



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



HOSPITAL REGIONAL CUSCO



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL AÑO 2024

Cusco – Perú



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



Med. Carlos Gamarra Valdivia
DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL REGIONAL

Med. Farida Castillo Torres
SUB DIRECTORA HOSPITAL REGIONAL

CD. Kely Nina Abrill
JEFE OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

Obsta. Lisseth Ascue Escalante
RESPONSABLE DEL AREA DE ACREDITACION

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



EQUIPO DE AUTOEVALUADORES HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2024

- ❖ MED. MARINA ANTONIETA OCHOA LINARES
- ❖ MED. KATIANA HUACAC CACERES
- ❖ MED. VALMI MIRIAM LUNA FLORES
- ❖ MED. YLENIA MORON MENDOZA
- ❖ QF. ELLEN PALACIOS GONZALES
- ❖ QF. EDISON SANCHEZ QUINTANA
- ❖ CD. KELLY NINA ABRILL
- ❖ OBSTA. GLADYS CRISTINA JOSEFINA MONTES PAREDES
- ❖ OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE
- ❖ LIC. EUNICE ALVAREZ ROJAS
- ❖ LIC. MAGALY ATAPAUCHAR CALDERON
- ❖ LIC. RUTH NATALY SALCEDO CORDOVA
- ❖ LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO
- ❖ LIC. A.S. ROSARIO MARLENI BOMBILLA PUMA
- ❖ LIC. FRIDA CCOLLATUPA CABRERA
- ❖ LIC. JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE
- ❖ LIC. JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ
- ❖ LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA
- ❖ ING. FREDY SALCEDO ABARCA



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



INDICE

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. FINALIDAD
4. OBJETIVOS
5. ALCANCE
6. BASE LEGAL
7. METODOLOGIA DE LA EVALUACION
8. DISPOSICIONES ESPECIFICAS
9. DISPOSICIONES FINALES
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
11. ANEXOS



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



1. INTRODUCCION

Uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño en una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

El proceso de Acreditación es muy importante para la sostenibilidad del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de promover acciones de mejora de la calidad de la atención

La acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de Autoevaluadores internos del Hospital Regional de Cusco.

La Acreditación de establecimientos de salud en el país tiene dos fases. Autoevaluación y Evaluación externa.

La Ley general de salud, en el artículo N° 37, 38, 42 establece cumplir con la acreditación, así mismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el artículo N° 101 la favorece.

Para la OPS, la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario interno y el usuario externo que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

Entre los lineamientos de política sectorial es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable del desarrollo humano, en ese sentido consideramos que

es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Por tal razón mejorar la calidad de un servicio es un proceso permanente y requiere del compromiso total del comité de autoevaluación.

El presente Plan de Autoevaluación del Hospital Regional de Cusco intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa la Autoevaluación de las Instituciones prestadoras de Salud, con la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los Establecimientos de Salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

La Autoevaluación es un proceso que implica aplicación de normas y estándares de calidad, para poder alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad; los que permitirán promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud.

En este esfuerzo conjunto, nuestra Institución en los años anteriores se ha realizado autoevaluaciones y en ningún caso se ha llegado a aprobar, siendo el resultado de la autoevaluación del 2021 a 51%, el 2022 a 58% y el año 2023 se llegó al 69%.

2. JUSTIFICACION:

El Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de Acreditación de los Servicios de Salud; así como el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

El nivel Nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un **porcentaje mayor o igual 74 % de calificación**.

El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando año a año el porcentaje alcanzado en cada proceso de Autoevaluación, cosa que se ve reflejado en nuestra Institución.

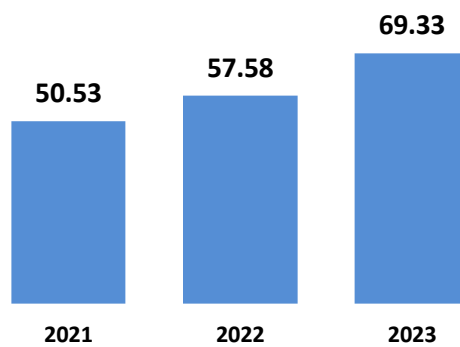
La Acreditación se basa en el principio de comparar una Institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño y se puede constituir en un mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector de salud, el Ministerio de Salud aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo por lo que el Hospital Regional de Cusco está conformado por el equipo evaluador interno a quien corresponde la evaluación del nivel de cumplimiento de estos estándares de calidad para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación.

CUADRO DE RESULTADO DE AUTOEVALUACION

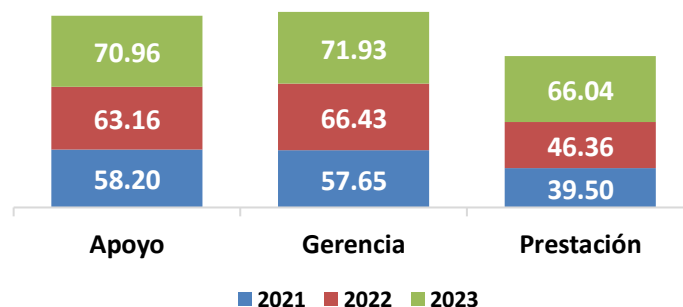
CUMPLIMIENTO GENERAL: Como se observa en el grafico calculado según el aplicativo en relación al año 2021 el resultado es 50.53%, el 2022 se llegó a 57.58% aumentando 8 puntos y el 2023 se observa un aumento considerable, llegando al puntaje final de 69.33% en el año 2023 y según la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02, para obtener un puntaje aprobado debe ser mayor a 85% del cumplimiento del total de los macroprocesos establecidos para la Acreditación.

Resultado de Estándares de calidad por Años



RESULTADO DE ESTANDARES POR CATEGORIAS: Se observa que a diferencia de años anteriores (2021, 2022) hay un aumento gradual en las tres categorías (Gerencial, Prestacional y de Apoyo), . Es de resaltar el esfuerzo de cada responsable.

Resultado de Estándares de calidad por Categorías





Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Hospital Regional del Cusco

Oficina de Gestión de la Calidad



RESULTADO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2024

00002289-HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO												
Establecimiento :		00002289-HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO										
Tipo de Establecimiento :		III-1										
Fase:		AutoEvaluación										
Año:		2023										
Periodo :		1										
		MACROPROCESO					CATEGORIAS					
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	49.89	91.18	222.64	160.15	71.93	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	32.59	79.41				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	32.11	67.07				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	36.57	76.37				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	8.55	62.50				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	12.50	36.54	254.45	168.05	66.04	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	17.96	37.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.48	65.74				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	45.36	94.74				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	37.18	77.66	159.03	112.84	70.96	
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	17.10	50.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	17.10	100.00				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	11.73	68.57				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	17.10	100.00				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	14.47	84.62				
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	12.27	71.74				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	8.55	50.00				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	17.10	100.00				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	11.57	67.65				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	5.92	34.62				
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	5.53	32.35				
Total	342	134	167	41	342	636.12	442.62		636.12	441.04		
									Puntaje Final (%)	69		

RESULTADO FINAL

69%

NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



3. FINALIDAD

- ❖ Gestionar el proceso de Autoevaluación del Hospital Regional Cusco en el marco normativo vigente y el Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad; evidenciando el grado de cumplimiento de los estándares de Acreditación desde una perspectiva práctica y sistémica.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Garantizar que el Hospital Regional de Cusco cumpla con los estándares de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención y de esta manera poder Acreditar

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- ❖ Garantizar la conformación oficial del equipo de Acreditación de acuerdo a la Norma Técnica de Acreditación del MINSA.
- ❖ Garantizar la conformación oficial del equipo de Autoevaluadores internos.
- ❖ Desarrollar la Autoevaluación Institucional del Hospital Regional de Cusco según la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de salud del MINSA.
- ❖ Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados obtenidos en la autoevaluación 2023.
- ❖ Realizar acciones de mejora para el cumplimiento de los criterios de los estándares de Acreditación.
- ❖ Realizar auditorías de historias clínicas de manera mensual en todos los servicios y de esta manera cumplir con los estándares de Acreditación.
- ❖ Uniformizar los procedimientos para la Autoevaluación.
- ❖ Establecer pautas para la organización y Autoevaluación durante el proceso de la evaluación interna.

5. ALCANCE

Este plan es de aplicación en todo el Hospital Regional Cusco en los servicios asistenciales y administrativos.

6. BASE LEGAL

- ❖ Ley N° 26790. “Ley de Modernización de la Seguridad Social”
- ❖ Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- ❖ Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- ❖ Ley N° 27783 “Ley de Bases de la Descentralización”
- ❖ Ley N° 27806 “Ley de Transparencia y Acceso 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° 008-2017-SA que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



- ❖ D.S. N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ R.M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V-01 “Lineamientos para la organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”
- ❖ R.M. N° 246-2006/ MINSA, que Aprueba el Documento Técnico “Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.
- ❖ R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema Gestión de la Calidad en Salud”.
- ❖ R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “NTS de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para las Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ R. M. N° 546-2011/MINSA, que aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de los Establecimientos del Sector Salud”
- ❖ Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional del Cusco, 10 de Diciembre 2014.
- ❖ Ordenanza Regional N° 130-2017-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del Hospital Regional del Cusco, 01 de Noviembre 2017.
- ❖ R.D. N° 080-2018-MINSA-HRC/UGRH, que aprueba el Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ❖ D.S.035-2020-SA, aprueba el Decreto Supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al Servicio del Estado.
- ❖ RD N° 56-2021-MINISA-HRC/UGRH que aprueba la conformación del Comité de Acreditación año 2021 del Hospital Regional del Cusco”, 10 de Febrero 2021.
- ❖ RD N° 76-2021-MINSA-HRC/UGRH que resuelve conformar el Comité de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Hospital Regional del Cusco”.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



7. DISPOSICIONES GENERALES

El proceso de acreditación comprende la fase de autoevaluación y evaluación externa.

7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.

Evaluador Externo: es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de acreditación.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.

Proceso: conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Trazabilidad: conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

7.2. CONCEPTOS BASICOS

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está 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.

Gestión de la Calidad: es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Planificación de la Calidad: es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



Autoevaluación: 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 susceptibles de mejoramiento.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.

Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

7.3. REQUERIMIENTOS BASICOS

RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACION

Evaluadores seleccionados y capacitados

Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.

Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 hasta III-1 y servicios médicos de apoyo.

Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.

Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



7.4. ESTRATEGIAS

- ❖ Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.
- ❖ Organizar y delegar la responsabilidad de autoevaluación vía Resolución Directoral al equipo de autoevaluación interna.
- ❖ Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- ❖ Comprometer a los autoevaluadores responsables de los macroprocesos, bajo plazos, a realizar la ejecución y su respectivo reporte.

7.5. METODOLOGIA

Luego de la distribución del Equipo Autoevaluador (ver anexo N° 03), se procederá con la capacitación concerniente a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Guía Técnica del Evaluador, Listado de estándares Nacionales de Acreditación y referencias normativas, en donde se proporcionará las Hojas de Registro de Datos de Autoevaluación (ver anexo N° 05), Hojas de Recomendaciones (ver anexo N° 06). Las técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación por macroprocesos, son las siguientes:

- ❖ Revisiones documentarias.
- ❖ Auditorias.
- ❖ Entrevistas.
- ❖ Observaciones.
- ❖ Encuestas.
- ❖ Muestreos (aleatorio simple de 10 muestras)

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La Oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Gerencia Regional de Salud Cusco.

La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente.

9. DISPOSICIONES FINALES

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva.

La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- ❖ Anexo 01 Flujograma de Autoevaluación.
- ❖ Anexo 02 Estándares y Criterios de Autoevaluación para Acreditación Nivel III-1
- ❖ Anexo 03 Distribución de Macroprocesos
- ❖ Anexo 04 Equipo de Autoevaluadores
- ❖ Anexo 05 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación
- ❖ Anexo 06 Registro de datos de Autoevaluación.
- ❖ Anexo 07 Hoja de Recomendaciones
- ❖ Anexo 08 Matriz de Selección.



Gobierno Regional de Cusco

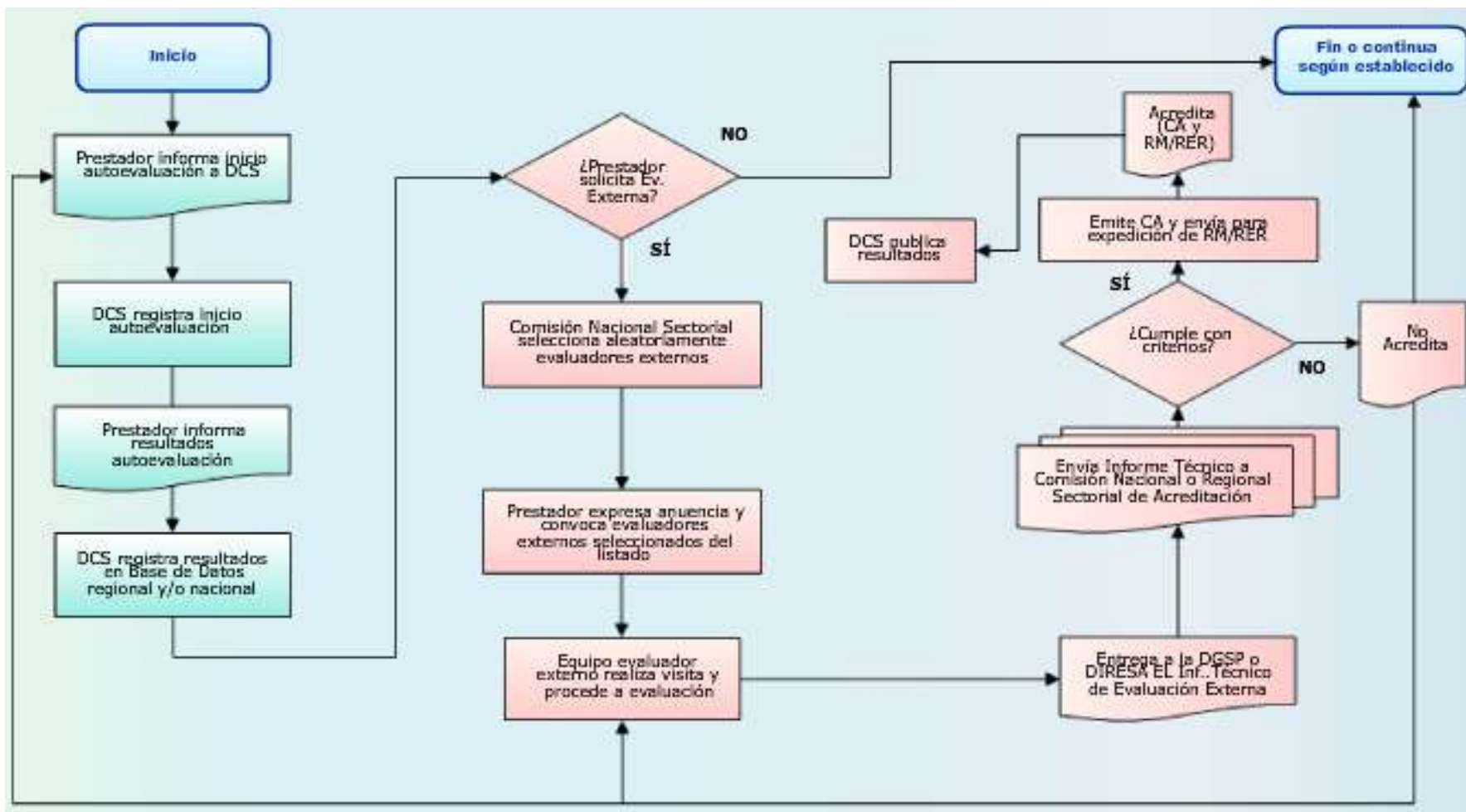
Gerencia Regional de Salud

Hospital Regional del Cusco

Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO 01: FLUJOGRAMA DE AUTOEVALUACION





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



ANEXO 02: ESTANDARES Y CRITERIOS DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION

MACROPROCESOS		N° DE CRITERIOS A EVALUAR
1	Direccionamiento.	11
2	Gestión de recursos humanos.	11
3	Gestión de la Calidad.	22
4	Manejo del riesgo de atención.	50
5	Gestión de seguridad ante desastres.	21
6	Control de la gestión y prestación.	15
7	Atención ambulatoria.	17
8	Atención de hospitalización.	26
9	Atención de emergencias.	14
10	Atención quirúrgica.	24
11	Docencia e Investigación.	15
12	Apoyo diagnóstico y tratamiento.	11
13	Admisión y alta.	16
14	Referencia y contrareferencia.	13
15	Gestión de medicamentos.	15
16	Gestión de información.	14
17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	17
18	Manejo de riesgo social.	06
19	Manejo de nutrición de pacientes.	10
20	Gestión de insumos y materiales.	08
21	Gestión de equipos e infraestructura.	12
TOTAL		348

ANEXO 03: DISTRIBUCION DE MACROPROCESOS

Nº	MACROPROCESO	RESPONSABLE
1	Direccionamiento	Med. Marina Ochoa Linares
2	Gestión de Recursos Humanos	Med. Marina Ochoa Linares
3	Gestión de la Calidad	Lic. Ruth Nataly Salcedo Cordova
4	Manejo de riesgo de atención	Lic. Eunice Alvarez Rojas
5	Emergencia y desastres	QF. Ellen Palacios Gonzales
6	Control de la gestión y prestación	Med. Valmi Luna Florez
7	Atención ambulatoria	Obsta. Gladys Montes Paredes
8	Atención de hospitalización: Cirugía, Gineco obstetricia, maternidad y centro obstétrico.	Lic. Nataly Salcedo Abarca
9	Atención de hospitalización: Neonato, pediatría, medicina "A", Medicina "B", Medicina "C" Salud Mental, Neurociencias.	Obsta. Lisseth Ascue Escalante
10	Atención de emergencias	Med. Valmi Luna Florez
11	Docencia e Investigación	Obsta. Lisseth Ascue Escalante
12	Atención Quirúrgica	Lic. Magaly Atapaucar Calderon
13	Apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Med. Marina Ochoa Linares
14	Admisión y alta.	Lic. Jaime Alberto Cutire Arce
15	Referencia y Contra referencia	QF. Edison Sanchez Quintana
16	Gestión de Medicamentos	Ing. Fredy Salcedo Abarca
17	Gestión de la Información	CD. Kely Nina Abrill
18	Esterilización, lavandería y limpieza.	Ing. Fredy Salcedo Abarca
19	Manejo de Riesgo Social	Lic. Frida Ccollatupa Cabrera
20	Manejo de nutrición de pacientes	Ing. Fredy Salcedo Abarca
21	Gestión de insumos y materiales	Lic. Darwin Figueroa Zuñiga
22	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Darwin Figueroa Zuñiga



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



ANEXO 04: EQUIPO DE AUTOEVALUADORES HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2024

- ❖ MED. MARINA ANTONIETA OCHOA LINARES
- ❖ MED. KATIANA HUACAC CACERES
- ❖ MED. VALMI MIRIAM LUNA FLORES
- ❖ MED. YLENIA MORON MENDOZA
- ❖ QF. ELLEN PALACIOS GONZALES
- ❖ QF. EDISON SANCHEZ QUINTANA
- ❖ CD. KELY NINA ABRILL
- ❖ OBSTA. GLADYS CRISTINA JOSEFINA MONTES PAREDES
- ❖ OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE
- ❖ LIC. EUNICE ALVAREZ ROJAS
- ❖ LIC. MAGALY ATAPAUCHAR CALDERON
- ❖ LIC. RUTH NATALY SALCEDO CORDOVA
- ❖ LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO
- ❖ LIC. A.S. ROSARIO MARLENI BOMBILLA PUMA
- ❖ LIC. FRIDA CCOLLATUPA CABRERA
- ❖ LIC. JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE
- ❖ LIC. JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ
- ❖ LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA
- ❖ ING. FREDY SALCEDO ABARCA



Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Hospital Regional del Cusco

Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO 05 : CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION
Matriz N° 01. Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuesto (anexo N°6)

OBJ. ESPECIFICO	CO D. OE	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CO D	META FISICA OPERATIVA		Meta Total a Ejecutar	CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES				META SIAF	PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIO					PIA DE RRH H Nombrado	OFICINA RESPONSABLE	
				TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA		I	II	III	IV		TOTAL	RD	RDR	DyT	OTROS			BRECHA
												SIGA	PIA	PIA	PROYECCION				
OBJETIVO GENERAL DEL POI: GESTION ADMINISTRATIVA Y SANITARIA																			
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO: MEJORAR EL CONTROL EPIDEMIOLOGICO, RIESGO Y DAÑOS PARA LA SALUD																			
MEJORAR EL CONTROL DE REGULACION SANITARIA Y FORMULAR LAS NORMAS	OE 2.1	CONTROL SANITARIO	AO 2.1.1	INSPECCION Y CONTROL	Control Realizado														
				Conformación del equipo de Acreditación	INFORME	1	1				1								
				Conformación del Equipo de Auto evaluadores Internos	INFORME	1		1			1								
				Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación	INFORME	1		1			1								
				Comunicación oficial del inicio de Autoevaluación a la GERESA	INFORME	1			1		1								
				Ejecución del Plan de Autoevaluación	INFORME	1			1		1								
				Presentación del Informe de Autoevaluación	INFORME	1				1	1								
				Elaboración, Implementación de acciones, planes y proyectos de mejora para la Acreditación	INFORME	2		1	1		2								



BICENTENARIO PERÚ 2024

ANEXO 6: HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:					

MACROPROCESO:					

EVALUADOR (ES):					

FECHA:					

SERVICIOS EVALUADOS:					

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:					

CODIGO DEL ESTANDAR:					

Código	Criterios de Evaluación	Puntaje	Fuentes Auditables	Técnica de Evaluación a Utilizar	Sustento de puntaje comentarios



Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Hospital Regional del Cusco

Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO 7: HOJA DE RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

MACROPROCESO: _____

EVALUADOR (ES): _____

FECHA: _____

SERVICIOS EVALUADOS: _____

CODIGO	CRITERIO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



ANEXO 8: MATRIZ DE SELECCIÓN

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

La calificación se realiza en la escala de 1 al 3. El total de las filas se obtiene multiplicando cada monto.

Escalas de calificación:

- 1- No
- 3- Sí