

DOCUMENTO TÉCNICO

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD

DE LOS EE.SS DE LA SUB REGIÓN DE SALUD MORROPÓN

HUANCABAMBA, AÑO 2024.



Equipo Técnico

DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Equipo Funcional de Calidad

Julio – 2024

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- ii. JUSTIFICACIÓN
- III. FINALIDAD
- IV. OBJETIVOS
 - 4.1 General
 - 4.2 Específico
- V. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- VI. BASE LEGAL
- VII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN
- VIII. DISPOSICIONES GENERALES
- IX. DISPOSICIONES ESPECIFICAS
- X. DISPOSICIONES FINALES
- XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- XII. ANEXOS



I. INTRODUCCIÓN

La Gestión para la Calidad de los Servicios de Salud se ha convertido en uno de los pilares que rige los procesos de atención en Salud en todas las instituciones del país, para ello la Autoridad Nacional en Salud ha implementado políticas, procesos, herramientas y acciones orientados en la búsqueda continua de la mejora de la calidad de atención en Salud.

En el año 2020, mediante D.S N°016-2020-SA, se aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", en el que se prioriza dentro de sus objetivos (OP2) el: "Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población", y con el que con su implementación se busca contribuir a que "los niveles de satisfacción de la población mejoren en respuesta al cuidado integral recibido y el control de los riesgos a la salud satisfacción de la población".

El esfuerzo de las Instituciones de Salud ha dado muestra de iniciativas para ofrecer servicios de salud que garantizan bienes, recursos e insumos que brinden una experiencia de satisfacción al usuario.

En ese sentido el Ministerio de Salud en la N.T N° 050 – MINSAL/ DGSP- V.02, la cual fue aprobada con R.M N° 456 – 2007/ MINSAL, establece al Proceso de Acreditación, como la herramienta para evaluar la organización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a través del cumplimiento de estándares de calidad de atención, agrupados según macroprocesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo, que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud.

El Proceso de Acreditación comprende dos fases: la autoevaluación y la evaluación externa, ambos serán realizados por un equipo de evaluadores y teniendo como herramienta principal la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la misma que fue establecida por el MINSAL, para poder estandarizar ambos procesos.

La Sub Región de Salud Morropón – Huancabamba, tiene como misión conducir y promover el Desarrollo Sostenible, integral e inclusivo de la Población territorial sanitaria asignada del Departamento de Piura, con acceso a bienes y servicios oportunos y de calidad con tecnología e innovación.

En ese contexto, el presente Plan de Autoevaluación representa el instrumento para direccionar los procesos y actividades de la fase de autoevaluación en las IPRESS de la jurisdicción, en el marco del proceso de Acreditación 2024.



II. JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

El Ministerio de Salud estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un mayor o igual 60% de calificación.

El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando cada año el porcentaje alcanzado, según el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación.

Desde el año 2023 se ha venido implementando la herramienta de Autoevaluación en los EE.SS de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, habiéndose logrado la evaluación de un total de veinte Establecimientos de Salud, por lo que resulta necesario la continuidad de este proceso, para así lograr implementarla en la totalidad de EE.SS y Servicios Médicos de Apoyo, de la jurisdicción.

III. FINALIDAD

Fortalecer los procesos de Mejora Continua de la Calidad orientados hacia la Acreditación Nacional de los Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, incluyendo y comprometiendo al recurso humano en el desarrollo y cumplimiento de los objetivos, a fin de generar una nueva cultura organizacional que tenga como meta brindar servicios de alcanzar estándares de calidad.

IV. OBJETIVOS

4.1 General

Garantizar que los EE.SS de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba cumpla con los estándares de Acreditación, realizando los procesos de Autoevaluación y Evaluación externa.

4.2 Específicos

1. Garantizar la conformación oficial del equipo de Acreditación de acuerdo a la Norma Técnica de Acreditación del MINSA.
2. Garantizar la conformación oficial del equipo de Auto evaluadores internos.
3. Desarrollar la Autoevaluación de los EE.SS y Servicios Médicos de Apoyo de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, acorde a la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de salud del MINSA.



4. Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados obtenidos en la Autoevaluación.
5. Realizar acciones de mejora para el cumplimiento de los criterios de los estándares de Acreditación.
6. Uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.
7. Establecer pautas para la organización y autoevaluación durante el proceso de la evaluación interna.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Autoevaluación de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba 2024, es de aplicación obligatoria en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, de la jurisdicción de la Sub Región de Salud Morropón – Huancabamba, según sus competencias.

VI. BASE LEGAL

1. Decreto Supremo N° 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”.
2. Decreto Supremo N° 030-2020-SA. Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los servicios de Salud.
4. Resolución Ministerial N° 163 – 2020 – MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92 Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en Salud.
5. Decreto Supremo 002 – 2019- SA, que aprueba el reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las instituciones administradoras de fondos de Aseguramiento en Salud.
6. Resolución Ministerial N° 502 – 2016/ MINSA, que aprueba NTS N° 029 – MINSA/DIGEPRES – V.02 “Norma Técnica de Salud para la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.
7. Resolución Ministerial N° 255 – 2016/ MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
8. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
9. Resolución Jefatural N° 631 – 2016 – IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS / V.01 “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas”.
10. Resolución Ministerial N° 095 – 2012/ MINSA, Guía Técnica para la Elaboración de los Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad.



11. Resolución Ministerial N° 527 – 2011/ MINSA, Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
12. Resolución Ministerial N° 727 – 2009/ MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
13. Resolución Ministerial N° 456 – 2007, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria 050 – MINSA / DGSP – V.02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo,
14. Resolución Ministerial N° 519 – 2006, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad".

VII. METODOLOGÍA DE LA AUTO EVALUACIÓN

7.1 REQUERIMIENTOS BASICOS

RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACION

- Evaluadores seleccionados y capacitados
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 a I-4 y servicios médicos de apoyo.
- Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.
- Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados

7.2. ESTRATEGIAS

- Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.
- Organizar y delegar la responsabilidad de autoevaluación vía Resolución Directoral al equipo de autoevaluación interna.
- Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- Comprometer a los auto evaluadores responsables de los macroprocesos, bajo plazos, a realizar la ejecución y su respectivo reporte.

7.3. METODOLOGIA

Luego de la distribución del Equipo Auto Evaluador (ver anexo N° 03), se procederá con la capacitación concerniente a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Guía Técnica del Evaluador, Listado de estándares nacionales de acreditación y referencias normativas, en donde se proporcionará las Hojas de Registro de Datos de Autoevaluación (ver anexo N° 05), Hojas de Recomendaciones (ver anexo N° 06),

Las técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación por macroprocesos, son las siguientes:



- Revisiones documentarias.
- Auditorias.
- Entrevistas.
- Observaciones.
- Encuestas.
- Muestreos (aleatorio simple de 10 muestras)

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

El proceso de acreditación comprende la fase de autoevaluación y evaluación externa.

8.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

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

Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

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

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

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.



Autoevaluación: 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.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.

Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

IX. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La Oficina de Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.



La oficina de Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente.

X. DISPOSICIONES FINALES

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva.

La Dirección Ejecutiva de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024.

La Dirección Ejecutiva de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba a través de la Oficina de Calidad, evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

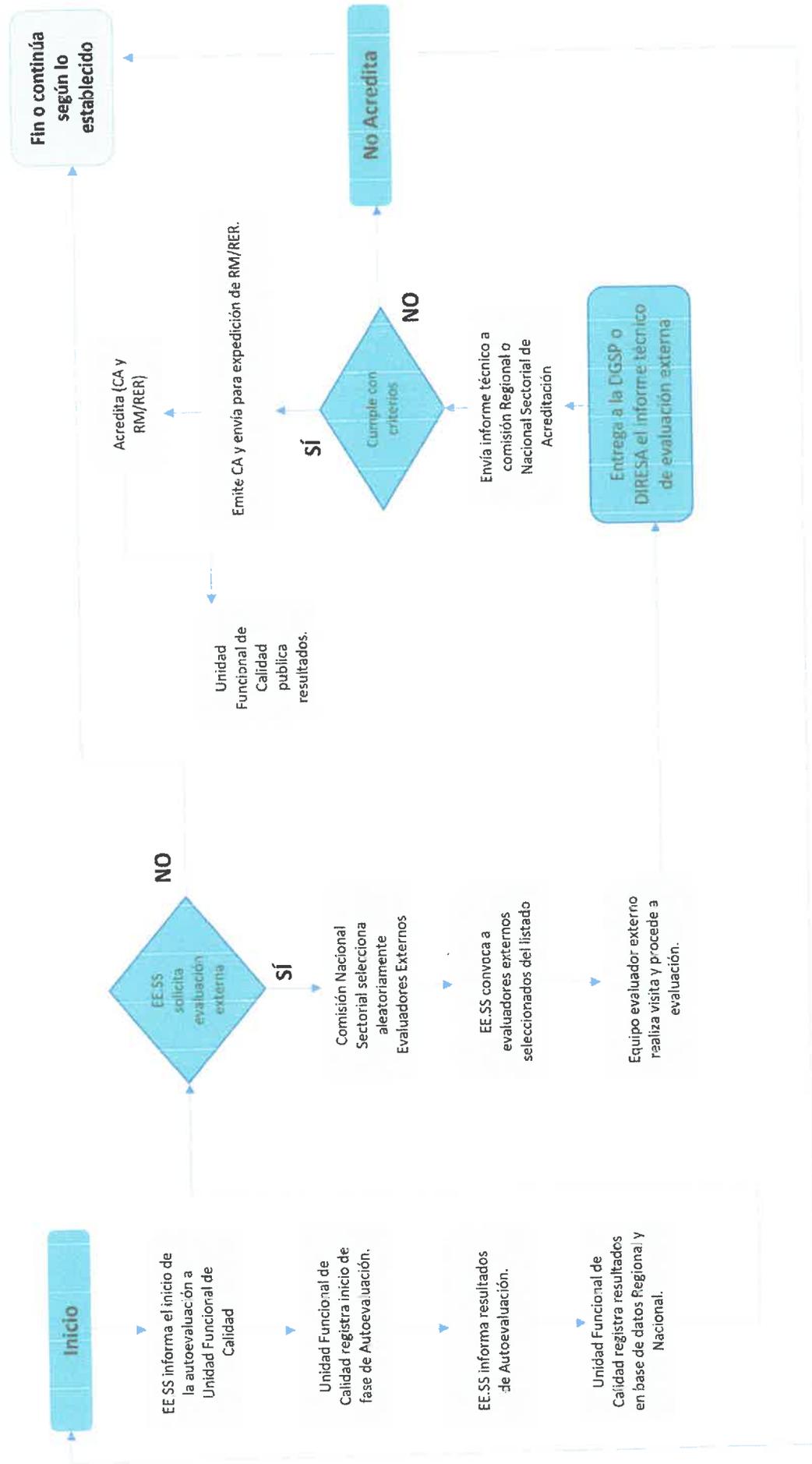
La Dirección Ejecutiva de la Sub Región de Salud Morropón Huancabamba a través de la Oficina de Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua, según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- Anexo 1. Flujograma de Autoevaluación.
- Anexo 2. Estándares y Criterios de Autoevaluación para Acreditación en los EE.SS categoría I-1 al I-4.
- Anexo 3. Matriz programática para la Autoevaluación.
- Anexo 4. Registro de datos de Autoevaluación.
- Anexo 5. Hoja de Recomendaciones.



Anexo 1. Flujoograma de Autoevaluación.



Anexo 2. Estándares y Criterios de Autoevaluación para Acreditación en los EE.SS categoría I-1 al I-4.

MACROPROCESO	CRITERIOS A EVALUAR
Direccionamiento	11
Gestión de Recursos Humanos	11
Gestión de Calidad	22
Manejo del Riesgo de Atención	23
Gestión de Seguridad Ante desastres	19
Control de Gestión y Prestación	15
Atención Ambulatoria	17
Atención Extramural	10
Atención de Hospitalización	15
Atención de Emergencias	14
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	6
Admisión y Alta	12
Referencia y Contrareferencia	13
Gestión de Medicamentos	14
Gestión de Información	10
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16
Manejo del Riesgo Social	6
Gestión de insumos y Materiales	8
Gestión de Equipos e Infraestructura	12



Anexo 3. MATRIZ PROGRAMÁTICA



OBJETIVOS ESPECÍFICOS/ ACTIVIDADES / TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	C R O N O G R A M A												RESPONSABLES	
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		Ene-25
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: FORTALECER E IMPULSAR EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEDIANTE LA AUTOEVALUACIÓN.																
ACTIVIDAD 4: Implementación de la NTS 050 - MINSA / DGSP V.02 ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE AYOYO																
TAREA N° 1: Registro y consolidado de equipos de acreditación y auto evaluadores internos	Reporte	1								X						Responsable de Calidad
TAREA N° 2 Capacitación de Equipo de evaluadores y equipo de acreditadores (NTS N° 050 - MINSA/ DGSP - V.02 / RM N.° 456-2007/MINSA, RM N.° 270-2009/MINSA RM N° 491-2012/MINSA)	Informe	1								X						Equipo de la unidad Funcional de Calidad.-SBRSMH.
TAREA N° 3: Registro y consolidado de planes de autoevaluación y comunicaciones oficiales del proceso de autoevaluación de IPRESS.	Reporte	1									X					Responsable de Calidad
TAREA N° 4: Consolidado anual de autoevaluación del PAES con información sobre equipos de acreditación, equipos de evaluadores internos, planes, comunicación de inicio, informes técnicos de autoevaluación con reportes del aplicativo	Informe a UFGCS	1												X		Responsable de Calidad
TAREA N° 5: Monitoreo, supervisión y evaluación de la autoevaluación del proceso de acreditación.	Informe	1												X	X	Equipo de la UF Funcional de Calidad.-SBRSMH.
TAREA N° 6: Elaboración de cronograma para Evaluación externa.	Informe	1													X	Equipo de la unidad Funcional de Calidad.- SBRSMH.

Anexo 4. Registro de datos de Autoevaluación.

HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE AUTOEVALUACIÓN	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
MACROPROCESO:	
EVALUADOR (ES):	
FECHA:	
SERVICIOS EVALUADOS:	
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:	
CODIGO DEL ESTANDAR:	

Código	Criterios de Evaluación	Puntaje	Auditables Fuentes	Técnicas de evaluación a utilizar	Sustento de puntaje / Comentarios



Anexo 5. Hoja de Recomendaciones.

HOJA DE RECOMENDACIONES			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
MACROPROCESO:			
EVALUADOR (ES):			
FECHA:			
SERVICIOS EVALUADOS:			
SERVICIOS EVALUADOS:			
SERVICIOS EVALUADOS:			
CODIGO	CRITERIO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

