



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

OFICIO N° 677-2021/GRP-430020-13201

A : Dr. JOSE PASCUAL NIZAMA ELÍAS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PIURA

ATENCIÓN : LIC. TERESMILDA AGUILAR HONORIO
JEFA DE UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD
DIRESA- PIURA

ASUNTO : ALCANZO PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA
ACREDITACIÓN DEL E.S II.1 HOSPITAL CHULUCANAS AÑO 2021.

FECHA : CHULUCANAS 27 DE SETIEMBRE DEL 2021.

Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarle cordialmente al mismo tiempo para dar cumplimiento a los criterios técnicos de la Ficha Técnica N°21 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud", hago llegar a su despacho **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS AÑO 2021**, mismo que fue aprobado mediante Resolución Directoral N°160-2021/GOB.REG.PIURA-4320020-13201, anexo al presente dicho plan y resolución correspondiente.

Sin otro particular, me despido de usted respetuosamente de usted agradeciéndole de antemano la atención al presente.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
D/ta. G. LORIANA M. CEREZO ALARCON
DMP. 044157
DIRECTORA

430020-13201
GMCA/
CC ARCHIVO



E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 20 de Septiembre del 2021

VISTO: El Memorando N°371-2021-GRP-430020-13201, de fecha 20 de septiembre del 2021, mediante el cual la Dirección del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, solicita la Proyección de la Resolución para la aprobación del PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2021 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, y;

CONSIDERANDO:

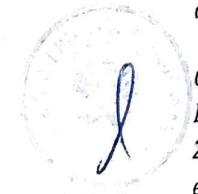
Que, la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, establece en el artículo II del Título Preliminar, que: “La protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; por consiguiente, en el numeral VI, se indica que “Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea la persona o institución que los provea, seguidamente, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”; siguiendo este hilo conductor, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública, finalmente el Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, que consigna las bases conceptuales, visión, misión, políticas, principios, objetivos, estrategias, que permite orientar los esfuerzos para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y establece como uno de sus componentes, la garantía y el mejoramiento de la calidad, siendo unos de sus principales procesos la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que: “Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda”, así como, los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96°, dispone que: “A fin de dar cumplimiento a los dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, en el Documento NTS N°50-MINSA/DGSP.02. “Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada con Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se indica la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos y en la primera Disposición General se señala que el proceso de acreditación comprende dos fases:





E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 20 de Septiembre del 2021



Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La Fase inicial 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 sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;



Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, de fecha 20 de julio del 2007, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es 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;



Que, a través de la Resolución Directoral N°134-2021/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 05 de agosto del 2021, se conforma con eficacia anticipada al 01 de enero del 2021 el Equipo de Evaluadores Internos del E.S II-1 Hospital Chulucanas, correspondiente al periodo 2021, para que realicen sus funciones con sujeción a la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del E.S II-1 Hospital Chulucanas, tiene como finalidad "Lograr la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas de acuerdo con la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud";



Que, asimismo, el Plan mencionado, en el párrafo precedente, tiene como objetivo general "Cumplir con los estándares y criterios de calidad en los servicios que brinda el E.S II-11 Hospital Chulucanas, a través de la implementación de acciones de mejora en las áreas susceptibles de mejoramiento, identificadas en la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1 Establecidos por el Ministerio de salud";

Que, en atención a lo solicitado con el documento del visto y a fin de seguir cumpliendo con las actividades programadas en el E.S.II-1 Hospital Chulucanas, en virtud a las normas vigentes respectivas, se procede a proyectar la presente Resolución Directoral en la cual, se dispone APROBAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2021 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, para de esta manera dar cumplimiento a los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de este establecimiento;



O. ESCOBAR R



E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Resolución Directoral

Chulucanas, 20 de Septiembre del 2021

Que, mediante Decreto Legislativo N°1161, que a través de su única Disposición complementaria derogatoria, deroga la Ley 27657 Ley del Ministerio de salud, Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento aprobado mediante D.S N° 005-90-PCM, Ley N° 31084 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021;

Estando a lo solicitado por la Dirección, con la visación del Equipo de Gestión de la Calidad, Equipo de Personal, Asesoría Legal, Unidad de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Administración, la visación y aprobación del despacho de Dirección del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, y

En uso de las atribuciones conferidas mediante el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chulucanas, aprobado con Ordenanza Regional N° 330-2015/ GRP.CR, y la Resolución Ejecutiva Regional N° 036-2021/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GP de fecha 15 de Enero del 2021, en la cual se Encarga el Puesto de DIRECTOR del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas; en el cargo estructural de Director de Hospital I, de Conformidad con la Ordenanza Regional 429-2018/GRP-CR, Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", con fecha 02 de noviembre del 2018, Cargo Considerado de Confianza en el Gobierno Regional Piura,

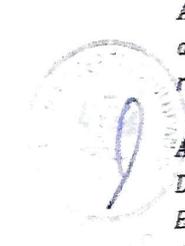
SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, a partir de la fecha, el **PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACIÓN 2021 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, conformado por veintidós (22 folios) y cuyo texto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- DISPONER, al Equipo de Gestión de la Calidad y al Equipo de Evaluadores Internos para la acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, dar cumplimiento al Presente Plan de Autoevaluación, realizando la difusión a todas las unidades orgánicas involucradas en la ejecución del mismo.

ARTÍCULO 3°.- Hágase de conocimiento a la Dirección Regional de Salud de Piura, Unidad de Administración, Dirección, áreas internas del E.S. II- Hospital Chulucanas, Equipo de Gestión de la Calidad, Unidad de Estadística e Informática publicar la presente Resolución en el Portal Web Institucional del E.S.II-1 Hospital Chulucanas.

Regístrese, Comuníquese y Ejecútese.



D^{CA} GLORIA M. CERESO ALAPA
C.M.P. 04127
01/09/2021

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

**PLAN DE
AUTOEVALUACIÓN PARA
LA ACREDITACIÓN DEL
E.S II-1 HOSPITAL
CHULUCANAS 2021**

EQUIPO DE ACREDITACIÓN
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA
AUTOEVALUACIÓN



CHULUCANAS- PIURA-2021

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 03 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 04 |
| FINALIDAD..... | 05 |
| OBJETIVO..... | 05 |
| ALCANCE..... | 06 |
| BASE LEGAL..... | 06 |
| METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN..... | 07 |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS..... | 15 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 16 |
| ANEXOS..... | 21 |



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN

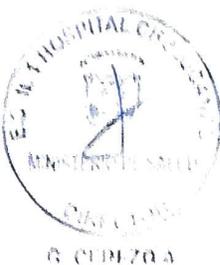
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS – 2021.

I. INTRODUCCIÓN.

La Ley N° 26842 Ley General de Salud, en el numeral II del Título Preliminar establece la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en su Artículo 2 precisa, que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

El Ministerio de Salud en los últimos años viene impulsando el desarrollo de las políticas de calidad en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con muchas limitaciones pero también con experiencias acumuladas en auditoria en salud, implementación de guías de prácticas clínicas , autoevaluación, implementación del Registro, Notificación y Análisis de Eventos Adversos, adherencia a la higiene de manos, aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, medición de satisfacción del usuario externo, desarrollo de proyectos y acciones de mejora entre otras actividades, con la finalidad de crear una cultura de calidad en salud y el mejoramiento continuo en todos los niveles de atención.

La NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobada con la RM N° ° 456-2007/MINSA, define a la autoevaluación como la fase inicial 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 sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.



En este contexto la autoevaluación del E.S estará a cargo de un grupo de evaluadores seleccionados de acuerdo a la normatividad vigente y realizarán el proceso de evaluación teniendo en cuenta la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con la RM N° 270-2009/MINSA, quienes aplicarán el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1.

El equipo de evaluadores internos se organizará tomando como referencia los diferentes Macroprocesos del instrumento antes mencionado, hará uso de las diferentes técnicas de evaluación, verificará que todos los macroprocesos se desarrollen acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, finalizando con el informe técnico de evaluación.

El evaluador interno contará con facilidades para que realice su labor con autonomía e imparcialidad, evitando conflictos de intereses, estableciendo comunicación respetuosa con los evaluados, guardando la confidencial cuando se trate de información reservada y estará dispuesta a asumir las responsabilidades que se consignan en la guía técnica del evaluador.

II. JUSTIFICACIÓN.

Considerando que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; nos orienta a brindar servicios de salud que cumplan con estándares de calidad que respondan a las necesidades y demandas de la población, cumplir con sus expectativas y brindar atención a todas las personas con dignidad y respeto, asegurando la mejor intervención para sus problemas de salud, controlando cualquier riesgo de daño. En consecuencia, los establecimientos de salud, debemos evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindamos, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan

el proceso de atención y que eventualmente podrían generar riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios.

El E.S II-1 Hospital Chulucanas en cumplimiento de su misión, visión y comprometido en brindar una atención oportuna, eficiente y con calidad, centrada en la persona, familia y comunidad, ha elaborado el presente plan con la finalidad de obtener un basal de los procesos que se vienen realizando, realizar acciones de mejora continua, cumplir con los estándares establecidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, lograr un desarrollo armónico de los servicios y solicitar la evaluación externa para obtener la condición de establecimiento de salud acreditado.

III. FINALIDAD.

Lograr la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas de acuerdo con la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo del Ministerio de Salud.

IV. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Cumplir con los estándares y criterios de calidad en los servicios que brinda el E.S II-1 Hospital Chulucanas, a través de la implementación de acciones de mejora en las áreas susceptibles de mejoramiento, identificadas en la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1 Establecidos por el Ministerio de Salud.



4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Organizar el proceso de autoevaluación de acuerdo con la normatividad vigente.
- b. Realizar la capacitación y entrenamiento de los evaluadores internos de acuerdo con la Guía Técnica del Evaluador.
- c. Desarrollar en forma participativa el proceso de Autoevaluación, asegurando el cumplimiento del listado de estándares de acreditación para categoría de E.S II-1
- d. Elaborar los informes correspondientes a la fase autoevaluación, formulando conclusiones y recomendaciones.
- e. Promover una cultura de calidad en cada UPSS, oficina, servicio para el cumplimiento del listado de estándares y criterios de evaluación para lograr la Acreditación.

V. ALCANCE.

El presente Plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todas las UPSS, áreas, servicios, oficinas del E.S II-1 Hospital de Chulucanas y se evaluarán todos los macroprocesos del listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud excepto los macroprocesos: 8, 12 por no corresponder a E.S II-1.

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".
- Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS 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° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo",
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud",
- Resolución Directoral N° 133-2021/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S. II-1 Hospital Chulucanas.
- Resolución Directoral N° 134-2021/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma los Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas.



VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACIÓN.

La autoevaluación estará a cargo de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos categoría II-1.

El proceso se realizará en cuatro (04) semanas, los evaluadores cuentan con el apoyo técnico del equipo de acreditación, equipo de gestión y dirección del establecimiento de salud. Las técnicas utilizadas en la autoevaluación serán la verificación/revisión, la observación, la entrevista, el muestreo y la encuesta.

La autoevaluación se desarrollará siguiendo los siguientes pasos:



a. **Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:** La programación de la autoevaluación está enmarcada en del Plan de Gestión de la Calidad del Establecimiento de Salud y de la DIRESA Piura año 2021.

b. **Conformación del Equipo de Acreditación:** El equipo de acreditación y su coordinador, ha sido conformado con Resolución Directoral N° 133-2021/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, este equipo promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación.

El proceso de autoevaluación será difundido en todos los medios de comunicación al interior de la institución, así por ejemplo podrá realizar periódicos murales, pancartas, difusión de slogans, banner en el escritorio de las PC, y haciendo uso de las TICS se difundirá los documentos normativos e instrumentos del proceso de acreditación, la lista de evaluadores entre otros.

c. **Selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional:** Los evaluadores internos han sido conformados con la Resolución Directoral N° 134-2021/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma los Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas. Cuentan con un líder elegido por consenso, han recibido capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar, desarrollan técnicas de evaluación y dispondrán de facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.

- Los evaluadores internos se dividirán en equipos por cada Macroproceso. Cada equipo elegirá un coordinador (persona de mayor experiencia).



- Cada equipo formulará su cronograma de reuniones en coordinación con el responsable de la UPSS, servicio, área u oficina y planificará la autoevaluación de los criterios del Macroproceso designado, dentro del plazo establecido para la Autoevaluación.
- Revisarán los instrumentos de recolección de información
- El coordinador de cada macroproceso entregará a su equipo los instrumentos para la recolección de datos, para iniciar el proceso de Autoevaluación.

d. **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación:** El presente plan ha sido elaborado y validado por los evaluadores internos y será aprobado por la directora del establecimiento de salud en el cuadro se consigna a los responsables de servicio/área/ que interactuarán con los Evaluadores, será difundido al personal del E.S haciendo uso de las TIC.

e. **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:** La directora del establecimiento de salud con el visto bueno del responsable de Gestión de Calidad del establecimiento de salud comunica al nivel inmediato superior por conducto regular, el inicio de autoevaluación de su establecimiento.

f. **Ejecución del Plan de Autoevaluación:** Comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan no más de 4 semanas, a cargo de los evaluadores internos y evaluados designados, en esta etapa se realiza la Autoevaluación de los Macroprocesos, para ello se realizarán las coordinaciones respectivas con jefe de servicios, coordinadores de UPSS, área, oficinas involucradas en los macroprocesos, se consensuará fecha y hora, siendo impostergable, salvo situaciones justificadas de ambas partes, debiendo comunicar el responsable del área evaluada designado(a) al Coordinador del macroproceso.

Se realizan las siguientes acciones:

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación
- Reunión de Apertura
- Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal
- Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar
- Visita de las instalaciones del establecimiento de salud
- Despliegue de las Técnicas de Evaluación
- Socialización de los resultados

Asimismo, cada equipo de evaluadores elaborará su informe con los resultados de cada macroproceso en los formatos o instrumentos establecidos. El líder del equipo de evaluadores coordinará el ingreso de datos obtenidos al aplicativo respectivo.

g. **Presentación del Informe de Autoevaluación:** A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y planes de mejoramiento continuo que se deben implementar

h. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** Se realizará cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las **acciones de mejoramiento** continuo las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de igual o mayor a 85%:

Si en el proceso de Autoevaluación se consigue una puntuación igual o mayor a 85%, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente.



Respecto a los resultados de la evaluación del establecimiento, en la Guía Técnica del evaluador se precisa: Si el Establecimiento de Salud obtuvo un puntaje de 70 a 84.9% podrá realizar en 6 meses una nueva evaluación, de 50 a 69.9% en 9 meses y con puntaje menor de 50% deberá reiniciar desde autoevaluación, de igual modo si el establecimiento no cumpliera con los tiempos establecidos.

VIII. CONSIDERACIONES EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.

- 
- ✓ **Reunión de Apertura.** El Equipo evaluador coordinará con la directora y responsables de servicios, UPSS, oficinas para presentar los objetivos 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 responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación. Se recomienda elaborar un Acta, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba. Luego de haber concluido la Reunión el equipo evaluador solicita a dirección del Establecimiento de Salud disponga la entrega de las normas que el establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macro-procesos a ser evaluados; así mismo facilitará un espacio físico para el equipo evaluador.

- 
- ✓ **Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal.**

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

- El Equipo de acreditación difundirá el listado de estándares de acreditación a los trabajadores o equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos.

- Evaluadores y evaluados revisan, analizan, discuten conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y compararán el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación.
 - El o los evaluadores leen el estándar y el criterio que se quiere calificar, luego preguntan si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
 - 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 referentes normativas no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el Listado, sino con las instituciones que regulan diversos aspectos de la atención.
 - El equipo evaluador identificará cuáles son las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así mismo elaborará instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
 - Seleccionar, designar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar, recopilar, ordenar todas las fuentes auditables por cada macroproceso, posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
 - 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**
- 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 macroprocesos evaluados.



- El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- 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.
- Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas.

✓ **Visita de las instalaciones del establecimiento de salud.**

- El 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 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.



✓ **Despliegue de las Técnicas de Evaluación.**

- Las técnicas utilizadas por los evaluadores internos durante el proceso de evaluación son: la **verificación/revisión** de registro, informes, mapas de procesos, etc, la **observación** para valorar cómo se desenvuelve el personal en la práctica, se observa personas y entorno; la **entrevista** para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación., el **muestreo** para definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible, la **encuesta** para recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación y la **auditoría**: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos



- ✓ **Sensibilización sobre el proceso de Acreditación** al personal del establecimiento de salud a cargo del Equipo de Acreditación en coordinación con la Dirección del Establecimiento de Salud.



- ✓ **Socialización de los resultados.**

Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Alta Dirección a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

IX. Instrumentos para las evaluaciones son:

1. Listado de Estándares de Acreditación
2. Formatos para la evaluación: Hojas de registro de datos, hoja de recomendaciones
3. Calificación de la evaluación

X. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

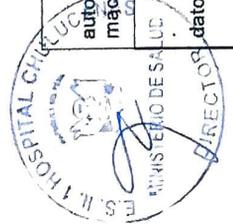
| | |
|------------------------------------|---|
| María R. Jaramillo Ramírez. | Obstetra (líder) |
| Eliana Calle López. | Médico Especialista en Cirugía General. |
| Dante Miguel Romero Flores. | Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. |
| Sonia Aleida Rubio Rubio. | Magister en Enfermería. |
| Patricia Rene Calderón Mendocilla. | Licenciada en Enfermería. |
| Adela Marina Condori Reyes. | Técnica de Enfermería. |
| Dennis Jesé López Calle. | Técnico de Enfermería. |
| Milagros del Socorro Bran Nuñez. | Licenciada en Administración. |
| Mirtha Eliana Gordillo Seminario. | Bachiller en Ciencias Administrativas. |



O. ESCOBAR R

| | | | |
|--|---|--|--|
|  <p>Presentación a dirección para su aprobación</p> | Equipo de Acreditación | | |
|  <p>Aprobación del Plan de Autoevaluación</p> | Director del E. S II-1 Hospital Chulucanas | | |
| <p>Presentación del plan a los jefes de las unidades orgánicas, áreas, servicios</p> | Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores internos | | |
| <p>Difusión del proceso de autoevaluación y del listado de estándares de acreditación al personal de salud</p> | equipo de acreditación | | |
| <p>Comunicación del inicio de la Autoevaluación a DIRESA, DIRECCION SUBREGIONAL</p> | Director del E.S II Hospital Chulucanas | | |
| <p>Ejecución del Plan de Autoevaluación, comprende:</p> | | | |
| <p>Reunión de apertura de la autoevaluación</p> | Equipo de evaluadores | | |
| <p>Explicación del Listado de estándares a los responsables de servicio o área</p> | Equipo de evaluadores | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Ejecución de autoevaluación de los macroprocesos | Equipo de evaluadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | Equipo de evaluadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Calificación de la evaluación | Equipo de evaluadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos y reunión de cierre | Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración, revisión y corrección del informe | Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Comunicado de resultado final de la autoevaluación al Dirección del E. S | Equipo de acreditadores | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Informe de Autoevaluación a DIRESA, SUBREGION DE SALUD | Director del E. S II-1 Hospital Chulucanas | | | | | | | | | | | | | | |
| Sociabilización de los resultados | Equipo de acreditación | | | | | | | | | | | | | | |


 HOSPITAL CHULUCANAS
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECTOR

G. CEREZO A


 HOSPITAL CHULUCANAS
 MINISTERIO DE SALUD
 O. ESCOBAR R

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN AÑO 2021- B (CRONOGRAMA EN SEMANAS)

| RESPONSABLE DE EQUIPO | MACROPROCESO | EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS | OCTUBRE | | | |
|--------------------------------|---|--|---------|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| CPC. JAQUELINE CRUZADO AQUINO. | Macrop. 1: Direccionamiento (DIR) | LIC. ADMR. MILAGROS BRAN NUÑEZ. | | | | |
| CPC. RUBEN UBILLUS SILVA | Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH) | BACH. MIRTHA ELIANA GORDILLO SEMINARIO | | | | |
| DRA. LUTZGARDA MURO RENTERIA | Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA) | DR. DANTE MIGUEL ROMERO FLORES | | | | |
| DR. LUIS MARTINEZ DELGADO | Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA) | DR. ELIANA CALLE LOPEZ. | | | | |
| ING. MARTIN RAMIREZ VARONA. | Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD) | TEC. ENF. DENNIS LOPEZ CALLE | | | | |
| DR. ELISEO NAVAL MERA | Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP) | OBST. MARIA JARAMILLO RAMIREZ | | | | |
| LIC. KELVY REYES GIRON | Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA) | TEC. ENF. ADELA CONDORI REYES. | | | | |
| DR. CARLOS LORO ZETA | Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH) | LIC. SONIA RUBIO RUBIO | | | | |
| DR. WILLIAM GUERRERO RAMOS. | Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG) | LIC. PATRICIA CALDERON MENDOCILLA | | | | |
| DR. SERGIO CASTILLO TOBAR | Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ) | TEC. ENF. ADELA CONDORI REYES. | | | | |
| DR MARCO RAMIREZ CUEVA | Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT) | LIC. SONIA RUBIO RUBIO | | | | |
| ING. MARTIN RAMIREZ VARONA. | Macrop. 14: Admisión y alta (ADA) | TEC. ENF. DENNIS LOPEZ CALLE | | | | |
| CPC. JAQUELINE CRUZADO AQUINO. | Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR) | OBST. MARIA JARAMILLO RAMIREZ | | | | |
| DR. WILLIAM GUERRERO RAMOS. | Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD) | LIC. PATRICIA CALDERON MENDOCILLA | | | | |
| CD. ROBERTO JIMENEZ ENCALADA | Macrop. 17: Gestión de la información (GIN) | LIC. ADMR. MILAGROS BRAN NUÑEZ. | | | | |
| LIC KARLA GOMEZ RIVAS | Macrop. 18: Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE) | OBST. MARIA JARAMILLO RAMIREZ | | | | |
| CPC. RUBEN UBILLUS SILVA | Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS) | BACH. MIRTHA ELIANA GORDILLO SEMINARIO | | | | |
| LIC. KELVY REYES GIRON | Macrop. 20: nutrición y dietética (NYD) | TEC. ENF. ADELA CONDORI REYES. | | | | |





| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|--|--|
| LIC KARLA GOMEZ RIVAS | Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM) | BACH. MIRTHA ELIANA GORDILLO SEMINARIO | | | |
| DR. FRANCISCO CARRERA CARRASCO | Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF) | TEC. ENF. DENNIS LOPEZ CALLE | | | |



O. ESCOBAR R

XII. ANEXOS

RESPONSABLES DE EQUIPOS DE EVALUACIÓN DE MACROPROCESOS



| RESPONSABLE DE EQUIPO | MACROPROCESO |
|--------------------------------|---|
| CPC. JAQUELINE CRUZADO AQUINO. | Macrop. 1: Direccionamiento (DIR) |
| CPC. RUBEN UBILLUS SILVA | Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH) |
| DRA. LUTZGARDA MURO RENTERIA | Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA) |
| DR. LUIS MARTINEZ DELGADO | Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA) |
| ING. MARTIN RAMIREZ VARONA. | Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD) |
| DR. ELISEO NAVAL MERA | Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP) |
| LIC. KELVY REYES GIRON | Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA) |
| DR. CARLOS LORO ZETA | Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH) |
| DR. WILLIAM GUERRERO RAMOS. | Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG) |
| DR. SERGIO CASTILLO TOBAR | Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ) |
| DR MARCO RAMIREZ CUEVA | Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT) |
| ING. MARTIN RAMIREZ VARONA. | Macrop. 14: Admisión y alta(ADA) |
| CPC. JAQUELINE CRUZADO AQUINO. | Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR) |
| DR. WILLIAM GUERRERO RAMOS. | Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD) |
| CD. ROBERTO JIMENEZ ENCALADA | Macrop. 17: Gestión de la información (GIN) |
| LIC KARLA GOMEZ RIVAS | Macrop.18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE) |
| CPC. RUBEN UBILLUS SILVA | Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS) |
| LIC. KELVY REYES GIRON | Macrop. 20: Nutrición y dietética (NYD) |
| LIC KARLA GOMEZ RIVAS | Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM) |
| DR. FRANCISCO CARRERA CARRASCO | Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF) |

LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA E.S CATEGORÍA II-1

| MACROPROCESO |
|--|
| Macrop. 1: Direccionamiento (DIR) |
| Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH) |
| Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA) |
| Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA) |
| Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD) |
| Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP) |
| Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA) |
| Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH) |
| Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG) |
| Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ) |
| Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT) |
| Macrop. 14: Admisión y alta (ADA) |
| Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR) |
| Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD) |
| Macrop. 17: Gestión de la información (GIN) |
| Macrop. 18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE) |
| Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS) |
| Macrop. 20: Nutrición y dietética (NYD) |
| Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM) |
| Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF) |

