salud Acobamba, DIRESA HUANCAMELICA.

4. BASES LEGALES

- ✓ Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- ✓ Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- ✓ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- ✓ Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
- ✓ D.S. N° 023-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- ✓ D.S. N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y SMA.
- ✓ Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el "Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009".
- ✓ R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud"

5. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

5.1. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

La evaluación es el momento en que el evaluador de salud percibe en forma global panorámica desde su posición que es lo que está sucediendo, además permite analizar al interior del establecimiento los problemas internos y externos que intervienen en el cumplimiento de los estándares de acreditación a evaluar.

- ✓ **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.
- ✓ **Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
- ✓ **Entrevistas:** 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 o extrapolados a toda la población accesible.
- ✓ **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos mediante observación con respecto al cumplimiento de los Estándares de Acreditación.
- ✓ **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

5.2. INSTRUMENTOS A UTILIZAR

El documento técnico a utilizar será el Manual de Estándares de Acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de los Macroprocesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones. Consta de criterios de estructura (36%), proceso (45%) y de resultados (19%). La presentación de los estándares se realiza a través de un mapeo de macroprocesos que realiza todo establecimiento de salud sin importar su naturaleza jurídica, ni su nivel de complejidad. Aunque es preciso conocer lo siguiente:

El manual de estándares de Acreditación está orientada a homogeneizar las condiciones de entrega de la prestación de salud a través de la estandarización.

- ✓ Que, a pesar de las serias restricciones de cada subsector de la salud, la estandarización debe reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación bajo criterios explícitos.



- ✓ La fuente de los criterios explícitos han sido las diversas normas que regulan diversos aspectos del proceso de atención.
- ✓ La prestación de la salud en el Perú, sin importar su naturaleza jurídica, debe estar orientada al cumplimiento sectorial de las políticas nacionales de salud.
- ✓ Que el alcance para su aplicación comprende a los establecimientos de salud desde la categoría I-1 hasta la III-1.

El Manual de Estándares de Acreditación consta de estándares genéricos y específicos, los cuales están identificados en la misma columna del código de criterio.

- ✓ El Manual de Estándares de Acreditación está dividido en macroprocesos, el cual tiene seis apartes claves: 1) 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; y 6) los criterios de evaluación.

5.3. PROCESO DE EJECUCIÓN

La metodología del trabajo del día a día, en el periodo de la ejecución de la autoevaluación será:

- ✓ Visita de las instalaciones por el quipo evaluador.
- ✓ Despliegue de las técnicas de evaluación.
- ✓ La evaluación se realizará mediante la visita de los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- ✓ El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de establecimientos o quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- ✓ Cada equipo de evaluadores internos, al término del día de la evaluación se reunirán para revisar los estándares evaluados, a fin de encontrar los de retroalimentación en conjunto.
- ✓ El equipo de acreditación y el evaluador líder será responsable del monitoreo, suspensión del proceso de ejecución de la autoevaluación.
- ✓ Con respecto al procedimiento de los datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar, estará a cargo del evaluador líder y equipo de acreditación.
- ✓ La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- ✓ La revisión y corrección de informes preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- ✓ Finalmente, el equipo de acreditación hará la presentación de los resultados ante las autoridades respectivas.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION- NUCLEO ANTA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SETIEMBRE				OCTUBRE			
		19	20	21	22	15	16	17	18
Evaluación de la IPRES						MICRORED DE PAUCARA	MICRORED DE ACOBAMBA	HOSPITAL DE ACOBAMBA	CENTRO DE SALUD MENTAL
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X							
Designación de responsables por cada macroproceso	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X							
Presentación del Plan de Autoevaluación al Núcleo	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS		X						
Presentación de la Carta de intención al Núcleo	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS		X						
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del documento Manual de Estándares de Acreditación	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS		X						
Presentación del Plan a Jefes de servicio de la IPRESS	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS			X					



Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo del riesgo social	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de insumos y materiales	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de equipos e infraestructura	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Procesamiento de datos	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de resultados	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del informe preliminar	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión y corrección del informe	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Remisión del Informe Técnico al Núcleo	COMITÉ DE AUDITORIA Y EVALUADORES INTERNOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



7. RECURSOS

Combustible para el traslado a las diferentes IPRESS.

Nº		IPRESS	CATEGORIA	COMBUSTIBLE	
1	C.S. PAUCARA	P.S. PUMARANRA	I-1	2	22
2		P.S. PAMPAPUQUIO	I-1	1.5	
3		P.S. PACCHO MOLINOS	I-1	2	
4		P.S. PADRE RUMI	I-1	1.5	
5		P.S. PROGRESO	I-2	1	
6		P.S. ANDABAMBA	I-2	3	
7		P.S. MAYUNMARCA	I-1	5	
8		P.S. HUANCAPITE	I-1	2	
9		P.S. VISTA ALEGRE DE ANDABAMBA	I-1	4	
10	C.S. TINQUERCCASA	P.S. CHOPCCAPAMPA	I-2	3	8
11		P.S. LIBERTADORES DE CHOPCCA	I-1	2	
12		P.S. HUACHHUA	I-1	3	
13	C.S. HUAYANAY	P.S. TAMBRAICO	I-1	3	12
14		P.S. SANCAYPAMPA	I-2	3	
15		P.S. OCCORO	I-1	1	
16		P.S. PATACANCHA	I-1	1	
17		P.S. SAN PEDRO DE ÑAHUINCUCO	I-1	4	
18	C.S. ANTA	P.S. VISTA ALEGRE DE ANTA	I-1	2	10
19		P.S. MANYACC	I-1	5	
20		P.S. RAYANNIYOCC	I-1	1	
21		P.S. CASACANCHA	I-1	2	
22	C.S. PUCA CRUZ	P.S. ROSARIO	I-2	4	24
23		P.S. LLIPLLINA	I-1	2	
24		P.S. LECCLESPAMPA	I-1	1	
25		P.S. VILLA MANTARO	I-1	5	
26		P.S. PUNCHAYPAMPA	I-1	2	
27		P.S. CHANQUIL	I-2	3	
28		P.S. ICHUPAMPA	I-1	2	
29		P.S. SANTA ROSA DE ACCOMACHAY	I-1	2	
30		P.S. TORORUMI	I-1	3	
31	C.S. CHOCLOCOCHA	P.S. CURIMARAY	I-1	4	31
32		P.S. POMAVILCA	I-1	4	
33		P.S. CCARHUACC	I-1	5	
34		P.S. VILLA RICA	I-1	4	
35		P.S. CCARABAMBA	I-1	2	
36		P.S. TRES DE OCTUBRE	I-1	3	
37		P.S. POMACOCOA	I-1	2	
38		P.S. YANACCOCHA	I-1	1	
39		P.S. INCAPACCHAN	I-1	2	
40		P.S. AYAHUASAN	I-1	4	
41	C.S. CAJA ESPIRITU	P.S. POMACANCHA	I-1	2	29
42		P.S. RURUNMARCA	I-1	4	
43		P.S. HUANCCALLACO	I-1	3	
44		P.S. MARCAS	I-2	5	
45		P.S. CUÑI	I-1	5	
46		P.S. HUARPA	I-1	7	
47		P.S. PALOMA	I-1	3	



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOZAMBA

C.D. Henry A. Arango Arenales
JEFE DE GESTIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD