

PLAN DE AUTOEVALUACION
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

1. INTRODUCCION

En el marco del sistema de gestión de la calidad en salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de calidad, que comprende este sistema. En la actualidad el ministerio de salud a través de la dirección de calidad, esta desarrollando una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual esta siendo previamente sometida a validación en todos los subsectores prestadores del sector salud, esta propuesta contiene cuatro características(1) el proceso de acreditación es único, de aplicación nacional; (2) el modelo de organizativo es publico con funciones compartidas ; (3) la delegación de la función de decisión a entes sectoriales, a nivel nacional y regional, y, (4) estándares diferenciados: de aplicación única y especifica.

El rediseño del proceso de acreditación se caracteriza por lo siguiente: (1) la inclusión de la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación en los planes operativos anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, y una equivalencia de obligatoriedad explicita para los prestadores privados;(2) la creación de un cuerpo colegiado autónomos, sectorial y componente en el tema , relacionado con MINSA/gobiernos regionales para ejercer la función de negar o conferir la acreditación y de otras funciones de regulación nacional/regional; (3) la inclusión de la evaluación por pares, como segunda fase, de carácter voluntario,a cargo de un POOL de evaluadores contratados por la DCS-MINSA/DESP-DIRESAS, cuya contratación estaría condicionada ciertos criterios;(4) el traslado de la evaluación externa ,como tercera fase, de carácter voluntario, pero con incentivos explícitos, tanto intrínsecos como extrínsecos, a agrupaciones de evaluaciones de expertos; (5) la eliminación del modelo de evaluación Externa basada en los sistemas de evaluación de conformidades, que concluye en emisión de un certificado, a cambio de un informe técnico.



De carácter institucional y controlado por los sectores involucrados ;(6) dos opciones para la confidencialidad de los resultados:

Auto evaluación y evaluación por pares- confidencial y solo compartida para fines institucionales; y , evaluación externa que concluye en la acreditación- de dominio publico; (7) asignación de función de generación de capacidades al IDREH;(8) financiamiento mixto, básicamente de origen publico, manejado en un FONDO INTANGIBLE cuyo uso y destinos estén previamente regulados ; (9) participación social para las fases de validación, decisión y control, (10) dos niveles de estándares para todos los niveles de complejidad: genéricos y específicos; (11) la acreditación por conjunto de establecimientos de salud del segundo nivel de atención organizados en Hospitales; (12) cinco niveles de calificación y condición de "acreditado" condicionados al cumplimiento de estándares y al tiempo de absolución de las no conformidades.

El Hospital II-1 Moyobamba, en este proceso de validación de la propuesta de acreditación viene haciendo acciones de; revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el manual de estándares de acreditación, y se ha obtenido importantes aportes a ambos documentos.

2. JUSTIFICACION

Siendo el objetivo del sistema, 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 y la propia organización, la actual propuesta de acreditación de servicios de salud se constituye en un proceso diseñado, después de nueve años de experiencia.

La propuesta está diseñada 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 2023. En este contexto, la validación de la propuesta de suma relevancia, para así comprobar el



nivel de aplicabilidad de la propuesta en los prestadores regionales de salud y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores, los administradores regionales y las autoridades sanitarias quienes van a velar por su cumplimiento.

Este proceso se hace aún más exigente si se tiene en cuenta que el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su permanencia a alguno de los cuatro subsectores de nuestro sistema de salud. Aún mas, si se partió del supuesto de la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega hasta la prestación de salud y que esta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, y de reflejar esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derecho en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios.

En el Hospital II-1 Moyobamba en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de 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 permite un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y capacidad de respuesta como Hospital. En perspectiva de desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basada en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional que genera un claro incentivo mas aun cuando este ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

3. FINALIDAD:

Fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de la atención camino a la acreditación.



4. ALCANCE

El alcance de la aplicación del manual de estándares de acreditación para su validación en el Hospital II-1 Moyobamba abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.

5. BASE LEGAL

- 5.1 Ley N° 26842, "ley general de salud"
- 5.2 Ley N° 27657, "ley del ministerio de salud"
- 5.3 D.S N° 023-2005-SA, Que aprueba en el "Reglamento de organización y funciones del ministerio de salud"
- 5.4 Ley N° 27813, "ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud"
- 5.5 Ley N° 27867, "ley orgánica de los gobiernos regionales"
- 5.6 Ley N° 27444, "ley general de procedimientos administrativos"
- 5.7 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud"

6. OBJETIVOS

GENERAL

Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la evaluación del cumplimiento de los estándares y criterios nacionales de calidad establecidos según la normatividad vigente.

ESPECIFICOS

- a) Establecer una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación en el Hospital II-1 Moyobamba.



- b) Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones del establecimiento de salud para brindar servicios de salud con calidad.
- c) Mejorar el diseño de los instrumentos de acreditación.
- d) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.

7. METODOLOGIA

La autoevaluación es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos los cuales ya cuentan con la capacitación y aprobación respectiva.

La unidad de Gestión de la Calidad tiene asignada la función de organización de los procesos de acreditación, para lo cual se cumplirá con el monitoreo de los siguientes pasos:

- Aprobación del plan de Acreditación: Se remitirá el plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con resolución directoral como lo indica la norma técnica de Acreditación de servicios de salud.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud:
- La autoevaluación se realizará con la designación de un equipo de trabajo designado por el comité de acreditación, de acuerdo a determinados perfiles y a los macro procesos a ser evaluados, previa consulta individual, seguida de la autorización de la jefatura respectiva, con la finalidad de tener continuidad y satisfacción en el trabajo que le será encomendado.
- Conformación de equipos y elaboración de cronogramas de reuniones: Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine. Cada equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de su macro proceso, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información si fuese necesario.



- Esta actividad se realizará por cada macro proceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.
- Preparación de materiales:
 - Culminada la revisión, el coordinador de cada equipo entregará a la Unidad de Gestión de la Calidad sus requerimientos (Instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar luego el proceso de autoevaluación.
- Sensibilización al equipo de gestión hospitalaria:
 - A cargo del comité de Acreditación, quien realizará la actividad de sensibilización previa en coordinación con la alta Dirección.
- Planificación de las visitas de auto evaluadores a los servicios:
 - Esta actividad será desarrollada por cada equipo evaluador, que coordinará con las jefaturas involucradas en los macro procesos a evaluar a fin de definir fechas y horas de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente.
- Entrega de informes de cada macro proceso para el ingreso al software:
 - Actividades de desarrollar por cada equipo auto evaluador que será entregada en los formatos establecidos para tal fin.
- Elaboración del informe final de auto evaluación:
 - A cargo de evaluador líder, coordinadores de equipos de auto evaluación y comité de acreditación.
- Socialización de los resultados:
 - Esta actividad será coordinada por el comité de acreditación y la alta Dirección fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.
- Si en el proceso de autoevaluación interna se consigue una puntuación igual o mayor a 85, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente.



- Si el puntaje es menor a 85, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora, nueva autoevaluación en 6 meses.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	I Trim			II Trim			III Trim			IV Trim		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Conformación de equipo de acreditación del Hospital II-1 Moyobamba para su aprobación con RD.	Dirección General	Resolución	Anual		X										
Conformación de equipos multidisciplinarios	Dirección General	Resolución	Anual		X										
Elaboración y revisión del plan anual de Acreditación 2022.	Unidad Gestión de la Calidad	Actas	Anual		X										
Presentación del Plan anual de Acreditación a la Dirección General para su aprobación con RD.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Anual			X									
Capacitación con IGSS sobre Acreditación a los evaluadores internos.	Comité de Acreditación/Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Anual				X								
Elaboración de listas de chequeo para la autoevaluación.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Anual				X								
Reunión de sensibilización y capacitación a evaluadores internos.	Comité de Acreditación/Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual				X								
Plan de visitas para el levantamiento de la información.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Mensual					X							
Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual						X						
Socialización de resultados.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral							X					
Elaboración y entrega de informes por macro procesos.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Semestral								X				
Elaboración de informe final y resumen ejecutivo	Comité de Acreditación	Informe	Semestral									X			
Si se obtienen puntaje menor a 85, levantamiento de observación, nueva autoevaluación en 6 meses	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Semestral										X		



Si se obtiene puntaje menor a 85, se solicitar evaluación externa.	Dirección General	Informe	Semestral										X	
--	-------------------	---------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--




 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
 OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
 Obst. *Miryam Mori Merino*
 Coordinadora de Gestión de la Calidad de los
 Servicios de Salud Seguridad del Paciente