

N° 303-2024-HSR-AND-DE

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Andahuaylas, 03 JUL. 2024

VISTO: El Memorando N° 567-2024 - UND-RR-HH / HSR-AND., de fecha 26 de junio del 2024, emitido por el Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, que dispone la Proyección de Resolución Directoral aprobando el **PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS**, estando acorde con la Hoja de Tramite N° 3959, de fecha 25 de junio del 2024 y;

CONSIDERANDO:

Que, la constitución Política del Perú en sus artículos 7 y 9, establece que todos tenemos derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad y que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñar y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud;

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en sus artículos II y VI del Título Preliminar establece que la protección de la salud, es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud de la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, siendo irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública;

Que, el artículo 37° de la precitada Ley, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relaciona planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, 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 por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, tiene como finalidad, construir 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 de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, el numeral V. Disposiciones Generales de la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, establece que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación, que es el inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección; y la fase de evaluación externa, que es el proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada por un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria;

Que, mediante Informe N°115-2024-OGC-HSRA, de fecha 11 de junio del 2024, emitido por el jefe de la oficina de Gestión de la Calidad; en la que, solicita el reconocimiento mediante acto resolutivo del Plan de Autoevaluación 2024; cuya finalidad del presente Plan es garantizar la planificación, organización para el fortalecimiento e implementación de los requisitos en el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud de nivel 2-II y servicios, departamentos y unidades del HSRA; a efectos de garantizar prestaciones en salud de calidad a los usuarios que se atienden en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, mediante la evaluación de estándares de calidad que evalúa la funcionabilidad hospitalaria e imparte a desarrollar e implementar los requisitos estandarizados de calidad en los servicios, departamentos y unidades asistenciales y administrativas del HSRAND;

Que, de acuerdo al **Informe N° 239-2024-COOR.PPR-HSR-AND**, de fecha 18 de junio del 2024, emitido por el Coordinador de Programas Presupuestales; en la que, solicita opinión presupuestal para ejecución del plan de autoevaluación para acreditación del Hospital Sub Regional de Andahuaylas; Y que, con Informe Presupuestal N°051-2024-HSRA/DEPE.UP, de fecha 24 de junio del 2024, emitido por el jefe de la Unidad de Presupuesto; el cual concluye que, se cuenta con disponibilidad presupuestal;

Que, contando con el **Informe N° 209-2024-O.P.P-M-HSR/AND**, de fecha 24 de junio del 2024; emitido por el Jefe (e) de la Oficina de Planificación, Presupuesto y Modernización; En el cual, concluye y ratifica la solicitud de Aprobación del Expediente: "Plan de Autoevaluación para Acreditación del Hospital Sub Regional de Andahuaylas", vía Acto Resolutivo, anexo tres anillados de 22 folios cada uno;

Con el visto bueno de la Oficina de Asesoría Jurídica, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, Oficina de planificación, presupuesto y modernización y Oficina de Administración, y;

En uso de las facultades conferidas a los Gobiernos Regionales por Ley N° 27867 que ejercen competencia exclusiva que les asigna la Constitución Política, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización; y la **Resolución Directoral N° 648-2023-DG-DISA.APURIMAC II.**, del 19 de setiembre del 2023, mediante el cual se designa al **Mg. Walter Alfredo Ramírez Mamani**, en el cargo y funciones de **Director Ejecutivo del Hospital Sub Regional de Andahuaylas**.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS"; en mismo que, consta de tres ejemplares anillados de (folios 22) y forma parte integrante de la presente resolución.

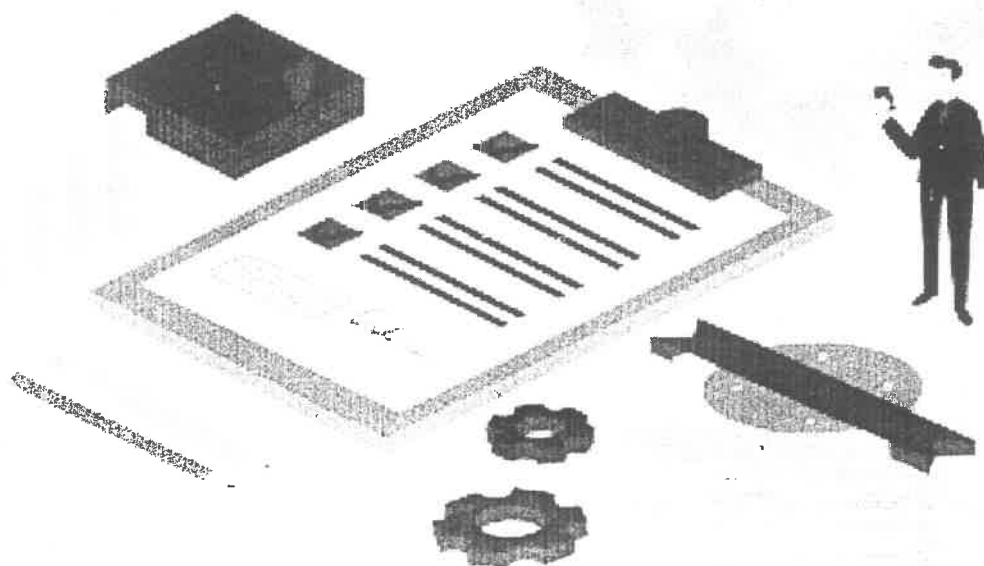
ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, realice el seguimiento, cumplimiento y difusión de lo dispuesto en el citado plan, según sus atribuciones.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Secretaria General del Hospital Sub Regional de Andahuaylas la notificación del presente acto resolutivo conforme a lo dispuesto por la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, a las instancias administrativas del HSRA, para su cumplimiento.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVESE.

S.E:
Dirección Ejecutiva HSR-A.
Oficina Asesoría Jurídica.
Oficina Administración.
Oficina de Planeamiento Estratégico.
Unidad de RR.HH.
Unidad de Contabilidad.
Oficina de la Gestión de la Calidad
Interesado.
Unidad de Estadística e Informática (Portal de Transparencia)
Archivo.
WARMICH.P.L.

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
Mg. Walter A. Ramírez Mamani
COP: 6573
DIRECTOR EJECUTIVO



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS



2024

GESTIÓN EJECUTIVA DEL HSRA.

MG. WALTER A. RAMIREZ MAMANI.

Director Ejecutivo del Hospital Sub-Regional.

DRA. KAREM F. VARILLAS TRUYENQUE

DIRECTORA ADJUNTA DEL Hospital Sub-Regional Andahuaylas.

EQUIPO TECNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACION:

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HSRA.	
JEFE DE LA OGC	OBST. MARIO GUILLERMO VILLENA ASCUE
RESPONSABLE DE LA MEJORA CONTINUA DEL HSRA.	LIC. ENF. GAYDY MARINA MALLMA CÁCERES
SECRETARIA DE OGC	S.P. TEOFILA ISABEL GALVAN CABEZAS.



INDICE

I. INTRODUCCION.....	4
II. FINALIDAD.....	5
III. JUSTIFICACION.....	5
IV. OBJETIVOS.....	6
V. AMBITO DE APLICACIÓN.....	6
VI. BASE LEGAL.....	7
VII. CONTENIDO.....	9
VIII. FINANCIAMIENTO.....	18
IX. RESPONSABILIDADES:.....	19
X. ANEXOS.....	20
9.1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN:.....	20
9.2. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACION.....	22



I. INTRODUCCION.

El Hospital Sub Regional Andahuaylas comprometido en brindar a los usuarios una atención oportuna, eficiente con respeto y dignidad de calidad en cumplimiento a su misión, visión y trabajo con valores como Hospital de salud de nivel 2- II, tenemos como objetivo lograr el reconocimiento de Acreditación para lo cual la Oficina de Gestión de Calidad planifica y organiza el proceso de Acreditación dirigida a la evaluación de los estándares de calidad que busca la mejora continua y atención humanizada con Calidad en el HSRA.

El proceso de acreditación es una mirada hacia la excelencia de los servicios de salud que buscan brindar atención garantizada con mayor seguridad al paciente siendo la calidad una prioridad para la población que se atiende en el HSRA.

La Acreditación es un conjunto de procesos que evalúa la organización de su atención sanitaria, se cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención, sustentada mediante la evaluación de estándares denominados macro procesos los cuales se evalúan y comprueban que una entidad está cumpliendo con los estándares y niveles de calidad, tiene como finalidad promover acciones de mejora continua de la calidad de atención al usuario su implementación es para mejorar la prestación de los servicios de salud y a mitigar las fallas que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes, son factibles de alcanzar para el desarrollo y reconocimiento como Hospital Acreditado.

La Oficina de Gestión de la calidad tiene asignada la función de organización de los procesos de Acreditación que se desarrolla en dos fases la primera la Autoevaluación y la segunda la evaluación externa o de acreditación según la RM N° 456 – 2007/MINSA Que 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 y la RM N°270- 2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador que nos guían a la evaluación de los macro procesos.

La Autoevaluación es obligatoria realizada por el personal de la institución en esta fase se crea un comité de Acreditación reconocidos bajo acto Resolutivo Directoral, se realiza el Plan de Autoevaluación y cronograma de actividades para su cumplimiento y el proceso de Autoevaluación en los servicios del HSRA esta actividad se realiza en coordinación con la Dirección Ejecutiva, DISA, DIRESA y MINSA.

Una vez alcanzada el umbral mayor o igual a 85 % se pasa a la segunda fase la solicitud para la Evaluación Externa o de Acreditación, evaluación voluntaria donde intervienen evaluadores externos, seleccionados por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, Para la aplicación y evaluación de los estándares de calidad una vez alcanzada o superada el porcentaje o meta establecida, La comisión Nacional Sectorial o la comisión regional de acreditación de servicios de salud, es el responsable de otorgar el reconocimiento y la constancia respectiva de Acreditación al HSRA.



II. FINALIDAD.

La finalidad del presente plan es garantizar la planificación, organización para el fortalecimiento e implementación de los requisitos solicitados en el listado de estándares de Acreditación para establecimientos de Salud de nivel 2-II y servicios, departamentos y unidades del HSRA en un plazo de 06 meses y alcanzar un puntaje mayor o igual a 85% que nos permita ser reconocidos y acreditados.

III. JUSTIFICACION.

Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de Calidad.

La Acreditación es un proceso de evaluación periódica de desempeño del prestador de los servicios de salud que el Ministerio de Salud imparte mediante el cumplimiento de estándares de Acreditación regidos por Documentos técnicos Manuales de Procedimiento y la acreditación de Establecimientos de Salud.

En su fase inicial de Autoevaluación en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles.

La evaluación periódica de cumplimiento de estándares de acreditación tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de Salud y promover acciones de Mejora Continua de la calidad de atención, así como el desarrollo de las unidades productoras de servicios de Salud con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el establecimiento de Salud cuenta con capacidades de brindar prestaciones de calidad.



el periodo 2023, se dio cumplimiento al Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HSRA Según el Cronograma de Actividades respetándose los tiempos establecidos obteniéndose como resultado del proceso de Autoevaluación que se realizó en el mes de Setiembre 2023, bajo los criterios que comprenden la evaluación de categoría 2-II; 22 Macroprocesos, 75 estándares y 361 criterios de evaluación con resultado final 78% no aprobando el proceso de Auto evaluación teniendo que subsanarse en 06 meses, aumentando en un porcentaje de 9.52% el cual contribuye a la ficha N°30, del fortalecimientos de salud para el fortalecimiento de los estándares de Calidad en la atención de Salud, Según los indicadores de desempeño del periodo 2023.

IV. OBJETIVOS.

1) OBJETIVO GENERAL.

Garantizar prestaciones en Salud de Calidad a los Usuarios que se atienden en el Hospital Sub Regional Andahuaylas mediante la evaluación estándares de calidad que evalúa la funcionabilidad hospitalaria e imparte a desarrollar e Implementar los Requisitos Estandarizados de Calidad en los Servicio, Departamento y Unidades Asistenciales y Administrativas del Hospital Sub Regional Andahuaylas en un plazo próximo de 06 meses del año 2024.

2) OBJETIVOS ESPECÍFICO.

- Viabilizar el cumplimiento y fortalecimiento de la Autoevaluación de los establecimientos de Salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de Salud.
- Implementación y Aplicación del Proceso de Autoevaluación institucional mediante las fichas de estandarización por categoría hospitalaria 2-II que el Ministerio de Salud imparte a través del portal de Acreditación.
- Identificar y Analizar las fortalezas y áreas susceptibles para la implementación de planes de mejora continua de la calidad y levantamiento de observaciones.
- Desarrollar una cultura de calidad en el personal de Salud del HSRA garantizando capacidades para brindar prestaciones de calidad.
- Obtener la Autorización de los incentivos en el TUPA sobre tarifas de EE.SS Acreditado.
- Aumentar las expectativas y consolidar convenios con otras instituciones para brindar servicios de atención en Salud.

AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente plan de Autoevaluación para la Acreditación es de exigencia y de cumplimiento e implementación obligatoria por todos los Servicios y Departamentos Asistenciales y Administrativos del HSRA.



**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL
HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS.**

VI. BASE LEGAL.

- LEY N° 26842, Ley General de Salud y sus Modificadores.
- LEY N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- LEY N° 27657, Ley de 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° 27861, Ley Orgánica de gobiernos Regionales.
- LEY N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- LEY N° 27944, Ley general de procedimientos administrativos.
- LEY N° 31638, Ley presupuesto del sector público para el año fiscal 2023.
- DECRETO LEGISLATIVO. N° 161. Que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- DECRETO SUPREMO N° 013- 2006-SA, Que aprueba el reglamento de establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo para someterse al proceso de acreditación para obtener del ministerio de salud el reconocimiento por cumplir los estándares de calidad contenidos en los instrumentos de Acreditación.
- DECRETO SUPREMO N° 016-2021-SA, Establece como indicador el porcentaje de establecimientos de Salud acreditados.
- RESOLUCION PRESIDENCIAL N°270-2009-MINSA, Se aprueba la Guía Técnica al evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°1263- 2004/MINSA, Que aprueba la Directiva N° 047-2004 OGSP/MINSA- V.01, Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 616- 2003 SA/DM, Que Aprueba el modelo de reglamento de Organización y funciones de los Hospitales.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°235-2006-SA/DM, Que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de las instituciones.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°1263-2004/MINSA, Que aprueba la directiva N°047-2004-DGSP/MINSAV.01 Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de la calidad en los hospitales del ministerio de Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°2461- 2006/MINSA, Que Aprueba el documento técnico de lineamiento píticas tarifas en el sector salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 519-2006/MINSA, Que aprueba el documento Técnico Sistemas de Gestión de la Calidad en Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 456-2007/MINSA, Que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP- V.02, Norma Técnica de Establecimientos de Salud y Servicios Medico de Apoyo.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS.

- RESOLUCION MINISTERIAL N° 727-2009/MINSA, Que aprueba el documento Técnico política Nacional de Calidad en Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 596-2007/MINSA Que aprueba el plan nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°255-2008/MINSA, Que aprueba los miembros y sus alternos de la comisión nacional sectorial de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°1021- 2010/MINSA, Que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°527-2011/MINSA, Que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°095-2012/MINSA, Que la Guía de la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°168- 2015/MINSA, Que aprueba el documento técnico, lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°302-2015/MINSA, Que aprueba la norma técnica para la elaboración y uso de las Guías de prácticas clínicas.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°502 – 2016/MINSA, Que aprueba la Norma Técnica N° 029- MINSA/DGSP- V02 Norma Técnica de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°370-2009/MINSA, Señalan que la comisión nacional sectorial de Acreditación de Servicios de Salud tiene como funciones convocar y seleccionar evaluadores externos, así como mantener actualizado el listado único de evaluadores Exte.nos.
- RESOLUCION MINISTERIAL N°826- 2021 MINSA, Que aprueba la Norma para la elaboración de documentos normativos del ministerio de salud.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 687 – 2022/MINSA. Crear el registro Nacional de Evaluadores externos del Proceso de Acreditación de establecimientos de Salud, Sobre la base del listado único de Evaluadores externos contenido en la NTS N°050 MINSA/DGSP-VO.
- RESOLUCION MINISTERIAL N° 491-2012/MINSA, Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría II-2.



VII. CONTENIDO.

7.1. CONCEPTOS BASICOS.

7.1.1. METODOLOGIA DE LA EVALUACIÓN:

- a) Conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores Internos reconocida con Resolución Directoral y publicado en la página web institucional plazo de recepción MINSA hasta el 31 de Julio del 2024.
- b) Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación Aprobado con Acto Resolutivo y remisión a la DISA APURIMAC II /DIRESA APURIMAC /GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS hasta el 31 de Marzo del 2024.
- c) Documento de conformidad publicado en la página institucional en plazo de recepción MINSA hasta el 31 de Marzo del 2024.
- d) Comunicación formal del inicio del proceso de Autoevaluación a la instancia superior correspondiente, DISA/DIRESA/DIRIS, plazo hasta el 30 de setiembre del 2024.
- e) Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del evaluador que incluye reporte de resultados semaforizado identificando el porcentaje obtenido, plazo 31 de diciembre del 2024.

7.1.2. CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS.

Estará conformado estratégicamente por los jefes médicos y no médicos de los servicios, unidades y departamentos del Hospital Sub Regional Andahuaylas más los Autoevaluadores que sobresalieron y participaron en el periodo 2023, El equipo tendrá un coordinador líder que se encargara de la coordinación y acompañamiento a los equipos Autoevaluadores, así como la apertura y cierre del proceso de autoevaluación, cada grupo tendrá un líder que será el encargado de designar las funciones y entregar los formatos de Autoevaluación al coordinador líder.

7.1.3. ELABORACION Y APROBACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Sub Regional Andahuaylas es elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad y aprobado por la Dirección Ejecutiva.



7.1.4. COMUNICACIÓN DEL INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION:

La OGC. Informa a la Dirección Ejecutiva para que la Dirección Ejecutiva envíe un memorando múltiple a todas las jefaturas del HSRA, así mismo comunique a la DISA y DiRESA, Sobre el inicio del proceso de Autoevaluación en el HSRA.

7.1.5. EJECUCION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:

Está a cargo de la OGC, unidad funcional de Mejora Continua y el equipo de Autoevaluadores que deben interactuar con los servicios y áreas solicitadas bajo los estándares de calidad poniendo en ejecución el plan operativo planificado, debe ser reconocido con acto resolutivo.

7.1.6. PRESENTACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:

El equipo auto evaluador deberá consolidar la información en los formatos de evaluación de macro procesos, el líder deberá emitir un informe a la OGC. y deberá coordinar para la implementación de planes de mejora para el servicio evaluado.

7.1.7. APLICACIÓN DE LA SEGUNDA Y/O SIGUIENTES AUTOEVALUACIONES:

Se aplica cuando la autoevaluación no alcanza el puntaje aprobatorio mayor o igual a 85% de acuerdo al puntaje alcanzado; de 85% a 70 % dentro de 06 meses, 70%-50% dentro de los 09 meses y en puntaje de 50 % o menor se reiniciara lo más próximo posible la realización de un nuevo proceso de autoevaluación.

7.1.8. CONFORMACION DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION:

En cada equipo habrá un líder y un coordinador designado que promueva la difusión de los estándares y coordine las acciones del proceso de Autoevaluación.

7.1.9. CAPACITACION Y SELECCIÓN DE EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS POR LA DISA:

Se invita al personal de Salud a la capacitación donde se inscriben en un listado de Autoevaluadores para luego de la capacitación general se realice la selección de equipos y líderes quienes se capacitan y entrenan para la aplicación de los Macro procesos que se les designo, instrumentos a utilizar para cumplir con sus actividades en los tiempos establecidos según el cronograma de actividades sin la omisión de ningún formato.



7.1.10. COMUNICACIÓN DEL INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION:

La OGC Informa a la Dirección Ejecutiva para que la Dirección Ejecutiva envíe un memorando múltiple a todas las jefaturas del HSRA comunicando del proceso de Autoevaluación, así mismo comunique a la DISA y DIRESA, Sobre el inicio del proceso de Autoevaluación en el HSRA.

7.1.11. EJECUCION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:

Está a cargo de los Autoevaluadores que deben interactuar con las jefaturas de los servicios, departamentos y áreas asistenciales y/o administrativas solicitadas bajo los estándares de calidad.

7.1.12. PRESENTACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION:

El equipo auto evaluador deberá consolidar la información en los formatos de evaluación del macro proceso, el coordinador líder deberá emitir un informe a la OGC con evidencias y deberá coordinar para la reunión de su equipo para la consolidación del formato de la Matriz de Selección, para la implementación de planes de mejora para el servicio evaluado y poder subsanar las debilidades.

a) PASOS PARA LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACION:

1. REUNION DE APERTURA:

- Dirección Ejecutiva.
- Oficina de Gestión de Calidad.
- Jefaturas asistenciales y administrativas.
- Equipo Auto evaluador.

ACCIONES:

- Presentación del Equipo Auto evaluador.
- Confirmar el inicio del Plan de Autoevaluación.
- Presentación del listado de Estándares de Acreditación al personal de Salud.

2. PREVISION DOCUMENTARIA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES:

Busca sostenibilidad técnica a través de las evidencias implementadas y aplicadas mediante los estándares de calidad y macro procesos evaluados.



3. VISITAS DE LAS INSTALACIONES DEL HSRA:

- Permite conocer la presentación de cada área.
- Los evaluadores observan el ambiente físico, privado y aspectos de calidad de atención, flujos y los Componentes de seguridad y salud.
- Los Autoevaluadores observan el proceso de interrelación entre el personal de salud y los pacientes y/o Usuarios.
- Así mismo observa la sostenibilidad del cruce de información en garantía de la prestación de los servicios de Salud.

4. APLICACIÓN DE LAS TECNICAS DE EVALUACION:

- **VERIFICACION DOCUMENTARIA:** Evaluar, verificar y analizar la fuente para obtener información mediante registros, Informes Técnicos, Planes, MAPROS, etc.
- **OBSERVACION:** Permite ver la manera como se desarrollan los procesos en la práctica.
- **ENTREVISTA:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.
- **MUESTREO:** técnica que permite definir una población de estudio.
- **ENCUESTA:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas que percibidos mediante la observación con respecto al cumplimiento de los estándares de calidad.
- **AUDITORIA:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiende a la norma o criterio establecido.

5. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION:

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con categoría 2-II y Servicios Médicos de Apoyo.
- NTS N 050- MINSA/DGSP-V.02 Acreditación en Establecimientos de Salud.
- Guía técnica del evaluador: Documento técnico que describe la metodología en las fases de la Acreditación.
- Plan de Autoevaluación, Documentos de soporte para el desarrollo del cronograma de Actividades.
- Hojas de registro de datos para Autoevaluación y recomendaciones (formatos de la Guía del Evaluador).
- Formato de lista de chequeo de verificación, encuesta y/o entrevista.
- Aplicativo de la Acreditación para el registro y procesamiento de los resultados del proceso de Autoevaluación.





7.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD / UNIDAD TÉCNICA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL HSRA:

N°	ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
01	Implementación del Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores internos 2024 Reconocida con RD por la Dirección Ejecutiva del HSRA.	X	X	X									
02	Implementación de Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024 Aprobado con Resolución Directoral.		X	X									
03	Fortalecimiento de los documentos de implementación documentaria y planes de mejora para la Autoevaluación por servicio.	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
04	Capacitación de todo el personal que conforma el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos por la DISA.						X						
05	Conformación y designación de los Equipos de Autoevaluadores del HSRA.						X	X					
06	Entrega de formatos e instrumentos estandarizados por Equipos y materiales de escritorio.							X					
07	Inicio, Acompañamiento y coordinación con la Unidad de Imágenes/O.G.C/ Responsable de la Unidad Técnica de Mejora Continua del HSRA/ Autoevaluadores, Coordinador Líder del Equipo, líder del Equipo.							X					

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS.

[illegible]

6.3 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACIÓN Y DESIGNACIÓN DE EQUIPOS:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUTOEVALUCION Y DESIGNACION DE EQUIPOS.												
COORDINADOR LIDER DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN:												
N°	LIDER DEL EQUIPO	MACROPROCESO	ESTANDARES	CRITERIOS	EQUIPO AUTOEVALUADOR	PROGRAMACIÓN- JULIO 2024						REFERENCIA A EVALUAR
						1	2	3	4	5	6	
1		Direccionamiento (DIR)	02	11								
2		Gestión de Recursos Humanos (GRH)	04	11								
3		Gestión de la Calidad (GCA)	03	22								
4		Manejo del Riesgo de atención (MRA)	08	50								
5		Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	03	21								
6		Control de Gestión y prestación (CGP)	02	15								



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS.

[illegible]

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS.

[illegible]

6.4. RECURSOS HUMANOS.

- Personal de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Comité de Equipo de Acreditación y Equipo Auto Evaluador.
- Jefes de servicios Administrativo y Asistencial.

6.5. MATERIALES.

N°	MATERIALES	CANTIDADES
01	Tableros acrílicos.	20 Unidades
02	Papel boom.	03 Millares.
03	Fólderes manila.	30 Unidades.
04	Fastenes.	30 unidades
04	Lapiceros azules.	50 Unidades.
05	Lápices.	50 Unidades
06	Equipo de Computo completo.	01 Unidad.
07	Tóner para impresora.	02 Unidades

6.6 SERVICIOS:

N°	SERVICIO	CANTIDADES	MONTO UNITARIO	MONTO
01	Capacitación de Equipo Autoevaluador por la DISA.	01 Capacitación	No Aplica	DISA / MINSA
02	Dispendio de área para capacitación.	01 Espacio amplio	No Aplica.	NO APLICA
03	Dispendio de refrigerio y almuerzo para Autoevaluadores según programación de Autoevaluación.	1° DIA.		
		40 Almuerzos.	S/ 800.00	
		40 Refrigerios.	S/320.00	
		2° DIA.		
		20 Refrigerios.	S/160.00	S/1 280.00



IX. RESPONSABILIDADES:

Son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el Plan de Autoevaluación Para La acreditación del HSRA 2024.

1. **La Dirección Ejecutiva:** Debe remitir los documentos de Autoevaluación a la DISA/ DIRESA, Coordinar y ordenar mediante memorando la Implementación de documentos de estándares de Calidad.
2. **El Equipo de Gestión de la Calidad:** Es el Responsable del cumplimiento del indicador de la ficha N°44 según la programación, responsable de apoyar en la implementación o capacitación de los documentos técnicos, solicitar el reconocimiento, capacitación del Equipo de Acreditación y Equipo de Autoevaluación, del Plan de Autoevaluación para la acreditación, comunicar el inicio del Proceso de Autoevaluación, entregar los formatos del Proceso de Autoevaluación, digitar los resultados y realizar un documento técnico para la emisión a la dirección Ejecutiva con Atención a la DISA APURIMAC II y DIRESA APURIMAC.
3. **El coordinador Líder del Equipo de Acreditación y Equipo de Autoevaluación:** Es el responsable del dispendio de los Formatos del Proceso de Autoevaluación a cada líder de Equipo, realizar la coordinación con los Jefes de servicios o Unidades realizar el acompañamiento a los 22 equipos de Autoevaluación, recepción de los consolidados, Emisión a la Oficina de Gestión de Calidad.
4. **Los líderes de cada Macro Procesos:** Son los responsables de la coordinación con su equipo, son los responsables de realizar la entrevista de los estándares de calidad y entrega de los formatos consolidados de su evaluación.
5. **Autoevaluadores:** son los responsables de realizar la Autoevaluación en el Servicio correspondiente.
6. **Jefes Administrativos y Asistenciales:** son los responsables de la implementación de los estándares de Calidad y la entrega de documentos solicitados por el equipo de Autoevaluadores.



X. ANEXOS.

9.1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN:

FICHA DE DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS		CODIGO 001
PROCESO DE AUTOEVALUACION		01. OGC-HSRA.
OFICINA	Gestión de la Calidad.	
OBJETIVO	Estandarizar los procesos para el cumplimiento de las metas y lograr el reconocimiento con la certificación como establecimiento 2-II Acreditado al HSRA.	
MARCO LEGAL	• LEY N°26842, Ley general de salud. • LEY N°27658, "Ley marco de modernización de la Gestión del estado" y sus modificatorias. • LEY N°27815, Ley del código de ética de la función pública. • LEY N°27927, Que modifica la ley N° 27806, Ley de transparencia y acceso a la información pública. • LEY N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud. • LEY 23560, Ley del sistema legal de unidades de medida y la ley de los sistemas nacionales de normalización y acreditación aprobada por decreto legislativo N° 1030 constituyen el soporte normativo de la normalización, acreditación y metrología. • DECRETO SUPREMO N° 013 – 2006- SA, Que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo • DECRETO SUPREMO N°072-2003 – PCM, Que aprueba el reglamento de la ley de transparencia y acceso a la información pública. • DECRETO SUPREMO N°033-2005-PCM, Que aprueba el reglamento de la ley del código de ética de la función pública. • DECRETO SUPREMO N°046-2014-PCM, Aprueba la política nacional para la calidad. • RESOLUCION MINISTERIAL N°519-2006/MINSA, Que aprueba el documento técnico "sistema de Gestión de la Calidad en Salud. • RESOLUCION MINISTERIAL N°596-2007/MINSA, Que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la calidad en salud". • RESOLUCION MINISTERIAL N°727-2009/MINSA, Documento técnico "política nacional de Calidad en Salud" • RESOLUCION MINISTERIAL N° 456-2007/MINSA, Que aprueba la Norma técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo y sus modificatorias. • RESOLUCION MINISTERIAL N°519-2006-SA/DM, Que aprueba el documento técnico "Sistema de gestión de la calidad en salud". • RESOLUCION MINISTERIAL N°456-2007-MINSA: Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. • RESOLUCION MINISTERIAL N°414-2015/MINSA, Que aprueba el documento técnico "Metodología para la elaboración de Guías de práctica clínica". • RESOLUCION MINISTERIAL N°302-215/MINSA, Que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01"Norma técnica de salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del ministerio de salud" • RESOLUCION MINISTERIAL N°727-2009/MINSA, Plan nacional de políticas de calidad en salud.	
EQUIPO TÉCNICO	Oficina de Gestión de la Calidad. Unidad Técnica de Mejora Continua de la Calidad.	



PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN

N°	PROCEDIMIENTO	SUSTENTO	TIEMPO	EJECUTOR	RESPONSABLE
01	Aprobar el Equipo de Conformación de Equipo de Acreditación Evaluadores Internos y publicación en la página Web del HSRA.	Bajo Acto Resolutivo de la Dirección Ejecutiva del HSRA	60 Días Hábles.	Director Ejecutivo del HSRA	Oficina de Gestión de la Calidad (O.G.C).
02	Gestionar la Capacitación de los Autoevaluadores y Personal de Salud.	Capacitación del Equipo de Acreditación y Equipo Autoevaluador.	30 Días Hábles.	OGC, Dirección Ejecutiva, Logística y Unid. Presupuestos.	OGC.
03	Elaborar el Plan de Autoevaluación.	Bajo Acto Resolutivo	30 Días Hábles	OGC/ U.T. de Mejora Continua de la Calidad.	OGC/ Responsable de la Unidad Técnica de Mejora Continua de la Calidad.
04	Designar el Plan Aprobado al Responsable del Equipo de Autoevaluadores.	Informe a la Dirección Ejecutiva Memorando Al Equipo Auto evaluador	07 DIAS HABILES	OGC/ Dirección Ejecutiva/ Lideres Del Equipo de Autoevaluación.	OGC
05	Comunicar el Inicio del Proceso de Autoevaluación				
06	Ejecutar la Autoevaluación Y Consolidar los Resultados	Informe Técnico	14 Días Hábles	Equipo De Autoevaluadores	OGC
07	Monitorear las Acciones de Mejora y Proyectos de Mejora Continua.	Acciones	15 Días Hábles	Equipo De Autoevaluadores	OGC
08	En Caso de no Obtener el Puntaje Mayor o igual a 85% Reiniciar el Proceso de Autoevaluación.				
09	En Caso de Obtener Puntaje Mayor A 85% Solicitar la Evaluación Externa.	Evaluación	30 Días Hábles.	OGC/Director Ejecutivo del HSRA.	Director Ejecutivo
DEFINICION DE ACREDITACIÓN		Es la certificación del cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud del HSRA, bajo Proceso de Evaluación Interna.			
REGISTROS		Implementación de MAPROS y guías, políticas y estándares de atención por servicio, planes de trabajo anuales.			

9.2. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN

