



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 093 -2024-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 01 de ABRIL del 2024

Visto, el Memorando N°423-2024-GRL-GRS-L/30.50, emitido por la Dirección General conteniendo el Oficio N° 091-2024-GRL-GRS-L/30.50.06 emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N° 024-2024-GRL-GRS-L/30.50.06, presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral del documento denominado "Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación 2024 del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

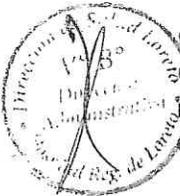


CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término acreditación como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;



Que, con Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud; orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;



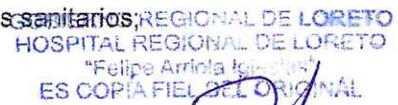
Que, mediante la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP.V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, con Resolución Ministerial No.270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación; buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, a través de la Resolución Ministerial No.370-2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa No.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 en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de la Calidad en Salud", cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 093 -2024-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 01 de ABRIL del 2024

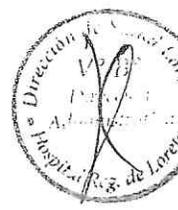
Que, mediante la Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, cuyo objetivo es proporcionar a las autoridades sanitarias los criterios técnicos y metodológicos, para el proceso de categorización de establecimientos del Sector Salud, en su respectivo ámbito geo socio-sanitario;



Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N°728-2015-GRL-P, y ratificado con Ordenanza Regional N°008-2016-GRL-CR de fecha 12 de mayo del 2016 se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", y mediante su artículo 27°, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, y tiene asignada la función e) asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica según las normas que establezca el Ministerio de Salud;



Que, el Reglamento mencionado en el párrafo anterior, en su Segunda Disposición Complementaria establece que el Director General podrá establecer los comités y/o comisiones permanentes o temporales según sea el caso, necesarios para la dinámica e interrelaciones de coordinación de los diferentes órganos u unidades orgánicas;



Con el visado de la Sub Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" y en uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ejecutiva Regional N°155-2024-GRL-GR, de fecha 28 de febrero del 2024, designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación 2024 - Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", con un total de nueve (09) folios que desarrolla ocho (08) ítems.



Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento, monitoreo y distribución del Plan aprobado en el artículo 1°, para la implementación y aplicación; debiendo informar a la Dirección General sobre el desarrollo del mismo.

Artículo 3°.- Disponer, que la Oficina de Estadística e Informática, publique la presente resolución en el portal Web del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Coronela Regional de Salud-Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"
DR. CESAR JOHNNY RAMAL AZ - YAGES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
CMP. N° 20191 - DENE, 22676
Director General

CJRA/GJRM/COMR/HGCHS/GABA/HAC/Jacqueline.

ROCIO DEL ROSARIO CACHIQUE
Fecha: 01 de ABRIL del 2024
Reg. N° Fecha: 01 de ABRIL del 2024

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2024

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

PUNCHANA – PERÚ

2024

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. ALCANCE
- IV. BASE LEGAL
- V. OBJETIVOS
- VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN INTERNA



I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios en materia de salud, pasando de modelos tradicionales a modelos autogestionarios.

El avance de la Tecnología Médica, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que responda a las necesidades que demanda el usuario.

Dentro del sistema, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad; siendo la Acreditación un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

Los estándares establecidos en el instrumento de Acreditación; permiten orientar la evaluación de aspectos determinantes de la prestación de salud, que influyen en el resultado de la prestación desde una perspectiva de calidad.

El proceso de autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", está a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados.

II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación dentro del proceso de Acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

En ese contexto, el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", considera de suma importancia desarrollar el proceso de autoevaluación con la aplicación de los diferentes macro procesos; que permitirá identificar nudos críticos y proponer acciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.

III. ALCANCE

La Autoevaluación se realizará en las Unidades/Servicios/UPSS del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", evaluándose todos los macro procesos de Acreditación del nivel III-1, según el listado de estándares de Acreditación.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de salud
- Ley N° 27815, Ley del código de ética de la función pública
- Ley N° 27813, Ley del sistema Nacional coordinado y descentralizado de salud.



- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Abril 2009.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 076-2014/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- 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° 491-2012/MINSA "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2".

V. OBJETIVOS

a) Objetivo General:

Mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

b) Objetivos Específicos:

- Realizar autoevaluación de los macroprocesos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".
- Identificar las fortalezas y debilidades del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", a través de la aplicación del listado de estándares para la acreditación.
- Promover los planes de mejora continua de la calidad.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación, lo realizará el equipo de evaluadores internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", quienes aplicaran el listado de estándares según categoría de las IPRESS, mediante, la observación, entrevistas, encuestas, revisión, auditorías, verificación, muestras, visitándose todos los servicios de los diferentes establecimientos de la jurisdicción de la micro red:

1. Reunión para la elaboración del plan
2. Identificación de macro procesos para cada servicio
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso
4. Desarrollo de la auto evaluación
5. Elaboración del informe final.

En el proceso de autoevaluación se realizarán coordinaciones permanentes con el equipo evaluador y los trabajadores de los diferentes servicios y unidades de servicios de salud.

Con el análisis de los resultados de la actividad, obteniendo propuestas de mejora continua. El proceso de autoevaluación se realizará en coordinación permanente con el Equipo evaluador, sin interferir con la atención a los usuarios.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", referencias, normativas y criterios de evaluación en función a los macro procesos por categorías de las IPRESS.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad de la Gerencia Regional de Salud Loreto, GERESA Loreto:

1. Reunión para la elaboración del plan.
2. Identificación de macro procesos para cada servicio.
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
4. Desarrollo de la auto evaluación.
5. Elaboración del informe final.

COMPOSICIÓN DE LISTADO DE ESTÁNDARES POR CATEGORÍA

CATEGORÍA	MACRO RPOCESOS	ESTANDARES	CRITERIOS
I-1	17	38	113
I-2	17	45	132
I-3	18	52	196
I-4	19	60	254
II-1	20	68	328
II-2	21	70	341
III-1	21	70	342



RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

N°	MACROPROCESOS	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1	DIRECCIONAMIENTO	2	11
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	4	11
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	3	22
4	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN	8	50
5	EMERGENCIAS Y DESASTRES	3	21
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	2	15
7	ASISTENCIA AMBULATORIA	4	17
8	ATENCIÓN EXTRAMURAL	4	13
9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	7	26
10	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	3	14
11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	4	24
12	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2	15
13	APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3	11
14	ADMISIÓN Y ALTA	4	16
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	4	13
16	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	3	15
17	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3	14
18	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	4	17
19	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	2	6
20	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	2	10
21	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	2	8
22	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	2	12
	TOTAL	75	361



MACROPROCESOS QUE NO APLICAN SEGÚN LA CATEGORÍA Y NATURALEZA JURÍDICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

N°	TIPO DE ESTABLECIMIENTO (por categoría y naturaleza jurídica)	MACROPROCESOS QUE NO APLICAN
1	III - 1	ATENCIÓN EXTRAMURAL

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2024																			
			MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Comité de Autoevaluación	X	X	X	X																
2	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección de Calidad					X															
3	Reunión de presentación	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL					X															
4	Solicitar aprobación del Plan de Autoevaluación e incluirlo en el POI	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL						X														
5	Designación de responsables por cada servicio/Unidad/UPS	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL								X												
6	Designación de responsables por cada macroprocesos	Comité de Autoevaluación del HRL									X											
7	Revisión del cronograma de realización de la autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL									X											
8	Difusión del cronograma a todos los servicios/Unidades/UPSS	Comité de Autoevaluación del HRL									X											
9	Informar el inicio de la autoevaluación a los servicios/Unidades/DIRESA	Comité de Autoevaluación del HRL									X											
10	Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL									X	X	X	X	X	X	X	X				
11	Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	X	X		
12	Difusión de resultados	Comité de Autoevaluación del HRL																			X	
13	Propuesta de recomendaciones	Comité de Autoevaluación del HRL																				X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

N°	Responsables por subproyectos	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores internos	JULIO				AGOSTO				Responsable (s) Evaluado (s)
				1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Líder:	Direccionamiento	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
2		Gestión de recursos humanos	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
3		Gestión de la calidad	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
4		Manejo del riesgo de la atención	2	X	X	X	X	X	X	X	X	
5		Gestión de seguridad ante desastres	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
6		Control de la gestión y prestación	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
7		Atención ambulatoria	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
8	Líder:	Atención de hospitalización	5	X	X	X	X	X	X	X	X	
9		Atención de emergencias	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
10		Atención quirúrgica	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
11		Docencia e investigación	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
13		Admisión y alta	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
14		Referencia y Contrarreferencias	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
15		Gestión de medicamentos	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
16	Líder:	Gestión de la información	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
18		Manejo del riesgo social	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
19		Nutrición y dietética	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
20		Gestión de insumos y materiales	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
21		Gestión de equipos e infraestructura	1	X	X	X	X	X	X	X	X	

Responsable (s) Evaluado (s)
VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN:

El equipo de gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital Regional de Loreto, son los responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan.



DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABLES

N°	Responsables	Macroprocesos	N° EVAL.	RESPONSABLES
1	Lider: Q.F. Roy Álvarez Marreros	Direccionamiento	1	
2		Gestión de recursos humanos	1	
3		Gestión de la calidad	1	
4		Manejo del riesgo de la atención	2	
5		Gestión de seguridad ante desastres	1	
6		Control de la gestión y prestación	1	
7		Atención ambulatoria	1	
8		Atención de hospitalización	7	
9		Atención de emergencias	1	
10		Atención quirúrgica	1	
11		Docencia e investigación	1	
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1	
13		Admisión y alta	1	
14		Referencia y Contrarreferencias	1	
15		Gestión de medicamentos	1	
16		Gestión de la información	1	
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1	
18		Manejo del riesgo social	1	
19		Nutrición y dietética	1	
20		Gestión de insumos y materiales	1	
21		Gestión de equipos e infraestructura	1	

DISTRIBUCIÓN DE MACROPROCESOS

1 Dirección amiento	2 Gestión de recursos humanos	3 Gestión de la calidad	4 Manejo del riesgo de la atención	4 Manejo del riesgo de la atención	5 Gestió n de segurid ad ante desastr es	6 Contro l de la gestió n y presta ción	7 Atenció n ambula toria	9 Atenció n de hospitali zación	9 Atenció n de hospitali zación
9 Atención de hospitalizaci ón	9 Atención de hospitaliz ación	9 Atenció n de hospitali zación	9 Atención de hospitalizaci ón	9 Atenció n de hospitali zación	10 Atenció n de emergen cias	11 Atenci ón quirúr gica	12 Docenc ia e investig ación	13 Atenció n de apoyo diagnóst ico y tratamie nto	14 Admisió n y alta
15 Referencia y Contrarref erencias	16 Gestión de medica mentos	17 Gestión de la informa ción	18 Desconta minación, limpieza, desinfecci ón y esterilizaci ón	19 Manejo del riesgo social	20 Nutrici ón y dietéti ca	21 Gesti ón de insum os y mater iales	22 Gestión de equipos e infraestructura		