



RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán,

20 NOV 2020

VISTO:

El expediente N° 006174 – 2020, que contiene la Nota Informativa N° 232-2020 AGC-HH, Memorando N° 2079-UPE/HH/MINSA de la Unidad de planeamiento Estratégico y el Memorándum N° 49-2020-AGC-H.H/MINSA "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020 del Hospital de Huaycán; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico denominado Sistema de Gestión de Calidad en Salud con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientando a obtener resultados para la mejora de calidad de atención de los servicios de salud, siendo uno de su procesos la Seguridad del Paciente";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con 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";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009, publicada el 25 de abril de 2009, 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 precisiones en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre de 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como finalidad "Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales";

Que, mediante memorándum N° 49-2020-AGC-H.H/MINSA, el Área de Gestión de la Calidad eleva el " Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020 a la Unidad de Planeamiento Estratégico para que emita opinión;



Que, mediante memorando N°2079-2020-UPE/HH/MINSA la Unidad de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION 2020

Que, mediante el Nota Informativa N°232- AGC-HH, emitido por la Coordinadora del Área de Gestión de Calidad, donde solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020 del Hospital de Huaycán, tiene como objetivos general; Realizar la Autoevaluación del Hospital de Huaycán con aplicación de los instrumentos estandarizados de acreditación, que permitan mejoras y lograr la Acreditación del Hospital de Huaycán; siendo igualmente los objetivos específicos: a) Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación del Hospital de Huaycán b) Capacitar y reentrenar a los evaluadores internos seleccionados para realizar la autoevaluación, c) Socializar a los trabajadores del Hospital los objetivos y desarrollo de la Autoevaluación, d) Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud, d) Elaborar el informe final de la Autoevaluación que contenga propuestas para la elaboración de acciones, planes y proyectos de mejora continua de la Calidad. Mediante acto resolutivo;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimiento administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuesto, resulta pertinente atender lo solicitado por la Coordinadora del Área de Calidad del Hospital de Huaycán, aprobando el proyecto del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020- Hospital de Huaycán,

Contando con la aprobación de la Unidad de Administración, visación de la Unidad de Planeamiento Estratégico, Área de Gestión de la Calidad y el Área de Asesoría Legal;

De conformidad con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Huaycán y Resolución Viceministerial N° 0037-2020-SA/DVM-PAS;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación Para la Acreditación 2020" del Hospital de Huaycán, el mismo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2°.- ENCARGAR al Área de Gestión de la Calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para su difusión, implementación, aplicación y supervisión del plan aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución, conforme al cronograma propuesto, bajo responsabilidad.

ARTICULO 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones se encargue de publicar la presente resolución en la página web del Hospital.

ARTICULO 4°.- NOTIFICAR la presente resolución a las instancias administrativas e interesados para su cumplimiento.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

- LAMM/mnac-
- DISTRIBUCION
- () Dirección
- () U. Administración
- () U.P. Estratégico
- () Asesoría Legal
- () A. G. Calidad
- () O. Comunicaciones
- () Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

DR. LUIS ALLENDE MANCO MALPICA*
C.M.P. 047457
DIRECTOR

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2020



HOSPITAL DE HUAYCÁN

AREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



II.-DATOS GENERALES

a) ENTIDAD	: MINISTERIO DE SALUD
b) DEPENDENCIA	: HOSPITAL DE HUAYCAN
c) LUGAR	: Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B"
d) CENTRO DE COSTO	: Dirección
e) ÁREA	: Gestión de la Calidad
f) CATEGORIA PRESUPUESTAL	: 9001. ACCIONES CENTRALES
g) PRODUCTO PRESUPUESTAL	: 3999999. SIN PRODUCTO
h) ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	: 5000003.GESTION ADMINISTRATIVA
i) SUB FINALIDAD/TAREA PRE	: 0007981.ACCIONES DEL
j) TIEMPO DE DURACIÓN	: PERIODO DE EJECUCION 2020
k) JEFE DE UNIDAD ORGÁNICA	: M.C. José Enrique Villarreal Palomino
l) COORDINADOR DE AREA	: Lic. Enf. Karla Jhosse Isla Espíritu
m)CORDINADOR DEL PP	: Lic. Enf. Karla Jhosse Isla Espíritu

III.-INTRODUCCIÓN

El proceso para la acreditación se inicia en el país en Junio de 1993, fue evolucionando, y actualmente se viene desarrollando en las Instituciones prestadoras de salud en concordancia con el Plan Nacional Concertado de Salud, Lineamiento de Política 5, de mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud.

La aplicación de la norma de acreditación es de alcance nacional y es un proceso gradual, que incluye el proceso de autoevaluación y es de carácter obligatorio; y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario, para adquirir la condición de acreditado con un enfoque centrado en los procesos.

La Autoevaluación es una importante actividad incorporada en el Plan Operativo Anual POA institucional que está a cargo de un equipo de evaluadores internos preparados y capacitados en base al perfil necesario descrito en la norma de Acreditación.

Se organizan los equipos de evaluadores internos en relación a los Macroprocesos, revisando, discutiendo y analizando los instrumentación acorde a los estándares de acreditación, atributos de la calidad, criterios de evaluación, fuentes auditables, y técnicas de evaluación; elaborándose luego, los documentos necesarios para realizar el proceso de manera imparcial, autónoma y evitando conflictos de intereses, así como interactuando con los jefes o representantes de los departamentos, oficinas y servicios.

El Hospital de Huaycán es consciente de su responsabilidad como institución de brindar servicios de calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevara a la Acreditación, realizando la primera fase que es la autoevaluación.



En este contexto, el Ministerio de Salud, ha difundido 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", aprobada con RM N° 456-2007/MINSA, el 04 de Junio del 2007, dicha Norma establece que la acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de Salud, con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores claves de la atención de la Salud.

IV.-BASES LEGALES

1. Ley N° 26842 "Ley General en Salud"
2. Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
3. Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
4. Ley de Bases de la Descentralización.
5. Ley General de Procedimientos Administrativos.
6. Decreto Supremo 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA/DT, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
8. Resolución Ministerial N° 013-2006-MINSA, "Reglamentos de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo"
9. Resolución Ministerial N°456-MINSA, 4 de Junio del 2007, Aprueban la Norma Técnica 050/MINSA/DGSP/V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y el Listado de Estándares de Acreditación.
10. Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
11. Resolución Directoral N° 00138-2005-DISA IV LE, DG-DESP-OAJ del 16 de marzo 2005, otorga la categoría II-1, "Hospital de Baja Complejidad Huaycán.
12. Resolución Directoral N° 185-2016-D-HH-IGSS del 13 de Junio 2016, aprueban la conformación del equipo de evaluadores internos del Hospital de Huaycán.

V.-DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el año 2017y 2018 se desarrolló la autoevaluación, alcanzando un puntaje de 70% y 80% respectivamente del cumplimiento de los estándares; siendo estos menores de 85% que es lo requerido para pasar a una evaluación externa.



RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN 2017

Establecimiento: HUAYCÁN
 Tipo de Establecimiento: H-3
 Fase: Autoevaluación
 Año: 2017
 Período: 1

Macroproceso	Índice 0-100	Nota total (promedio)					Puntos Máximos por Macroproceso	Puntos Obtenidos por Macroproceso	Cumple más o menos proceso	Puntaje 0-100 a categoría	Puntaje categoría	Porcentaje
		E	P	R	T	Total						
Descontaminación	11	0	4	3	11	45.92	30.12	66.47				
Control de recursos humanos	11	1	0	0	11	40.92	29.71	64.71				
Control de la calidad	23	10	5	7	17	40.92	24.64	53.60				
Manejo del riesgo de atención	10	10	0	0	10	40.92	29.74	68.24				
Control de seguridad ante desastres	21	14	7	0	17	40.92	40.64	92.09				
Control de la gestión y promoción	15	7	3	0	10	40.92	24.73	53.85				
Atención ambulatoria	14	10	8	2	14	40.92	40.18	87.53				
Manejo de urgencias	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	24	5	17	7	14	40.92	22.50	49.00				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	18.40	15.54	84.71				
Atención quirúrgica	24	2	11	4	19	16.40	11.34	69.15				
Investigación e innovación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de diagnóstico y terapéutica	11	1	8	1	11	19.40	13.42	61.82				
Atención y alta	16	11	7	0	10	18.40	10.31	62.09				
Atención y rehabilitación	18	0	1	3	17	18.40	6.97	42.50				
Atención de urgencias y traumatología	12	4	7	8	19	18.40	11.87	71.15				
Control de medicamentos	14	0	0	1	14	16.40	14.97	91.30				
Control de la información	14	0	0	0	14	16.40	14.97	91.30				
Atención de urgencias y traumatología	14	2	0	1	13	32.80	21.67	66.55				
Atención de urgencias y traumatología	14	0	0	0	14	16.40	8.20	50.00				
Manejo del riesgo social	14	0	0	0	14	16.40	13.02	79.41				
Manejo de relación de pacientes	14	4	1	1	10	16.40	11.98	73.08				
Control de recursos y materiales	14	4	0	0	14	16.40	7.72	47.08				
Control de recursos y materiales	14	0	0	0	14	16.40	7.72	47.08				
Total	328	146	103	61	120	560.56	403.07		71.93	496.79		

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanaar en 6 meses (70%-84%)

PUNTAJE FINAL: 70%

Según los resultados del 2017, observamos que el Macroproceso de Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización cuenta con 96.55% de cumplimiento de sus estándares de calidad, seguido por Macroproceso de Atención de Emergencias con 94.74% Gestión de la Seguridad con 92.86% y Atención Ambulatoria con 87.50%.

Los Macroprocesos con puntaje inferior a 85% han iniciado sus acciones de mejora, con el objetivo de incrementar el porcentaje de los estándares de calidad.

Según los puntajes alcanzados se hizo recomendaciones de alineamiento de mejoramiento continuo, de control, de capacitación, de educación, de clima y cultura organizacional y de comunicación a la dirección, jefes de servicios asistenciales y jefaturas de servicios y unidades.





RESULTADO DE LA AUTOEVALUACION 2018

Establecimiento: HUAYCAN
 Tipo de Establecimiento: H-1
 Fase: AUTOEVALUACION
 Año: 2018
 Período: 1

Macroprocesos	Criterios eval	No total criterios					MACROPROCESO			CATEGORIAS	
		E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x categoría	
						Total	Total	%	Total	Total	
Direccionamiento	31	0	4	1	11	45.92	44.57	97.06	203.20	161.23	
Gestión de recursos humanos	11	0	0	3	11	45.92	35.12	76.47			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	23	45.92	39.20	85.37			
Manejo del riesgo de atención	20	10	30	1	30	45.92	31.20	68.10			
Gestión de seguridad ante desastres	21	10	7	5	21	45.92	42.64	92.86			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	45.92	25.61	55.77			
Atención ambulatoria	14	3	8	0	14	45.92	37.88	82.50			
Atención ambulatoria	5	0	1	0	5	0.00	0.00	0.00	232.22	191.19	
Atención de hospitalización	24	0	12	7	24	45.92	36.74	80.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	16.40	16.40	100.00			
Atención quirúrgica	24	7	11	3	24	16.40	11.51	70.21			
Accidentes e investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	1	9	1	11	16.40	13.81	85.97			
Atención y alta	16	3	7	0	16	16.40	9.14	55.73			
Referencia y contrareferencia	12	9	1	2	13	16.40	12.30	75.00	145.14	115.92	
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	14.19	86.54			
Gestión de la información	14	8	2	1	14	16.40	10.34	63.04			
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	12	7	6	2	17	32.80	26.68	81.33			
Manejo del riesgo social	0	2	2	1	5	16.40	14.51	90.91			
Atención de atención de pacientes	10	4	6	1	10	16.40	11.58	70.59			
Gestión de insumos y materiales	6	4	2	1	6	16.40	16.40	100.00			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	11.58	70.59			
Total	328	28	109	41	270	590.56	458.77		590.56	776.31	
										Puntaje Final (%)	80

PUNTAJE FINAL: 80%

Según los resultados del 2018, observamos que el Macroproceso de Atención de Emergencias y Gestión de Insumos y Materiales cuentan con 100% de cumplimiento de sus estándares de calidad, seguido por el macroproceso de Direccionamiento con 97.06%, Gestión de la Seguridad ante Desastres con 92.86%, Manejo de Riesgo Social con 90.91%, Gestión de Medicamentos con 86.54% y Gestión de la Calidad con 85.37%.

Los macroprocesos con puntaje inferior a 85% han iniciado sus acciones de mejora, con el objetivo de incrementar el porcentaje de los estándares de calidad.

Según los puntajes alcanzados se hizo recomendaciones de alineamiento de mejoramiento continuo, de control, de capacitación, de educación, de clima y cultura



organizacional y de comunicación a la dirección, jefes de servicios asistenciales y jefaturas de servicios y unidades.

VI.-MARCO TEORICO

1.-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. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

2. 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.

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

4. 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 Avanzando hacia la acreditación NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02 16 , 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.

5. Constancia para la acreditación: Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.

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

7. 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 reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

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

12. Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

13. Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.

14. 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.

15. Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

16. Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

17. 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 Avanzando hacia la ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO 17 , proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

18. Informe técnico de la evaluación externa: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.



19. Informe técnico de seguimiento de la acreditación: Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.

20. Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

21. Servicios médicos de apoyo: Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

VII.- FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN

El Área de Gestión de la Calidad del Hospital de Huaycán, como órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la institución, tiene incluido dentro del Plan de Gestión del Área de calidad del 2020 del Hospital de Huaycán, el desarrollo del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital.

Por lo cual el presente Plan de Autoevaluación se enmarca dentro de dicho plan contemplando el desarrollo de actividades relacionadas para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En relación al objetivo de lograr la obtención de Acreditación Institucional, se han venido realizando los procesos de Autoevaluación en los últimos años, observándose una tendencia de mejora en los resultados de cumplimiento de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

El presente Plan de Autoevaluación para el año 2020, con la participación Activa del equipo de evaluadores internos con el apoyo del equipo de Acreditación del Hospital y el Área de Gestión de la Calidad. Mediante la R.M N° 5019- 2006/MINSA, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad con la finalidad de fortalecer los procesos de Mejora Continua de la Calidad en salud en los Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo siendo uno de los componentes importantes de la garantía de la calidad la Acreditación de los Establecimientos de Salud.

El proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares establecidos en la norma técnica. Esta brecha debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en los diferentes niveles de la institución de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva. Además, debemos



considerar que este ejercicio periódico nos servirá de gran ayuda para alcanzar la acreditación.

Clasificación de los Macroprocesos	Macroprocesos
Macroprocesos Gerenciales	Direccionamiento
	Gestión de recursos humanos
	Gestión de la calidad
	Manejo del riesgo de atención
	Gestión de seguridad ante desastres
	Control de la gestión y prestación
Macroprocesos Misionales	Atención ambulatoria
	Atención extramural
	Atención de hospitalización
	Atención de emergencias
	Atención quirúrgica
	Docencia e Investigación
Macroprocesos de Apoyo	Apoyo diagnóstico y tratamiento
	Admisión y alta
	Referencia y contrarreferencia
	Gestión de medicamentos
	Gestión de la información
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
	Manejo del riesgo social
	Manejo de nutrición de pacientes
	Gestión de insumos y materiales
	Gestión de equipos e infraestructura

VIII.- FORMULACIÓN DE OBJETIVOS



Objetivo General.

Realizar la Autoevaluación del Hospital de Huaycán con aplicación de los instrumentos estandarizados de acreditación, que permitan mejoras y lograr la Acreditación del Hospital de Huaycán.



Objetivos Específicos

1. Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación del Hospital de Huaycán.

2. Capacitar y reentrenar a los evaluadores internos seleccionados para realizar la autoevaluación.
3. Socializar a los trabajadores del Hospital los objetivos y desarrollo de la Autoevaluación.
4. Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.
5. Elaborar el informe final de la Autoevaluación que contenga propuestas para la elaboración de acciones, planes y proyectos de mejora continua de la Calidad.

IX.- POBLACIÓN OBJETIVO

El presente plan tiene como objetivo las Órganos, servicios y/o áreas del Hospital donde se aplican la autoevaluación de los macroprocesos para la acreditación.

X.- RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

10.1.-Recursos humanos reales

- Equipo de Evaluadores internos 2020 del Hospital de Huaycán
- Coordinadores de las siguientes áreas:
 - Área de Medicina general
 - Área de Especialidades Médicas
 - Área de Cirugía
 - Área de Anestesiología
 - Área de Especialidades Quirúrgicas
 - Área de Obstetricia
 - Área de Gineco-obstetricia
 - Área de Enfermería de Hospitalización
 - Área de Enfermería de Emergencias
 - Área de Enfermería de centro Quirúrgico y Central de Esterilización
 - Área de Enfermería de Consulta Externa





N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones del producto
01	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	2.3.19.199	1 millar	35.00	3 millar	S/105.00	80 gr. Color (1/2 millar, celeste) y (1/2 millar, verde)
02	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	2.3.19.199	1 unidad	0.50	50	S/25.00	Azul, Estándar punta fina,
03	TABLERO ACRILICO	2.3.19.199	06	15.30	26	S/397.80	Acrílico, transparente tamaño oficio
Monto total						S/527.80	

10.2.-RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

a) RECURSOS EN ALMACEN

b) CONSOLIDADO DE MONTO

N°	ESPECÍFICAS	MONTO
01	RECURSOS EN ALMACEN	S/527 .80
MONTO TOTAL		S/527 .80



10.3.-EQUIPO DE EVALUADORES

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- Lic. Enf. KARLA ISLA ESPIRITU
- Lic. Enf. TRINIDAD SANTILLANA HUAYRE
- Lic. Enf. MARÍA ELENA BALDEON ESTARES
- M.C. CARLOS SARMIENTO AMAO
- Lic. ROMILLY POUL MUÑOA FLORES
- Q.F. DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL
- Lic. Psic.KAROL MILENKA VASQUEZ CASTILLO
- Lic. MARILÚ HUAYRE ARROYO
- M.C. PETER ERNESTO ALVAREZ MEZA
- Obst.NORMA CHAGUA PARIONA
- M.C. MANUEL GONZALO NEYRA
- Ing. HANS BALDEON VAQUERIZO
- Lic. JOHNNY MELGAREJO CUEVA
- Tec.Adm. ANYELINA RUBY ZAPATA PARE
- **M.C. JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO (PRESIDENTE)**

N°	MACROPROCESO	AUTOEVALUADORES INTERNOS	N ° EQUIPO
GERENCIALES			
1	DIR DIRECCIONAMIENTO	Lic. ROMILLY POUL MUÑOA FLORES Q.F. DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL Lic.Psic.KAROL MILENKA VASQUEZ CASTILLO Lic.MARILU HUAYRE ARROYO	1
2	GRH GESTION DE RECURSOS HUMANOS		
3	GCA GESTION DE LA CALIDAD		
4	MRA MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCION		
5	GSD GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES		
6	CGP CONTROL DE LA GESTION Y LA PRESTACION		
PRESTACIONES MISIONALES			
7	ATA ATENCION AMBULATORIA	Lic. Enf. KARLA ISLA ESPIRITU Lic. Enf. TRINIDAD SANTILLANA HUAYRE Lic. M.C. CARLOS SARMIENTO AMAO M.C.JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO	2
8	AEX ATENCION EXTRAMURAL (NO APLICA)		
9	ATH ATENCION DE HOSPITALIZACION		
10	EMG ATENCION DE EMERGENCIA		
11	ATQ ATENCION QUIRURGICA		
12	DIV DOCENCIA E INVESTIGACION		
APOYO			
13	ADT APOYO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	M.C. PETER ERNESTO ALVAREZ MEZA Obst.NORMA CHAGUA PARIONA M.C. MANUEL GONZALO NEYRA Ing. HANS BALDEON VAQUERIZO Lic. JOHNNY MELGAREJO CUEVA Tec.Adm. ANYELINA RUBY ZAPATA PARE Enf. MARÍA ELENA BALDEON ESTARES	3
14	ADA ADMISION Y ALTA		
15	RCR REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
16	GMD GESTION DE MEDICAMENTOS		
17	GIN GESTION DE LA INFORMACION		
18	DLDE DESCONTAMINACION ,LIMPIEZA,DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)		
19	MRS MANEJO DE RIESGO SOCIAL		
20	NYD NUTRICION Y DIETETICA		
21	ISM GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES		
22	EIF GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA		



"Año de la Universalización de la Salud"

11.1 CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN

N°	MACROPROCESO	AUTOEVALUADORES INTERNOS	N° EQUIPO	CRONOGRAMA DE EVALUACION				
				DICIEMBRE				
				1°	2°	3°	4°	
GERENCIALES								
1	DIR	DIRECCIONAMIENTO	Lic. ROMILLY POUL MUÑOZA FLORES	1				
2	GRH	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	Q.F. DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL					
3	GCA	GESTION DE LA CALIDAD	Lic. Psic. KAROL MILENKA VASQUEZ CASTILLO		X			
4	MRA	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCION	Lic. MARILU HUAYRE ARROYO			X		
5	GSD	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES						
6	CGP	CONTROL DE LA GESTION Y LA PRESTACION						
PRESTACIONES MISIONALES								
7	ATA	ATENCION AMBULATORIA	Lic. Enf. KARLA ISLA ESPIRITU	2				
8	AEX	ATENCION EXTRAMURAL (NO APLICA)	Lic. Enf. TRINIDAD SANTILLANA HUAYRE Lic.					
9	ATH	ATENCION DE HOSPITALIZACION	M.C. CARLOS SARMIENTO AMAO					
10	EMG	ATENCION DE EMERGENCIA	M.C. JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO		X		X	
11	ATQ	ATENCION QUIRURGICA						
12	DIV	DOCENCIA E INVESTIGACION						
APOYO								
13	ADT	APOYO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	M.C. PETER ERNESTO ALVAREZ MEZA	3				
14	ADA	ADMISION Y ALTA	Obst. NORMA CHAGUA PARIONA					
15	RCR	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	M.C. MANUEL GONZALO NEYRA					
16	GMD	GESTION DE MEDICAMENTOS	Ing. HANS BALDEON VAQUERIZO					
17	GIN	GESTION DE LA INFORMACION	Lic. JOHNNY MELGAREJO CUEVA					
18	IDE	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)	Tec. Adm. ANYELINA RUBY ZAPATA PARE					
19	MRS	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	Enf. MARIA ELENA BALDEON ESTARES					
20	NYD	NUTRICION Y DIETETICA						
21	GIM	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES						
22	EIF	GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA						



XI.-EVALUACIÓN

La evaluación se realizará cada mes, sobre las actividades programadas en cada objetivo específico establecido. En cada reunión de Comité se evaluará el cumplimiento de nuestros objetivos consolidando los datos en un informe final.

XII.-RESPONSABILIDAD

- Área de Gestión de la Calidad

ANEXOS

1. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION
2. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACION EXTERNA
3. HOJA DE RECOMENDACIONES
4. MATRIZ DE SELECCIÓN



ANEXO N°1:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

MACROPROCESO:.....

EVALUADOR (ES):.....

FECHA DE EVALUACION:.....

SERVICIOS EVALUADOS:.....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:.....

CONDIGO DEL ESTANDAR:.....

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE-COMENTARIOS





ANEXO N°2:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACION EXTERNA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

MACROPROCESO:.....

EVALUADOR (ES):.....

FECHA DE EVALUACION:.....

SERVICIOS EVALUADOS:.....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:.....

CONDIGO DEL ESTANDAR:.....

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE AUTOEVALUACION	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE



ANEXO 3:

HOJA DE RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

EVALUADOR

LIDER:.....

FECHA:.....

SERVICIO EVALUADO:.....

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES



ANEXO N°4:

MATRIZ DE SELECCIÓN

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

PROBLEMAS DE INTERES	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL



Aplicar según "Manual para la mejora continua de la Calidad "aprobado con R.M.N"6402006/MINSA

