

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 212 -2023-DG-HRGDV A.

Abancay,

07 SEP. 2023

VISTO:

El Informe N°76-2023-OGC-HRGDV-AB, de fecha 24 de agosto del 2023 y demás documentos que forman parte integrante de la presente resolución, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, dispone 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, Vigilar y promoverla". Asimismo, es de interés público la provisión de servicio de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante Ordenanza Regional N° 005-2020-GR-APURIMAC/CR, se aprueba el Organigrama Institucional y Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay; cuya disposición legal establece que, dentro de las atribuciones y responsabilidades del Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, está la emisión y aprobación de documentos técnicos normativos, para mejorar la Gestión Pública de la Institución;

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 Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, según su nivel de complejidad, cuente con capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

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 susceptible de mejoramiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica de Evaluación para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo",



Av. Daniel Alcides Carrón



083-321006/ 083-321108



HRGDVA



hrgdv.log@gmail.com



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 212 -2023-DG-HRGDV A.

Abancay, 07 SEP. 2023

teniendo entre otros objetivos, la de proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, asimismo establece el esquema para la elaboración del Plan de Autoevaluación, el mismo que debe ser elaborado por el Equipo de Evaluador Seleccionado;

Que, mediante Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, de fecha 21 de febrero del 2022, se aprobó la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad la de contribuir al logro de objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, mediante Informe N°76-2023-OGC-HRGDV-AB, de fecha 24 de agosto del 2023, la Jefa de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, solicita al Director General, la aprobación mediante acto resolutivo directoral del Plan de Autoevaluación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, para la ejecución según la Noma Técnica NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, el Plan de Autoevaluación, tiene por finalidad establecer los criterios para el desarrollo de la evaluación del Proceso de Acreditación, correspondiente a la primera fase de Evaluación Interna, buscando lograr mayor proceso y organización en la aplicación de los Macroprocesos, por lo que corresponde emitir el respectivo acto resolutivo;

En consecuencia, contando con la visación de las Oficinas Ejecutivas de Asesoría Jurídica, Administración, Recursos Humanos, Planificación Presupuesto del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, en uso de las facultades conferidas por el T.U.O de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el D.S. N° 004-2019-JUS, Decreto Legislativo N°276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°005-90-PCM, y la Resolución Directoral N°137-2023-DG-DIRESA-AP y la Resolución Directoral N°314-2023-DG-DIRESA-AP.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2023", cuyo anexo forma parte integrante de la presente Resolución.



Av. Daniel Alcides Carrón



083-321006/ 083-321108



HRGDVA



hrgdv.log@gmail.com





GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 212 -2023-DG-HRGDV A.

Abancay, 07 SEP. 2023

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, realice la implementación, aplicación y supervisión del Plan aprobado mediante la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- TRANSCRIBIR, la presente Resolución Directoral a los órganos administrativos y a los interesados para conocimiento y fines consiguientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
Mc. Jesús Ramón Arteaga Pinazo
CMP N° 037969
DIRECTOR GENERAL

CC:
Archivo
Of. Asesoría Jurídica
Of. Administración
Of. Planificación, Presupuesto
Of. RR.HH.
Of. Gestión de la Calidad
RMM/dvp



Av. Daniel Alcides Carrión



083-321006/ 083-321108



HRGDVA



hrgdv.log@gmail.com





GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



PLAN DE AUTOEVALUACION 2023



**UNIDAD DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD**





GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



I. INTRODUCCIÓN:

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante R.M. 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los establecimientos de salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. Actualmente la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de Junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos 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. Así mismo conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD aprobado por Decreto Supremo N° 008-2014-SA, donde asume la conducción y supervención del proceso de acreditación, por lo cual MINSA transfiere a SUSALUD dicho proceso.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fue categorizado nivel II-2. El 20 de Noviembre del 2008 con Resolución Directoral N° 615- 2008-DGDGDRH-DIRESA, mediante Resolución Ministerial N° 449-2010/MINSA del 03 de junio del 2010 se aprobó el nuevo Reglamento de Organización y Funciones; en tal sentido, resulta pertinente consolidar el importante avance en el desarrollo Institucional emprendiendo el imprescindible proceso de acreditación en el marco normativo vigente y particularmente de las antes mencionadas.

El presente plan de trabajo, incluye los aspectos organizativos, la selección y constitución de un equipo de profesionales evaluadores internos (10 integrantes), la ejecución propiamente de la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la norma, la realización del informe final y la retroalimentación; planteándose además, entre otros, que el Director y su equipo de Gestión se sensibilicen y apoyen este propósito, la coordinación y comunicación con las instancias superiores del proceso en curso.



PERÚ

MINSA

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FINALIDAD:

El plan de Autoevaluación 2023, tiene por finalidad establecer los criterios para el desarrollo de la evaluación del Proceso de Acreditación, correspondiente a la primera fase de Evaluación Interna, buscando lograr mayor proceso y organización en la aplicación de los Macroprocesos.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación: la autoevaluación, mediante la aplicación de la metodología y criterios establecidos según la norma correspondiente, con la participación del Director y su Equipo de Gestión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Constituir los grupos y responsables para las actividades que darán inicio a la autoevaluación en función a la normatividad.
- Lograr que la Dirección y Jefes de Departamentos, Oficinas, Servicios y Unidades se sensibilicen y colaboren con el proceso de autoevaluación.
- Ejecutar la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la Norma. Contribuir con las Unidades Orgánicas en la identificación de los problemas y necesidad que conlleva a la elaboración de Proyectos de Mejora.
- Concluir con la elaboración del Informe Final y remitir a las Instancias correspondientes.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N2 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



Decreto Supremo N° 008-2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Resolución Ministerial N° 1263-2004/ MINSA que aprueba el "Lineamientos para la Organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".



➤ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".

➤ Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba "Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.

➤ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica N° OSO- MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.

➤ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

➤ Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud".

➤ Resolución directoral N° 156- 2023- DG-HRGDV- A, aprueba la conformación del equipo de acreditación.



VI. CONTENIDO:

6.1. JUSTIFICACIÓN:

La acreditación junto a procesos como la auditoría de la calidad de atención, el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente, la evaluación de tecnología sanitaria y entre otros, permitirá que potencien a efecto de alcanzar los resultados esperados en términos de implementación y en cumplimiento. Del componente de garantía y mejora de la calidad.

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 cumple con estándares de calidad aceptable.

En el presente año 2023 se conformó el Equipo de Evaluadores Internos, quienes serán capacitados por el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.



En la Norma Técnica de Acreditación, se establece que el equipo de evaluadores internos debe elaborar el Plan de Autoevaluación. El presente Plan, responde al cumplimiento de la Norma Técnica citada.

Los recursos materiales utilizados, horas profesionales de trabajo dedicados, la priorización de estas actividades respecto a otros en el desarrollo del presente Plan, es una inversión con resultados garantizados, que no es fácilmente evidenciable en el plazo inmediato.

6.2. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del Listado de Estándares de Acreditación correspondiente al nivel II-2, contando con la participación activa del Director, Jefaturas, Coordinadores y Responsables de las Unidades Orgánicas del Hospital como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora. La experiencia y capacitación impartida al seleccionado equipo de evaluadores internos, permitirá verificar el cumplimiento de los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios ofertados en los plazos considerados en el Plan de autoevaluación con respaldo de la normativa vigente.

Las técnicas a usar por el equipo de autoevaluación serán: de verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas, auditorías, siendo el principal instrumento la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". El equipo de autoevaluación trabajará en estrecha coordinación con el Equipo de Acreditación del HRGDV, para lo cual se definen los objetivos y las actividades y el cronograma correspondiente.

6.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN:

6.3.1. Constituir los grupos y responsables para las actividades que darán inicio a la autoevaluación en función a la normatividad. Se realizará un Curso Taller de "Evaluación Interna en los Servicios de Salud del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega" en Agosto del 2023, siendo el primer paso, una vez constituido el equipo de evaluadores internos, llevar a cabo una reunión que dará inicio al desarrollo y ejecución del presente Plan, previa revisión del informe anterior, cuya experiencia se propone la conformación de 3 grupos y un grupo de 4 con la designación de los líderes y responsables para los macroprocesos:



PERÚ

MINSA

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. JOSE PATRICIO BECERRA RODRIGUEZ	DIRECTOR ADJUNTO
ABOG. ARTURO PAZ HERMOSA	DIRECTOR DE LA OFICINA DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS
ING. ECON. JUAN JOSE ROJAS APAZA	DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION
M.C. ISNEL RENAN RAMOS MORON M.C. KATY SARMIENTO VALENZUELA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA, ANATOMIA PATOLOGICA Y BANCO DE SANGRE
DR. ALBERTO MENDOZA MEDINA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA.
LIC. ENF. RUTH SOTO VARGAS	JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD
OBST. ZULMA DAVILA QUIROGA	JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
LIC. ENF. YOLANDA RAMOS CHAVARRIA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
C.P.C. JUAN CARLOS CONTRERAS MERINO	JEFE DE LA UNIDAD DE PLANES Y PROGRAMAS
C.P.C. MARISOL INCA ALEGRIA	JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA

6.3.2. De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de la autoevaluación. Los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya establecidos y remitirán sus Informes a la oficina de Gestión de Calidad encargada del Proceso de Acreditación, quien a su vez consolidará la información y en última reunión con los evaluadores internos emitirán el Informe final.

6.3.3. Lograr que la Dirección y Jefes de Departamentos, Oficinas, Servicios y Unidades se sensibilicen y colaboren con el proceso de autoevaluación.

Se formularán estrategias de comunicación orientadas a sensibilizar y acoger la colaboración de los Jefes, Coordinadores y trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y acreditación Institucional. Para lo cual se realizará la presentación del plan en reunión del Equipo de Acreditadores.

Contribuir con las Unidades Orgánicas en la identificación de los problemas y necesidades que conllevan a la Elaboración de Proyectos de Mejora.

Los evaluadores internos dejarán evidencias de las observaciones identificadas según MACROPROCESO evaluado que puedan contribuir en la elaboración de proyectos de mejora continua en las áreas correspondientes.

6.3.4. Concluir con la elaboración del Informe Final y remitir a las Instancias correspondientes. Como paso final es la elaboración de los informes de cada equipo evaluador y remisión al Equipo de Redacción que se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el informe final que debe ser elevado a la Dirección y niveles correspondientes.

Finalmente se procederá a la retroalimentación a las Jefaturas, Coordinaciones y trabajadores en general.

VII. PRESUPUESTO:

Para la ejecución del presente estudio que nos permite medir la Autoevaluación y llegar a la Acreditación de la Institución, juntamente con los evaluadores externos e internos y la participación de cada departamento, servicio, áreas correspondientes.

Para el cumplimiento de esta actividad es necesario contar con un presupuesto que se detalla en el cuadro siguiente:

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	MONTO TOTAL
Fotocopia para el listado de estándares de Acreditación	Unidad	30	S/. 0.20	S/. 6.00
Papel bond	4 Paquete (500 hojas)	2000	S/ 17.00	S/. 34.00
Lapicero	Unidad	12	S/. 1.00	S/. 12.00
TOTAL		2.042	S/. 18.20	S/. 52.00

VIII. ACTIVIDADES:

Las actividades programadas contienen aspectos establecidos dentro de la líneas de trabajo del plan de autoevaluación del Hospital Guillermo días de la Vega- Abancay 2023.

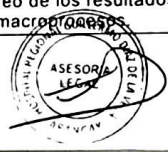


GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDADES OPERATIVAS	RESPONSABLE	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC
Programación de la autoevaluación en el Plan Operativo Institucional POI.	Unidad de Planes y Programas	1	Documento			X		
Coordinación con la dirección general para la conformación del equipo de acreditación.	Res. Oficina de la Calidad	1	R.D. Que reconoce al equipo de autoevaluación			X		
Conformación del equipo de evaluadores internos	Dirección General				X	X		
Oficialización del equipo de acreditación	Dirección General							
Reunión del equipo de autoevaluación interna para la elección del evaluador líder.	Dirección General					X		
Capacitación del equipo de evaluadores internos por macroprocesos.	Equipo DIRESA	1	Informe de capacitación			X		
Reunión para elaborar el plan de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos	1	Acta		X			
Aprobación del plan de autoevaluación	Dirección General	1	R.D que aprueba el plan de autoevaluación		X			
Comunicación oficial a la DIRESA del inicio de autoevaluación	Dirección General	1	Documento		X	X		
Preparación de instrumentos para la autoevaluación	Equipo de evaluadores internos	1	Instrumentos			X		
Remisión a Jefes de Departamento los estándares y criterio de evaluación y delegación de responsable de servicio que interactuara con evaluadores.	Dirección general	1	Documento				X	
Desarrollo de autoevaluación según N.T.S Semestral.	Resp. oficina de la calidad	1	Informe	X	X		X	
Monitoreo de los resultados de la autoevaluación de los macroprocesos.		2		X	X	X	X	X



[Handwritten signature]
Lic. [illegible]

