



Resolución Directoral

N° 58-2021-GRA/GRS/GR-HCM-D-UPPDI

VISTO.- El Informe N° 24 -2021-GRA/GRS/GR-HCM-D-UPPDI/GC, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad, Raquel Gissela Espinoza Collado, y

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la norma precitada, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA del 30 de Mayo del 2006, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual se señala que el eje de intervención de organización para la calidad de la designación de un Responsable, Comités y Planes de Calidad en Salud, como instancia para implementar, fomentar y fortalecer el apoyo técnico en el desarrollo de los procesos de mejoramiento de la calidad y demás componentes.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es el de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud en las organizaciones proveedoras de los servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional.

Que, mediante el Informe N°24-2021-GRA/GRS/GR-HCM-D-UPPDI/GC, presentado por la Coordinadora de Gestión de la Calidad, Cirujano Dentista Raquel Gissela Espinoza Collado, quien solicita la aprobación mediante acto resolutorio del PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

Por lo que, de conformidad con lo dispuesto en la Ordenanza Regional N°348-Arequipa, y en uso de sus funciones del Órgano de Dirección dispuesto en el Artículo 12° Literal e) Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia.

Con el visto bueno del Jefe de la Unidad de Planeamiento Presupuesto y Desarrollo Institucional, Jefe de la Unidad de Administración y Asesoría Legal del Hospital.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN".

ARTICULO SEGUNDO: Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución, ello dentro del plazo establecido en el Artículo 24 de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Dada en la sede Administrativa de la Unidad Ejecutora Hospital Central de Majes, a los 11 días del mes de marzo del 2021.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES - GRA

Certifico que el presente documento es
una copia fiel del original de lo que doy fe.

Fedatario N° 05 Reg. 32

Susana Puchco Vera

Folios N° 12 Fecha: 01/09/21

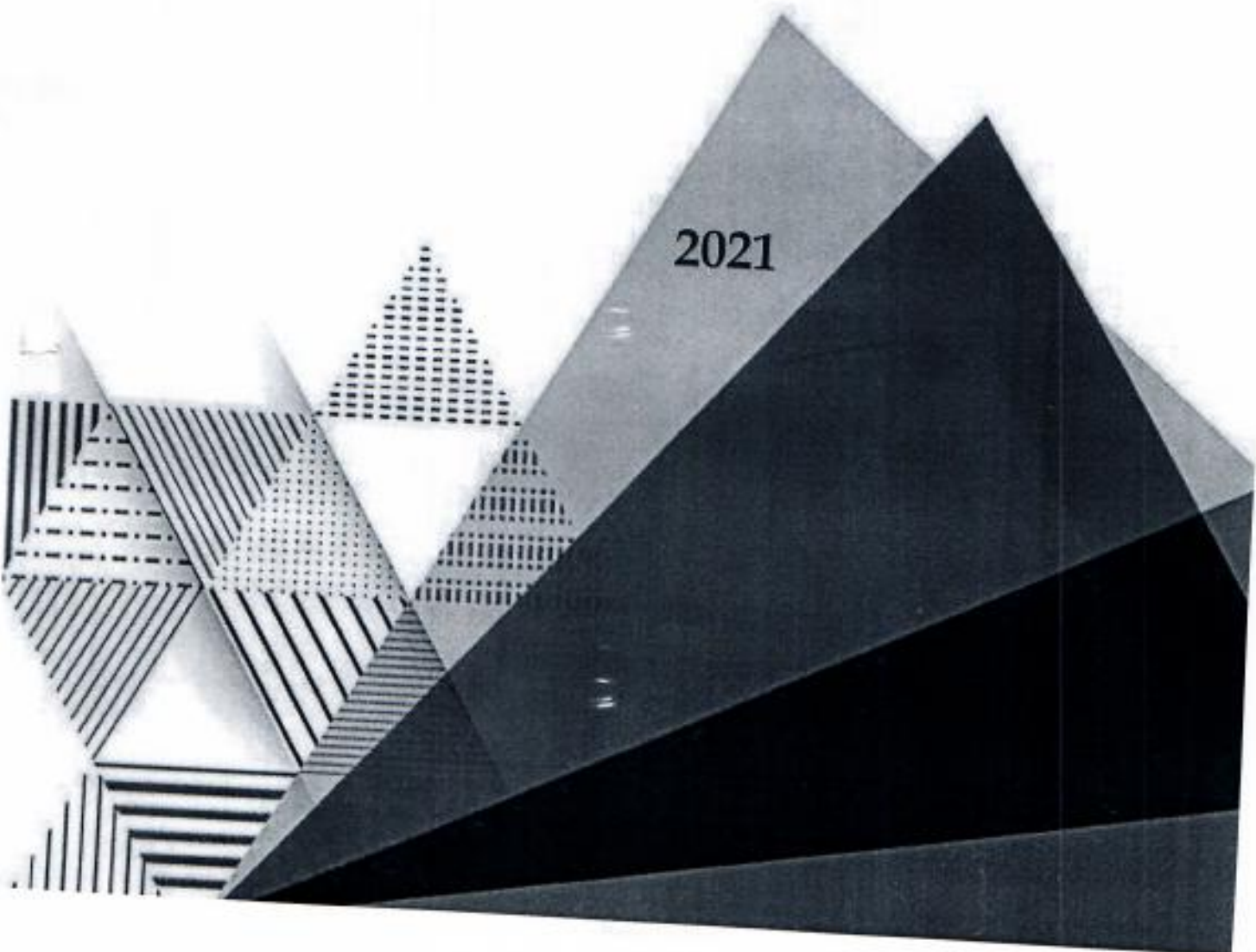
COPIA FIEL DEL ORIGINAL

COMPROBANTE DE RECIBO
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MUJERES - GRA
Certiﬁco que el presente documento es
una copia fiel del original de lo que doy Fe.
Fедatario N° 05 Reg. 32
Susana Patricia Vera
Folios N° 11 Fecha: 27/09/24

-4- COPIA FIEL DEL ORIGINAL

**PLAN DE TRABAJO DE
AUTOEVALUACIÓN Y
ACREDITACIÓN**

2021





- 4 -

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN, 2021

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA HOSPITAL CENTRAL DE MAJES - GRA	
Certifico que el presente documento es original y lo que hoy fe.	
Reg. N° 05	Reg. 32
Susana Pacheco Vera	
Firmas N° 10	Fecha 07/09/22



I.- INTRODUCCIÓN.

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

La Política Nacional de Calidad en Salud señala entre otras, que los proveedores de atención de salud asumen la responsabilidad del cumplimiento de normas y estándares de infraestructura, equipamiento, aprovisionamiento de insumos, procesos y resultados de atención; la implementación de mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud, la protección de los derechos de los usuarios, se vele por un trato digno, con el enfoque de interculturalidad, de género y se facilite el ejercicio de la vigilancia ciudadana en salud; asimismo, se implementen sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y hacer de la mejora continua su tarea central.

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

La Autoevaluación es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

II.- JUSTIFICACION

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital Central de Majes, cuenta con capacidades de brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

III.- OBJETIVO.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Realizar las Evaluaciones de los diferentes servicios asistenciales y administrativos del establecimiento.



3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- b) Implementar procesos de mejora posterior a la Evaluación.
- c) Capacitar al personal de salud sobre procesos y desarrollar los diagramas de flujo de cada servicio.

IV. ALCANCE

- ✓ La Dirección del Hospital Central de Majes y la Coordinación de Gestión de la Calidad como responsables del cumplimiento del presente plan, tiene el propósito de generar estrategias para su difusión y cumplimiento a cada servicio que va ser autoevaluado para cumplir los estándares según "Anexo ° 08 Verificadores, Técnicas y Fuentes Auditables de los Criterios de Evaluación".



V- BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- ✓ D.S. N° 023-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- ✓ D.S. N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y SMA.
- ✓ R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud"
- ✓ R.M. N°270-23099/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ R.M. N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Norma Técnica N|050 MINSA/DGSP-V.02 Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías IA, III-I.
- ✓ Anexo ° 08 Verificadores, Técnicas y Fuentes Auditables de los Criterios de Evaluación.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

1. El proceso comprende la Autoevaluación de cada servicio asistencial denominados como macroprocesos, teniendo un total de 22 macroprocesos que corresponden a cada servicios asitencial y en otros que se encuentran inmersos en Macroprocesos Comunes por tener similares funciones, lo que se hará a ambos servicios la autoevaluación.
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos que ya fueron capacitados.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 MINISTERIO REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL DE MAJES - GRA

Susy

Certifico que el presente documento es copia fiel del original. Dado que doy Fe.
 Fedatario N° 05 Reg. 32
 Susana Paclina Vera
 Folios N° 09 Fecha 01/07/21

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

a. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

Se conformo un Equipo de Evaluadores internos, cuyos miembros son personal capacitado por la GERESA para realizar estas funciones.

Equipo de evaluadores internos del establecimiento.

- C.D. Raquel Gissela Espinoza Collado.
- Dr. Johann Isaias Candía Medina
- Dr. Jose Junior centeno Arispe
- Lic. en Obst. Yumico Bejarano Yacolca
- Q. F. Flor Liliana Quicaño Linares.

3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos usando el Listado de Estándares de Acreditación que es el único instrumento para la evaluación periódica como *Anexo N° 08 Verificadores, Técnicas y Fuentes Auditables de los Criterios de Evaluación.*

a) Calificación de la evaluación:

h.1 - Aprobado / Acreditado

- ✓ Aprueba con el 85%

h.2 - No Aprobado / No Acreditado .

- ✓ 70 a 84.9% 6m nueva evaluación
- ✓ 50 a 69.9% 9m nueva evaluación
- ✓ Menor 50% autoevaluación

4. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
5. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.
6. Para la elaboración del Informe Final se va utilizar la *"Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo"*, R.M. N°270-2009/MINSA.

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD REGIONAL INTEGRAL DE AREQUIPA
HOSPITAL CENTRAL DE AREQUIPA - GRA

[Firma]

Certifico que el presente documento es copia fiel del original de la cual day Fe.

Fedatario N° 15 Pág. 32

Susana Pareda Vera

Foros N° 06 Fecha: 01/09/21



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

6. INDICADORES DE AUTOEVALUACION Y ACREDITACION - 2021

N° PROCESO	ESTÁNDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	Todos los Servicios del HCM se realizan la autoevaluación	Porcentaje de servicios que han realizado la autoevaluación	N° de Servicios de Salud que han realizado la Autoevaluación Total de Servicios de Salud que posee el Hospital Central de Mayas.	Annual	Reporte del aplicativo de Acreditación, del Hospital Central de Mayas, que han realizado la autoevaluación	95%	R.M. 456-2007-NTS de Acreditación 050- MINSAL/DCSP-V.02 R.M. N° 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"	II-1	Oficina de Calidad
		Porcentaje de los servicios del HCM, que han aprobado la Autoevaluación	N° de servicios del HCM que han aprobado la Autoevaluación Total de Servicios de Salud que posee el Hospital Central de Mayas	Annual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	65%			
3	Capacitación al personal e Salud	Porcentaje de personas capacitadas	Total trabajadores Total de trabajadores que asistieron a la capacitación	Actual	Informes, listas de asistencia	80%	Directivas y Normas técnicas	II-1	Dirección Oficina de Calidad



REGIONAL AREQUIPA - UMBRAL
 EQUIPA
 EQUIPA
 EQUIPA
 EQUIPA
 EQUIPA
 EQUIPA

Elaborado por: Susana Padilla Vera
 Fecha: 01.07.21

Firma: [Firma]

Federación N°: [Federación N°]
 Reg. N°: [Reg. N°]
 Fecha: 01.07.21

VII. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACION Y ACREDITACION DEL HCM. - 2021

N°	ACTIVIDAD	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA DE EJECUCION ANUAL/MESES													
			Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		
1	Elaboración del Plan de Trabajo	Aprobación del Plan con Resolución Directoral		X												
2	Conformación del Comité de Autoevaluación	Emisión de Resolución Directoral de conformación del Comité		X												
3	Conformación del equipo de evaluadores internos	Emisión de Resolución Directoral		X												
4	Capacitación a Coordinadores de las diferentes áreas sobre el levantamiento de observaciones de la Autoevaluación del 2020	Informe y lista de asistencia.			X	X	X	X	X							
5	Permiso e inicio de la evaluación a los diferentes servicios del presente año 2021	Informes de autorización del inicio de la evaluación y Fichas de la Autoevaluación de los diferentes servicios.									X	X				
6	Informes de resultados de la Autoevaluación del 2021.	Informes a Dirección y HCM												X		
7	Planes de Mejora para el levantamiento de las observaciones de la autoevaluación del 2021.	Informes y planes de mejora por cada servicio.														X
8	Informe Anual de todas las actividades realizadas	Informe Anual														X


 DIRECTOR GENERAL DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
 Y ESTADÍSTICA DE SALUD - DIES - GSA
 Este documento es
 válido por el tiempo que se indica en el
 Folio N° 06 Reg. 32
 Sistema Padrón de Datos
 Folios N° 06 Fecha: 01.09.21



7.1- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - A

ACTIVIDADES	SERVICIO/ AREA	RESPONSABLE	FEB.	OCT.	NOV.	DIC.
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación del evaluador líder			X			
Designación de Responsables por cada macroproceso			X			
Presentación del plan en Dirección			X			
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación			X			
Presentación del plan a jefe de servicios, personal			X			
Permiso y coordinación con los Serv. para inicio de Autoevaluación			X			
MACROPROCESOS						
Direccionamiento				X		
Gestión de recursos humanos	Planificación	CD. Gissela Espinoza C.				X
Gestión de la calidad	RRHH.					X
Manejo del riesgo de atención	G. Calidad	Q.F. Flor Quicabán L.				X
Emergencias y desastres	Epidemiología	CD. Gissela Espinoza C.				X
Control de la gestión y prestación	Defensa Nacional	MD Johann Candia M.				X
Atención ambulatoria	Auditoría	Lic. Obst Yumiko Bejarano Y.				X
Atención de hospitalización	Consult. Externo	Q.F. Flor Quicabán L.				X
Atención de emergencias	Hosp. Enf / Hosp. Obst. u Centro Obst.	MD Johann Candia M.				X
Atención quirúrgica	Serv. de emergencia	MD Johann Candia M.				X
Docencia e Investigación	Centro Quirúrgico	Dr. José Junior Centeno Arispe				X
Apoyo diagnóstico y tratamiento	Docencia e inv.	Q.F. Flor Quicabán L.				X
Admisión y alta	Laboratorio	CD. Gissela Espinoza C.				X
Referencia y contrarreferencia	Serv. de estadística	Lic. Obst Yumiko Bejarano Y.				X
Gestión de medicamentos	Ofic. de referencias y contrarreferencias	Dr. José Junior Centeno Arispe				X
Gestión de la información	Serv. de farmacia	Lic. Obst Yumiko Bejarano Y.				X
Esterilización, lavandería y limpieza	Serv. de estadística	Lic. Obst Yumiko Bejarano Y.				X
Manejo del riesgo social	Serv. de esterilización	Dr. José Junior Centeno Arispe				X
Manejo de nutrición de pacientes	Serv. de asistencia Social	MD Johann Candia M.				X
Gestión de insumos y materiales	Serv. de Nutrición y dietética	Dr. José Junior Centeno Arispe				X
Gestión de equipos e infraestructura	Serv. de Logística	Q.F. Flor Quicabán L.				X
Procesamiento de datos	Serv. de Mantenimiento	Dr. José Junior Centeno Arispe				X
Análisis de resultados						X
Elaboración del informe preliminar						X
Presentación, revisión y corrección del informe preliminar						X
Entrega del informe técnico a Dirección.						X



CD. Gissela Espinoza C.

FEB.
 OCT.
 NOV.
 DIC.

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

7.2 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - B

RESPONSABLES	MACROPROCESOS	SERV./ AREAS/	NOV							
			Viernes 5	Martes 9	Miercoles 10	Jueves 11	Viernes 12	Sabado 13		
CD. Gisela Espinoza C.	Direccionamiento	Planificación								
CD. Gisela Espinoza C.	Gestión de recursos humanos	RRHH.			X					
Q.F. Flor Quicahu L.	Gestión de la calidad	G. Calidad			X					
CD. Gisela Espinoza C.	Manejo del riesgo de atención	Epidemiología		X						
MD Johann Candia M.	Emergencias y desastres	Defensa Nacional		X						
Lic. Obst Yunico Bejarano Y.	Control de la gestión y prestación	Auditoria			X					
Q.F. Flor Quicahu L.	Atención ambulatoria	Consult. Externo				X				
MD Johann Candia M.	Atención de hospitalización	Hosp. Enf / Hosp. Obst. u Centro Obst.								
MD Johann Candia M.	Atención de emergencias	Serv. de emergencia			X					
Dr. José Junior Centeno Arispe	Atención quirúrgica	Centro Quirúrgico			X					
Q.F. Flor Quicahu L.	Docencia e Investigación	Docencia e inv.								
CD. Gisela Espinoza C.	Apoyo diagnóstico y tratamiento	Laboratorio			X					
Lic. Obst Yunico Bejarano Y.	Admisión y alta	Serv. de estadística					X			
Dr. José Junior Centeno Arispe.	Referencia y contrarreferencia	Ofic. de referencias y contrarreferencias					X			
Lic. Obst Yunico Bejarano Y.	Gestión de medicamentos	Serv. de farmacia								
Lic. Obst Yunico Bejarano Y.	Gestión de la información	Serv. de estadística					X			
Dr. José Junior Centeno Arispe	Esterilización, lavandería y limpieza	Serv. de esterilización					X			
MD Johann Candia M.	Manejo del riesgo social	Serv. de asistencia Social						X		
Dr. José Junior Centeno Arispe	Manejo de nutrición de pacientes	Serv. de Nutrición y dietética								
Q.F. Flor Quicahu L.	Gestión de insumos y materiales	Serv. de Logística								
Dr. José Junior Centeno Arispe	Gestión de equipos e infraestructura	Serv. de Mantenimiento	X							X

Controlado por el equipo de calidad
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES - GIRÁ
Fecha: 01.09.21

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES
Dr. Pablo Ramos Ari
DIRECTOR EJECUTIVO
C.A.P.I. 44603 R.N.E. 23771



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

VIII- EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL ESTABLECIMIENTO. EVALUADORES

- C.D. Raquel Gissela Espinoza Collado.
- Dr. Johan Isaias Candía Medina
- Dr. Jose Junior centeno Arispe
- Lic. en Obst. Yumico Bejarano Yacolca
- Q. F. Flor Liliana Quicaño Linares



COPIA FIEL DEL ORIGINAL



AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES "Ing. Ángel Gabriel Chura Gallegos"

MACROPROCESO N° _____ : _____

SERVICIOS EVALUADOS: _____

RESPONSABLE DEL SERVICIO: _____

EVALUADOR: _____

PROFESION: _____

FECHA: _____

CODIGO ESTANDAR	CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DE PUNTAJE EN CASO DE DISCREPANCIA	PUNTAJE DE AUTOEVALUACION	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	TIEMPO PARA LEVANTAR LA OBSERVACION (meses)
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				



ENCUENTRO REGIONAL DE CALIDAD
SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA
SERVICIOS DE SALUD - GRA

[Signature]

Certificado que se presenta. Documento es copia del original de la que doy fe.
Frendeliano N° 05 Reg. 32
Susana Pacheco Vera
Folios N° 02. Fecha: 01/09/16

List. chequeo

ANEXO AL MACROPROCESO N° _____;
SERVICIO EVALUADO: _____

RESPONSABLE DEL SERVICIO: _____

FECHA: _____

CODIGO ESTANDAR	CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DE PUNTAJE EN CASO DE DISCREPANCIA	PUNTAJE DE AUTOEVALUACION	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	TIEMPO PARA LEVANTAR LA OBSERVACION (meses)
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				
			Verif. Doc. Obsv Muest/enc List. chequeo				



INSTITUCION: HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA
 DEPARTAMENTO: DIRECCION DE CALIDAD
 CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD
 Emitido el: 02/07/2021 a las 10:00 AM por: J. J. J. J.
 Fecha: 02/07/2021
 Sustento: Protocolo de trabajo

COPIA FIEL DEL ORIGINAL