

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCAN

N° 208 -2021-D-HH-MINSA



RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán,

10 AGO 2021

VISTO:

El Expediente N°003009-2021 que contiene la Nota Informativa N°155-2021-AGC-HH, suscrito por la Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad; el Memorando N° 849-2021-UPE/HH/MINSA suscrito por la Jefa de la Unidad de Planeamiento; y

CONSIDERANDO

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se 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"; estableciendo que la autoevaluación es 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 conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el "Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;



Que, mediante **Nota Informativa N° 155-2021-AGC-HH**, de fecha 06 de agosto de 2021, la Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación mediante acto resolutorio del "Plan de Autoevaluación para la acreditación 2021 del Hospital de Huaycán";

Que, mediante **Memorando N° 849-2021-UPE/HH/MINSA**, de fecha 06 de agosto de 2021, la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, emite Opinión favorable al "Plan de Autoevaluación para la acreditación 2021 del Hospital de Huaycán", el mismo que tiene por objetivo promover una cultura de calidad en todo los servicios y áreas de nuestra institución para el cumplimiento de estándares y criterios establecidos de evaluación de la calidad. Plan que guarda coherencia y cumplimiento con los objetivos del Plan Operativo Institucional 2021.

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la Coordinadora del Área de Gestión de Calidad;

Que, el art. 11° del Reglamento de Organización del Hospital de Huaycán aprobado por **Resolución Ministerial N°190-2004/MINSA**, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre la cuales se encuentran, la de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia;

Contando con la Visación de la Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad y de Asesoría Legal;

De conformidad con lo dispuesto por la **Resolución Ministerial N°190-2004/MINSA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Huaycán, **Resolución Viceministerial N° 037-2020-SA/DVM-PAS**, de fecha 09 de noviembre de 2020, la **Resolución Viceministerial N° 002-2021-SA/DVMPAS** y Fe de Erratas de fecha 16 de enero de 2021;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la acreditación 2021 del Hospital de Huaycán", el mismo que forma parte de la presente resolución y que consta de veintiséis (26) folios.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Coordinadora del Área de Gestión de la Calidad del Hospital de Huaycán, la implementación del Plan aprobado en el Artículo anterior, su difusión, supervisión y cumplimiento, bajo responsabilidad.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que el Área de Comunicaciones e Imagen Institucional se encargue de publicar la presente resolución en la página web del Hospital de Huaycán.

REGISTRASE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

- LAMM/fja
DISTRIBUCIÓN
() Dirección
() U. Administración
() U. Planeamiento Estratégico
() A. Asesoría Legal
() A. Comunicaciones
() Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN
Luis Allende Manco Malpica
DR. LUIS ALLENDE MANCO MALPICA
C.M.P. 047457
DIRECTOR



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

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2021 DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN



AREA DE GESTION DE LA CALIDAD





I. 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 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
j)	TIEMPO DE DURACIÓN	: Diciembre 2021
k)	JEFE DE UNIDAD ORGÁNICA	: M.C. Luis Allende Manco Malpica
l)	COORDINADOR DE AREA	: Lic. Enf. Doris Norma Pagan Meza
m)	CORDINADOR DEL PP	: Lic. Enf. Doris Norma Pagan Meza

II. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la calidad en Salud aprobado mediante la R.M: N° 519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.MN°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional; el modelo organizativo es público con funciones compartidas.

El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, en los Planes Operativos Anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipó institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco el Hospital de Huaycan, plantea la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación para la Acreditación 2021 que direcciona, los procesos a seguir, el resultado del 2020 fue al 50 % en la Autoevaluación, este resultado nos permite





reorientar nuestros esfuerzos para continuar implementando las mejoras correspondientes en cada servicio y/o área.

III. BASES LEGALES

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Unidades de gestión de la calidad de Hospitales
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
7. Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
8. Resolución 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".
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. D.S.N° 044-2020-PCM - Se declara el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
13. D.S N° 045-2020-PCM - Precisa alcances del Art. 8 del D.S N° 044-2020-PCM, que declara el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
14. Resolución Ministerial N° 141-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 088-MINSA/2020/CDC: "Directiva Sanitaria para la implementación y funcionamiento de los equipos de Respuesta Rápida





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

(ERR) que realizan la vigilancia Epidemiológica de casos sospechosos de COVID-19.

15. RD N° 003 – 2020 INACAL DN Aprueban la Guía para la Limpieza y Desinfección de Manos y Superficies.
16. DS N° 015 – 2020 SA Medidas Temporales para asegurar el suministro de productos necesarios para la Salud en Emergencia Nacional del COVID 19.
17. RM N°972 – 2020/ MINSA Aprueban Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con Riesgo a Exposición a Sar Cov 2.
18. Resolución Ministerial N° 972 – 2020 MINSA Lineamientos para la Vigilancia, prevención y Control de la Salud por Exposición al SAR – CoV - 2

IV. 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.

V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Para el año 2020 obtuvimos el puntaje de 50% siendo el resultado final no Aprobado ya que para su aprobación en la Autoevaluación deberíamos tener un puntaje mayor de 80%.

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)



Establecimiento : HUAYCAN-0000005883

Tipo de Establecimiento : I-2





Fase: Autoevaluación

Año: 2020

Periodo :

1

MACROPROCESO

CATEGORIAS

Macroprocesos	Criterios Evaluación	Nro. total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	18.48	18.48	100.00	72.53	30.39	41.90
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	18.48	0.00	0.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.99	64.86			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	15.15	82.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	18.48	0.00	0.00			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	18.48	0.84	4.55			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	13.35	72.22	82.90	44.74	53.97
Atención extramural	13	9	4	0	13	11.88	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	6.60	6.60	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	51.81	28.27	54.56
Apoyo diagnóstico y tratamiento	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.49	52.94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	13.20	13.20	100.00			
Manejo del riesgo Social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00			





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

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.

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.

RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN 2017

Establecimiento: HUAYCAN
 Tipo de Establecimiento: B.1
 Fase: Autoevaluación
 Año: 2017
 Período: 1

Macroproceso	Alta (Aprobados)					Puntaje Máximo por Ítem (Puntaje)	Puntaje Obtenido por Ítem (Puntaje)	Cumplimiento %	Puntaje Valor x Cantidad	Puntaje Promedio	Puntaje Final
	E	P	R	T	Total						
Descontaminación	11	0	0	1	11	45.52	36.12	79.47			
Limpieza	11	5	0	0	11	45.52	29.71	64.71			
Desinfección	22	10	0	1	23	45.92	24.04	52.60	208.20	96.55%	96.55%
Manejo del riesgo de desastres	20	10	0	0	20	45.92	20.74	45.24			
Gestión de Seguridad ante Desastres	21	14	1	1	23	45.92	40.04	87.09			
Manejo de la Gestión y Atención	15	0	0	1	16	45.92	24.72	53.86			
Atención ambulatoria	14	0	0	0	14	45.92	40.18	87.60			
Atención especializada	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	330.75	96.55%	96.55%
Manejo de Emergencias	4	0	0	0	4	45.92	22.50	49.00			
Manejo de emergencias	14	1	0	0	15	16.40	10.54	64.74			
Atención de Emergencias	4	1	0	0	5	16.40	11.34	69.15			
Atención de Emergencias	0	0	0	1	1	0.00	0.00	0.00			
Atención de Emergencias	11	1	0	0	12	16.40	13.42	81.97			
Atención de Emergencias y Emergencias	10	3	0	0	13	16.40	10.31	62.89			
Atención y alta	13	0	0	0	13	16.40	8.67	52.59			
Atención y atención de emergencias	10	4	0	0	14	16.40	11.87	72.34	41.14	96.55%	96.55%
Gestión de emergencias	11	0	0	0	11	16.40	14.87	90.69			
Gestión de emergencias	11	0	0	0	11	32.80	21.97	66.55			
Atención de emergencias y emergencias	11	0	0	0	11	16.40	8.20	50.00			
Manejo del riesgo social	10	0	0	0	10	16.40	13.02	79.41			
Manejo del riesgo social	10	0	0	0	10	16.40	11.98	73.09			
Gestión de emergencias y emergencias	4	0	0	0	4	16.40	7.12	43.08			
Gestión de emergencias y emergencias	12	1	0	0	13	16.40	7.12	43.08	500.56	96.55%	96.55%
Total	328	138	0	0	328	560.96	429.07	76.50%			

PUNTAJE FINAL : 70%

RESULTADO FINAL
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)

Calificaciones
Aprobado: 85% + más



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.

VI. FUNDAMENTACION O JUSTIFICACION

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

Dicha Norma está diseñado, en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2021, por ser necesario mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

En este contexto, la implementación de la norma es de suma relevancia, para así comprobar el nivel de aplicabilidad en el Hospital de Huaycan y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores.

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Así mismo la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud.

En el Hospital de Huaycan, en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta como, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aún cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad. El presente documento responde expresamente al proceso de auto evaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Hospital de Huaycan.





VII. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo General.

Promover una cultura de calidad en todos los servicios y áreas de nuestra institución para el cumplimiento de estándares y criterios establecidos de evaluación de la calidad.

Objetivos Específicos

1. Capacitar y reentrenar a los evaluadores internos seleccionados para realizar la autoevaluación.
2. Emitir el informe y las recomendaciones para ser abordados con un proyecto o plan de mejoramiento
3. Elaborar el informe final de la Autoevaluación que contenga propuestas para la elaboración de acciones, planes y proyectos de mejora continua de la Calidad.

VIII. POBLACIÓN OBJETIVO

AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todas las unidades y servicios del Hospital de Huaycan.

DURACION

El presente trabajo se realizará durante el mes de diciembre del año 2021, correspondiente al cuarto trimestre, debido a que actualmente nos encontramos en pandemia por la COVID 19, se irán aplicando la autoevaluación por grupos con las medidas de bioseguridad necesarias.

IX. RECURSOS HUMANOS

9.1 Recursos humanos reales

- Equipo de Evaluadores internos 2021 del Hospital de Huaycán
- Coordinadores de las siguientes áreas:
 - Servicio de Medicina general
 - Servicio de Cirugía
 - Servicio de Anestesiología
 - Área de Obstetricia





- Servicio de Gineco-obstetricia
- Área de Enfermería de Hospitalización
- Área de Enfermería de Emergencias
- Área de Enfermería de centro Quirúrgico
- Área de Enfermería de Central de Esterilización
- Área de Enfermería de Consulta Externa
- Servicio de Apoyo al Diagnostico
- Servicio de Apoyo al tratamiento
- Áreas Administrativas

9.2 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

a) RECURSOS EN ALMACEN

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones del producto
01	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	2.3.15.12	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	2.3.15.12	1 unidad	0.50	50	S/25.00	Azul, Estándar punta fina
03	TABLERO ACRILICO CON SUJETADOR DE METAL	2.3.15.12	06	15.30	26	S/397.80	Acrílico, transparente tamaño oficio
Monto total							S/527.80

b) RECURSOS DE ADQUISICIÓN POR LOGÍSTICA

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones del producto
01	AGUA MINERAL	2.3.11.11	1	1.00	22	S/22.00	Botellas de agua de 650 ml
02	REFRIGERIO	2.3.11.11	1	9.00	22	S/198.00	Jugo con sándwich
03	SERVICIO DE FOTOCOPIADO	2.3.27.11.99	4	0.10	150	S/15.00	Copia de formatearía para la evaluación
Monto total							S/235.00





*El refrigerio se brindará a cada integrante como desayuno, el día de la autoevaluación que se llevará a cabo de 8am a 12pm.

*El agua mineral se entregará a cada integrante junto con un kit para que realicen la autoevaluación en el área que le corresponda.

*Las copias se entregarán a cada integrante para que apliquen en la autoevaluación.

C) CONSOLIDADO DE MONTO

Nº	ESPECÍFICAS	MONTO
01	RECURSOS EN ALMACEN	S/527 .80
02	PRODUCTOS DE ADQUISICIÓN POR LOGISTICA	S/235 .00
MONTO TOTAL		S/ 762.80

9.3.- EQUIPO DE EVALUACIÓN INTERNO

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CONDICIÓN	PROFESIÓN	FUNCIÓN
1	DORIS NORMA PAGAN MEZA	Nombrada	Enfermera	Evaluador líder
2	JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO	Nombrado	Medico	Presidente
3	MARIA ELENA BALDEON ESTARES	Nombrada	Enfermera	Evaluador
4	CARLOS SARMIENTO AMAO	Nombrado	Medico	Evaluador
5	NORMA CHAGUA PARIONA	Nombrada	Obstetra	Evaluador
6	CRISTINA PAUCAR CUSI	Cas	Químico Farmacéutico	Evaluador
7	JUAN CARLOS YAFAC VILLANUEVA	Nombrado	Medico	Evaluador
8	EDITH ROCIO JIMENES CARRERA	Cas	Enfermera	Evaluador
9	LUZMILA AIS ESPINOZA CRISTOBAL	Nombrada	Obstetra	Evaluador
10	DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL	Cas	Químico Farmacéutico	Evaluador
11	FLOR MELISSA LAZO ORDOÑEZ	Cas	Enfermera	Evaluador
12	VICTORIA GUEVARA	Nombrado	Asistente Social	Evaluador
13	JOHNNY MELGAREJO CUEVA	Nombrado	Administrador	Evaluador
14	ELIZABETH MARLENE BRUN TADEO	Cas	Nutricionista	Evaluador
15	TRINIDAD SANTILLANA HUAYRE	Nombrada	Enfermera	Evaluador
16	VICENTE MAMANI VILCA	Nombrado	Nutricionista	Evaluador
17	ZULY ROJAS MARTINEZ	Nombrado	Enfermera	Evaluador





9.4 CRONOGRAMA DE EVALUACION

N°	MACROPROCESO		EVALUADORES INTERNOS	N° EQUIPO	CRONOGRAMA DE EVALUACION				
					DICIEMBRE				
GERENCIALES					1°	2°	3°	4°	
1	DIR	DIRECCIONAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> DORIS NORMA PAGAN MEZA JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO MARIA ELENA BALDEON ESTARES CARLOS SARMIENTO AMAO NORMA CHAGUA PARIONA CRISTINA PAUCAR CUSI 	1					
2	GRH	GESTION DE RECURSOS HUMANOS							
3	GCA	GESTIN DE LA CALIDAD							
4	MRA	MANEJO DE RIESGOS							
5	GSD	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES							
6	CGP	CONTROL DE LA GESTION Y LA PRESTACION				X	X		
7	DLDE	DESCONTAMINACION ,LIMPIEZA ,DESINFECCION Y ESTERILIZACION							
8	MRS	MANEJO DE RIESGO SOCIAL							
PRESTACIONES MISIONALES					1°	2°	3°	4°	
1	ATA	ATENCION AMBULATORIA	<ul style="list-style-type: none"> JUAN CARLOS YAFAC VILLANUEVA EDITH ROCIO JIMENES CARRERA LUZMILA AIS ESPINOZA CRISTOBAL DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL FLOR MELISSA LAZO ORDOÑEZ 	2					
2	AEX	ATENCION EXTRAMURAL (NO SE APLICA)							
3	ATH	ATENCION DE HOSPITALIZACION							
4	EMG	ATENCION DE EMERGENCIA					X	X	
5	ATQ	ATENCION QUIRURGICA							
6	NYD	NUTRICION Y DIETETICA							
APOYO					1°	2°	3°	4°	
1	DIV	DOCENCIA E INVESTIGACION	<ul style="list-style-type: none"> VICTORIA GUEVARA JOHNNY MELGAREJO CUEVA ELIZABETH MARLENE BRUN TADEO TRINIDAD SANTILLANA CORILLA 						
2	ADT	APYO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO							
3	ADA	ADMISION Y ALTA							
	RCR	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA						X	X
	GMD	GESTION DE MEDICAMENTOS							





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

6	GIM	GESTION DE INSUMOS DE MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> VICENTE MAMANI VILCA ZULY ROJAS MARTINEZ 	3				
7	EIF	GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA						
8	GIN	GESTION D ELA INFORMACION						





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

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

9.5 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACION

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	2021										2022
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO			
ELABORACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION	COORD, DE GESTION DE LA CALIDAD	X	X									
APROBACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION CON RD	PLANEAMIENTO		X									
REUNION CON LOS COORDINADORES DE SERVICIO A FIN DE PROMOVER CULTURA DE CALIDAD.	COORDINACION DE GESTION DE LA CALIDAD.				X							
DESIGNACION DE ACTIVIDADES	COORD. AREA DE GESTION DE LA CALIDAD							X				
CAPACITACION A LOS EVALUADORES INTERNOS	COORD. AREA DE GESTION DE LA CALIDAD								X			
REUNION CON EL EQUIPO DE EVALUADORES	COORD. AREA DE GESTION DE LA CALIDAD							X		X		
AVISO A LOS JEFES SOBRE INICIO DE EVALUACION	COORD. AREA DE GESTION DE LA CALIDAD Y DIRECCION										X	





X. 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.

XI. 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





AGOSTO	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º

MACROPROCESOS																
	1º	2º	3º	4º												
Direccionamiento										X						
Gestión de Recursos Humanos											X					
Gestión de la Calidad										X						
Manejo del Riesgo de la Atención									X							
Gestión de Seguridad ante Desastres										X						
Control de la Gestión y Prestación														X		
Atención Ambulatoria											X					
Atención de Hospitalización														X		
Atención de Emergencias															X	
Atención Quirúrgica															X	



