

**PLAN DE AUTOEVALUACION
DEL HOSPITAL DE APOYO
SAN MIGUEL**

INDICE

	Pág.
Introducción	3
Finalidad	4
Objetivos	4
Base legal	4
Ámbito de Aplicación	5
Metodología de la Autoevaluación	5
Cronograma de Actividades del Eje de Autoevaluación	7
Recursos e instrumentos	8
Anexos	9

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de Autoevaluación Interna tiene la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de los estándares de acreditación de 22 macroprocesos determinando los nudos críticos para realizar las acciones y proyectos de mejora correspondientes.

Este proceso de Autoevaluación se basa en la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" (NTS Nro 050-MINSA / DGSP - V 02) aprobada con Resolución Ministerial Nro 456 -2007 / MINSA.

La evaluación interna es realizada por el Equipo de Evaluadores Internos quienes aplican el Listado de Estándares para Hospital / Micro Red II – 1 /I – 3, I – 4 para 22 macroprocesos e identifican las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. El resultado obtenido en el año 2021 fue de 57%, este resultado nos permite reorientar nuestros esfuerzos para continuar implementando las mejoras correspondientes en cada órgano y/o Unidad Orgánica del Hospital / Micro Red.

El proceso de Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo está orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, todo ello basado en los principios de universalidad, unidad, gradualidad y confidencialidad.

II. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que el Hospital brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Conocer el grado de cumplimiento en el de los estándares de acreditación del hospital.

3.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macro procesos.
- ✓ Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- ✓ Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital / Micro Red.
- ✓ Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 — Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 914-2010 / MINSA aprobó la NTS 021 -MINSA/DGSP v.02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueban Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud categoría III-1 y servicios médicos de apoyo dependiendo del nivel de categorización.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación del Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación a todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital

VI. METODOLOGIA Y ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACION

El equipo de evaluadores internos del Hospital utilizara diversas técnicas tales como: Verificación/ revisión de documento, observación directa, entrevista, muestras, encuestas y auditorias con el fin de evidencias y/o verificar el grado de cumplimientos de los estándares de calidad pre establecidos en los diferentes procesos del establecimiento de salud.

La autoevaluación del Hospital, estará a cargo de un equipo institucional de evaluadores internos con la capacidad de llevar a cabo dicha actividad, quienes harán uso del manual de estándares versión II, la cual nos permitirá determinar sus fortalezas y áreas sujetos a mejora.

El proceso de autoevaluación culminara con un informe final – recomendaciones y remisión del mismo a las instancias correspondientes para subsanar las deficiencias para la evaluación externa y su respectiva acreditación del Hospital.

6.1 CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION

Será realizada por la Dirección General y será aprobada por ella misma, mediante Resolución Directoral N° 139-2022-GRA-DIRESA-UERSSAMI-DE, se

aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital / Micro Red para el período 2022.

6.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Lista Oficial aprobado con Resolución Directoral. Con Resolución Directoral N° 139-2022-GRA-DIRESA-UERSSAMI-DE se aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital / Micro Red para el periodo 2022.

6.3 ELABORACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL

Elaborado por el Equipo de Evaluadores Internos. Al elaborar el Plan de autoevaluación se formarán grupos, los que se distribuirán entre todos los macroprocesos.

6.4 COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION

La Dirección General comunicará a los jefes de todas las Unidades Orgánicas del Hospital, quienes difundirán dentro del personal a su cargo, los días en los que se llevara a cabo dicha autoevaluación.

6.5 PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACION

Culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de datos.

6.6 REALIZAR SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DE LA RECOMENDACIONES

Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones. Se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada macroproceso.

Durante el 2022 se priorizarán 07 macroprocesos que tienen los resultados más bajos el 2021 y son:

- 1.** Gestión de equipos e infraestructura
- 2.** Gestión de la información
- 3.** Gestión de insumos y materiales

4. Apoyo al diagnóstico y tratamiento
5. Gestión de seguridad ante desastres
6. Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
7. Gestión de Medicamentos

VII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL EJE DE AUTOEVALUACIÓN 2021

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Conformar el Equipo de Acreditación y el Equipode Evaluadores Internos	Dirección General y Equipo de Gestión del Hospital							X				
Elaborar y Presentar el Plan de Autoevaluación del Hospital 2022	Equipo de Evaluadores Internos								X			
Capacitación de los Evaluadores internos.	OGC								X	X		
Actualización de la selección del listado de estándares de acreditación aplicables en Hospital	Equipo de Acreditación									X		
Reunión con los evaluadores internos para designar líderes responsables por cada macro-proceso estudio de la guía del evaluador interno.	OGC										X	
Evaluación in situ, de todos los macroprocesos	Equipo de evaluadores internos										X	
Procesamiento de Datos	OGC										X	
Análisis de los datos con el aplicativo actualizado	OGC										X	

Informe final del proceso de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos										X	
Socialización del Informe con los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital	OGC											X
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en la autoevaluación 2022	OGC											X
Informe del seguimiento de las observaciones	OGC											X

VIII.- RECURSOS E INSTRUMENTOS

- ✓ Evaluadores internos seleccionados y capacitados.
- ✓ Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Listado de estándares de acreditación categorías I-3, I-4 y II-1.
- ✓ Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Hoja de registro de datos para la evaluación.
- ✓ Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados.

ANEXO 1

EQUIPO DE ACREDITACIÓN (Resolución Directoral N°139-2022-GRA-DIRESA-UERSSAMI-DE)

Directora Del HASM

Jefe del servicio de Médicos

Jefe De Enfermeras

Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia

Jefe del Servicio de Pediatría

Jefe del Servicio de Hospitalización

Jefe del Servicio de Sala De Operaciones

Resp. del Serv. de Crec. y desarrollo del niño- niña

Jefe del Servicio de Farmacia

Resp. del Servicio de Sala De Operaciones

Resp. del Servicio de Psicología

Resp. del Servicio de Sala De Hospitalización

ANEXO 2

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (Resolución Directoral N°139-2022-GRA-DIRESA-UERSSAMI-DE)

Lic. En Enf. Irma Bautista Esquivel

M. C. Martin Rolando Pérez Reyes

M.C Ricardo Neptali Vásquez Angulo

Obst. Ever Rodolfo Janampa Yaranga

Q.F. Eduardo Chihuan Pantoja

M.C Edison Ordoñez Camposano