

## RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuari, 11 de mayo de 2023.

AL VISTO: El Informe Numero 204-2023-G CUSCO/GRSC/U.E.409-HACRS/OGC y Memorandum Numero 374-2023-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE.

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo 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 términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Numero 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V-02, " Normas Técnicas 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 su nivel de complejidad, cuenten con capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Que, evaluación es la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de la evaluación del proceso de acreditación, en 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;

Que, mediante Resolución Ministerial 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Evaluación Para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, 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 Evaluador Seleccionado;

Que, mediante Informe Numero 204-2023-G CUSCO/GRSC/U.E.409-HACRS/OGC, la jefa de la Oficina de Calidad presenta el Plan de Autoevaluación 2023, dando cumplimiento al Plan Táctico 2023 según la norma Técnica 050-MINSA/DGSP.V.02 de acreditación, siendo la finalidad promover una atención de Calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación con los instrumentos de calidad que se otorgan con el compromiso a orientar y mejorar la satisfacción de los usuarios y mejorar las capacidades de todo el personal que labora en la institución;

Que, mediante Memorandum N°.374-2023-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE, la Dirección de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, dispone la emisión de la correspondiente Resolución Directoral de Aprobación del Plan De Autoevaluación Para la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante, Ley 27783 Ley de bases de descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902, Resolución Ministerial 879-2004/MINSA, que aprueba el Convenio 028-2004-MINSA y Resolución Gerencial Regional Número 005-2023-GR CUSCO/GERESA de Designación de Funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

Estando al visto bueno de la Jefatura de Administración, Asesoría Legal Interna, de la Unidad Ejecutora 409 Hospital - Alfredo Callo Rodríguez-Sicuari

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.** - APROBAR, el documento denominado "PLAN DE AUTOEVALUACION-2023" de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, que en diez (10) folios debidamente visados forman parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2°.** TRANSCRIBIR la presente resolución a la Jefatura de Calidad y áreas correspondientes, para su conocimiento y fines consiguientes.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
UE N° 409 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

*Dr. Efraim Alcazar Gamero*  
CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCOPICO  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CNP 55607 INOE 42263 RNA A03308

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023



Dr. Efraín Alcázar Gómez.  
**DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E.N°409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.**

Lic. Lucía Ramos Chura  
**RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CALIDAD SANITARIA**

Dr. Efraín Alcázar Gómez.

M.C. Cesia Oporto Ovalle.

Lic. Lucía Ramos Chura.

Lic. Victoria Araoz Fernández.

Obst. Rosa Palma Gonzales.

**EQUIPO DE ACREDITACION**

Lic. Heydi Yesica Zambrano Choque.

Lic. María Huahusoncco Puma.

Lic. Victoria Araoz Fernández.

M.C. Cesia Oporto Ovalle.

Lic. Nahit Kety Mercado Visa

Lic. Lucía Agripina Ramos Chura.

Obst. Sheyla Escalante Tito.

Lic. Ángela Shirley Maquera Aparicio.

Lic. Ruth Tapia Pacsi.

Lic. Dancy Labra Huamanvilca.

Obst. Rosa Palma Gonzales.

Lic. Alicia Callo Aguilar.

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**

## I. Introducción

La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define la calidad como: “Hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediato”<sup>1</sup>. Por otro lado Avedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspecto de control de la calidad: Estructura, proceso y Resultado)<sup>2</sup>, y para la cooperación técnica de OPS (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud, que presta sus servicios dentro del equipo de atención<sup>3</sup>.



En nuestro País, la Acreditación se inicia con la conformación de la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (1993), cuyo producto resaltante fue la aprobación, con una Resolución Ministerial, de la Guía y Manual para la Acreditación de Hospitales (1996).



En el año 2006 el País establece la implementación del sistema de gestión de la calidad, cuyo componente fundamental es la Garantía y Mejora, que comprende el Proceso de Acreditación de los servicios de Salud; en concordancia a ello el 2009 se aprueba las políticas de calidad donde se precisa que el proceso de acreditación responde a la Política N°07

La actualización o el replanteo del proceso de acreditación en el nuevo contexto Internacional y Nacional (cambios de escenario político, económico, social) especialmente a fines de la década de los 90 e inicios de los años 2000, donde se inicia la implementación del proceso de descentralización, y se precisa las funciones, facultades y roles explícitos para cada nivel de gobierno.



El 2007 el Ministerio de salud 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 su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definido” de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de la aprobación de la Norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, el País cuenta con cuatro Establecimientos de Salud Acreditados y la Gerencia Regional de Salud no cuenta con servicios de salud Acreditados, sin embargo, realiza acciones de difusión de la norma, mejora de

<sup>1</sup> Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas, César Camisón Sonia Cruz Tomás González, pag 183 y 237 :<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64db843c11c52aaf913a5322feafd3d8.pdf>

<sup>2</sup> Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Adalberto E. Llinás Delgado, <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14.pdf>

<sup>3</sup> La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma del sector salud, OPS, [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion\\_doc040.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion_doc040.pdf?sequence=1)

**“Año De La Unidad, La Paz Y El Desarrollo “**

capacidades y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el ámbito regional, sin haber desarrollado la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, focalizándonos en el Sub Sector Público de Salud del Gobierno Regional de Cusco, para dicho efecto se estableció un muestreo no probabilístico intencionado, que sea representativo en la totalidad de niveles y categorías de los establecimientos de salud, que en suma fueron 80 establecimientos de salud de los 346, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con estándares específicos para la categoría que ostenta, como también se excluye los establecimientos de salud que no cumplieron con los procedimientos para la autoevaluación.



Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 23% de la totalidad de Establecimientos de salud del sub sector -Gobierno Regional y el 10.1% de los establecimientos de salud del sector salud del ámbito de la Región Cusco. El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito del sub sector -Gobierno Regional Cusco-, están por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.



La media inferencial del cumplimiento de estándares de los establecimientos de salud del Nivel I fue del  $\mu = 37.28$  IC95%[31.968; 42.592];  $\mu = 36.13$  IC95%[32.035; 40.232];  $\mu = 56.583$ , IC95%[45.995; 67.172], y  $\mu = 42.625$ , IC95%[27.744; 57.506] de las categorías 1, 2, 3 y 4 respectivamente, con un valor de  $p < 0.05$ . La media inferencial del cumplimiento de estándares de los establecimientos de salud del Nivel II fue del  $\mu = 54.000$ , IC95%[48.046; 59.954]. La media del Nivel III fue del  $X = 51.064$ , IC95%[42.023; 60.106], con un valor de  $p < 0.05$ .



Se identificó 11 macroprocesos y 15 estándares priorizados y transversales a los tres niveles de atención, que están comprendidos en las tres categorías, Direccionamiento, Prestacional y de Apoyo.

El Hospital Alfredo Callo Rodríguez, desarrolló la última autoevaluación en el año 2022 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 56%.

Finalmente es necesario realizar la autoevaluación para poder evaluar el cumplimiento de los estándares e identificar las oportunidades de mejora que serán abordados a través de acciones, programas, proyectos o planes de mejora y que luego podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación progresiva de los Establecimientos de Salud del Ámbito Regional.

## II. Justificación

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

**“Año De La Unidad, La Paz Y El Desarrollo “**

de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporada en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

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 2023, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.



El Hospital Alfredo Callo Rodríguez, incorporó el proceso de autoevaluación en Plan operativo institucional y en el Plan táctico de la oficina de Calidad, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.

**III. Objetivo**



Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital Priorizado para el ejercicio fiscal 2023

**IV. Alcance**

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de los órganos desconcentrados del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, así como en sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo



**V. Base Legal**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- R.M. N° 2007/MINSA, que 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"
- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud

**“Año De La Unidad, La Paz Y El Desarrollo “**

R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”

R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”

D.S. N° 021-2022-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023

**VI. Metodología de Evaluación**

- Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores Internos con la participación del equipo de salud,
- Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del Establecimiento de salud,
- La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas:
  - Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, Informes, etc.)
  - Observación directa de los procesos que requieran : Entrevistas, Encuestas
  - Evaluación de registro de la Historia Clínica
  - El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de Estándares de acreditación aprobado y vigente



**VII. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación**

Anexo A y B

**VIII. Equipo de evaluación interna y equipo de acreditación (identificación del evaluador líder/ coordinador) (Según RD)**

**EQUIPO DE ACREDITACION DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.**

Equipo	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo Actual
Coordinador	Cesia Oporto Ovalle.	Medico Auditor	Responsable del componente de Auditoria de la Calidad en Salud.
Integrante	Efraín Alcázar Gómez	Médico Cirujano	Director del HACRS
Integrante	Lucia Agripina Ramos Chura	Enfermera	Responsable de Calidad



**“Año De La Unidad, La Paz Y El Desarrollo “**

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ**

<b>Equipo</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Cargo Actual</b>
Coordinador	Lucia Agripina , Ramos Chura	Enfermera	Responsable de Calidad
Líder	María, Huahuasonco Puma.	Enfermera	Enfermera asistencial
Líder	Ángela Shirley , Maquera Aparicio	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Victoria , Araoz Fernández	Enfermera	Jefatura de Enfermería
Líder	Rosa Palma Gonzales,	Obstetra	Jefatura de Obstetricia
Integrante	Cesia Oporto Ovalle	Medico Auditor	Responsable del componente de Auditoria de la Calidad en Salud
Integrante	Nahit Kety Mercado Visa	Enfermera	Responsable del servicio de Neonatología
integrante	Alicia Callo Aguilar	Enfermera	Responsable de CRED
Líder	Heydi Yesica, Zambrano Choque	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Ruth , Tapia Pacsi	Enfermera	Enfermera asistencial
integrante	Dancy Labra Huamanvilca	Enfermera	Responsable de Epidemiología
integrante	Efraín Alcázar Gómez	Médico Cirujano	Director del HACRS









Gerencia Regional de Salud Cusco

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria



ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES: HOSPITAL ALFREDDO CALLO RODRIGUEZ-GERESA, CUSCO 2023

UNIDADES/ MACROPROCESOS	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINANCIEROS	UM	META	COSTO UNITARIO s/.	COSTO SUB TOTAL s/.	CRONOGRAMA					PRESUPUESTO			RESPONSABLE DE LA GESTIÓN Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL
								MAYO					RO	OTROS	TOTAL	
								SEMANA A 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5				
Equipo Evaluador, asignación del planificador/Responsable	ACTA	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un; 01; Archiveros 20 un; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	1	165	165.00		15/05/2023		165.00			165.00	• Director del Hospital: • Prioritar y autorizar la implementación del plan. • Jefe de Planificación: Responsable de asignación y certificación del crédito presupuestal. • Jefe de Administración: Adquisición y entrega de bienes, servicios, activos no financieros. • Oficina de Calidad: concluir el requerimiento. • Líder del equipo de autoevaluación: Solicitar el requerimiento.	
Equipo Evaluador, para el análisis de estándares de Acreditación	ACTA	3	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un; 01; Archiveros 20 un; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	3	30	90.00		30/05/2023		90.00			90.00		
Plan para la elaboración del PAES; de los responsables por el PAES	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2.; 23.1.8;	kit	1											
Plan para la elaboración del PAES; de los responsables por el PAES	PLAN	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2.; 23.1.8;	kit	1											
Documento NTO del PAES a la Dirección para su con RD	DOCUMENTO NTO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet	1	1300	1,300.00				1,300.00			1,300.00		
Equipo Evaluador con el Equipo de los responsables; presentación del PAES de los estándares.	ACTA	1														
Documento NTO del inicio de la autoevaluación a la Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	DOCUMENTO NTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Papel	Kit	1	10	10.00				10.00			10.00		
Registro del MP: Direccionamiento	REGISTRO	1	23.15.1	Kit	1											
Registro del MP: Gestión de recursos Humanos	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Gestión de la Calidad	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Manejo del Riesgo de atención	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Emergencias y desastres	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1	165	165.00				165.00			165.00		
Registro del MP: Control de la gestión y	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Atención Ambulatoria	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Atención extramural	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g	Kit	1											
Registro del MP: Atención de Hospitalización	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2.;	Kit	1											



