

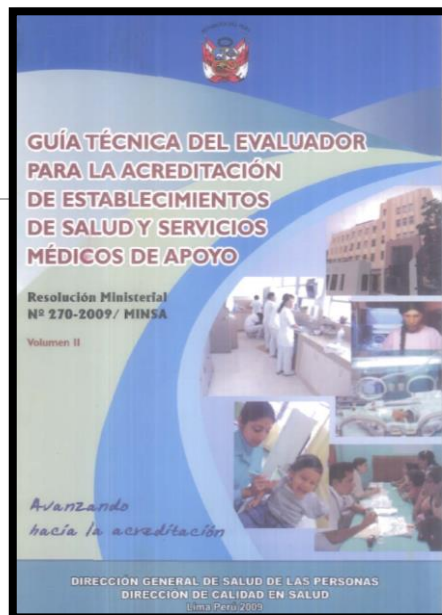


DIRESA JUNIN – DEAIP – DIPOS UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA CALIDAD



“GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO”

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 270 – 2009/MINSA (23 ABRIL DEL 2009)



MG. JENNY M. CAMARENA HILARIO

COORD. REG. ACREDITACION – DIRESA JUNIN

I. 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

II. OBJETIVOS

Brindar elementos conceptuales sobre el proceso de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención

Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa

Establecer pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación

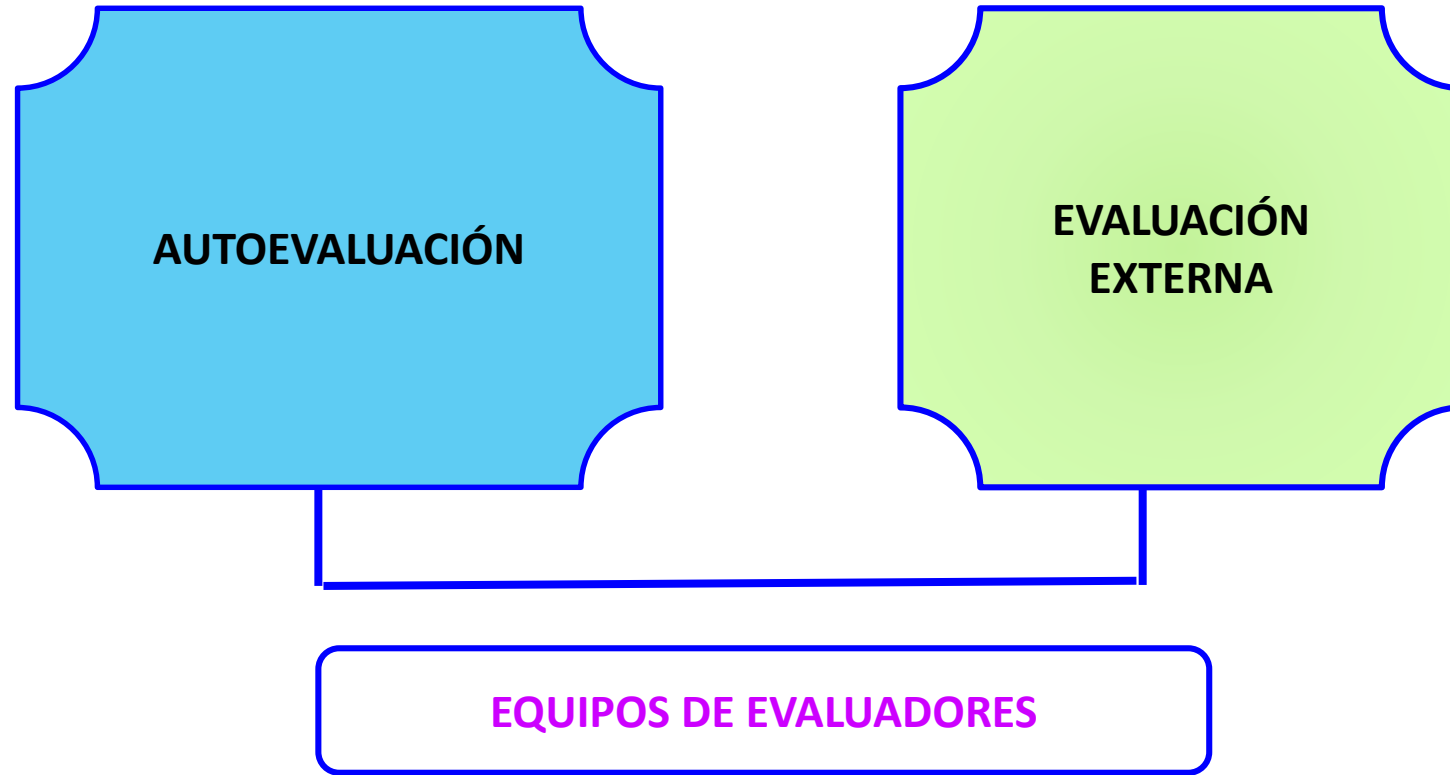
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:



| DIRESA JUNIN | |
|---|-----------|
| ORGANIZACIÓN GENERAL | |
| Número total de EESS | 1058(508) |
| Número de Hospitales | 10 |
| Número de Redes de Salud/Redes Integradas de Salud | 9 |
| Número de Microredes de Salud | 44 |
| N° EESS DE OTROS PRESTADORES EN EL AMBITO | |
| ESSALUD | 21 |
| SANIDAD PNP | 16 |
| SANIDAD FFAA | 0 |
| SECTOR PRIVADO | 49 |
| OTROS | 05 |
| OFICINA/AREA/UNIDAD DE CALIDAD(XXX precisar nombre según ROF) | |
| Director/Jefe/Responsable/Coordinador | Nombre |
| Equipo técnico (N° de miembros) | 3 |
| Cuenta con infraestructura propia | Sí |
| Cuenta con mobiliario y equipo | Sí |
| Presupuesto asignado POI 2021 | NO |

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR:

FASES DE LA EVALUACIÓN: CUENTA CON 2 FASES



V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

EVALUADOR INTERNO:

- * Trabajador que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación
- * Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría

EVALUADOR EXTERNO:

- * Persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación
- * Tiene competencia para llevarla a cabo en los tres niveles de atención

MACROPROCESO:

- * Proceso de mayor complejidad en una organización al cual a su vez, agrupa a varios procesos, ejm.
- * Macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

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 permitan identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

ACREDITACION

- Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientando a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicio de un EE.SS. O servicio médico de apoyo

GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Conjunto 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

- 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 las brechas existentes
- Alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia

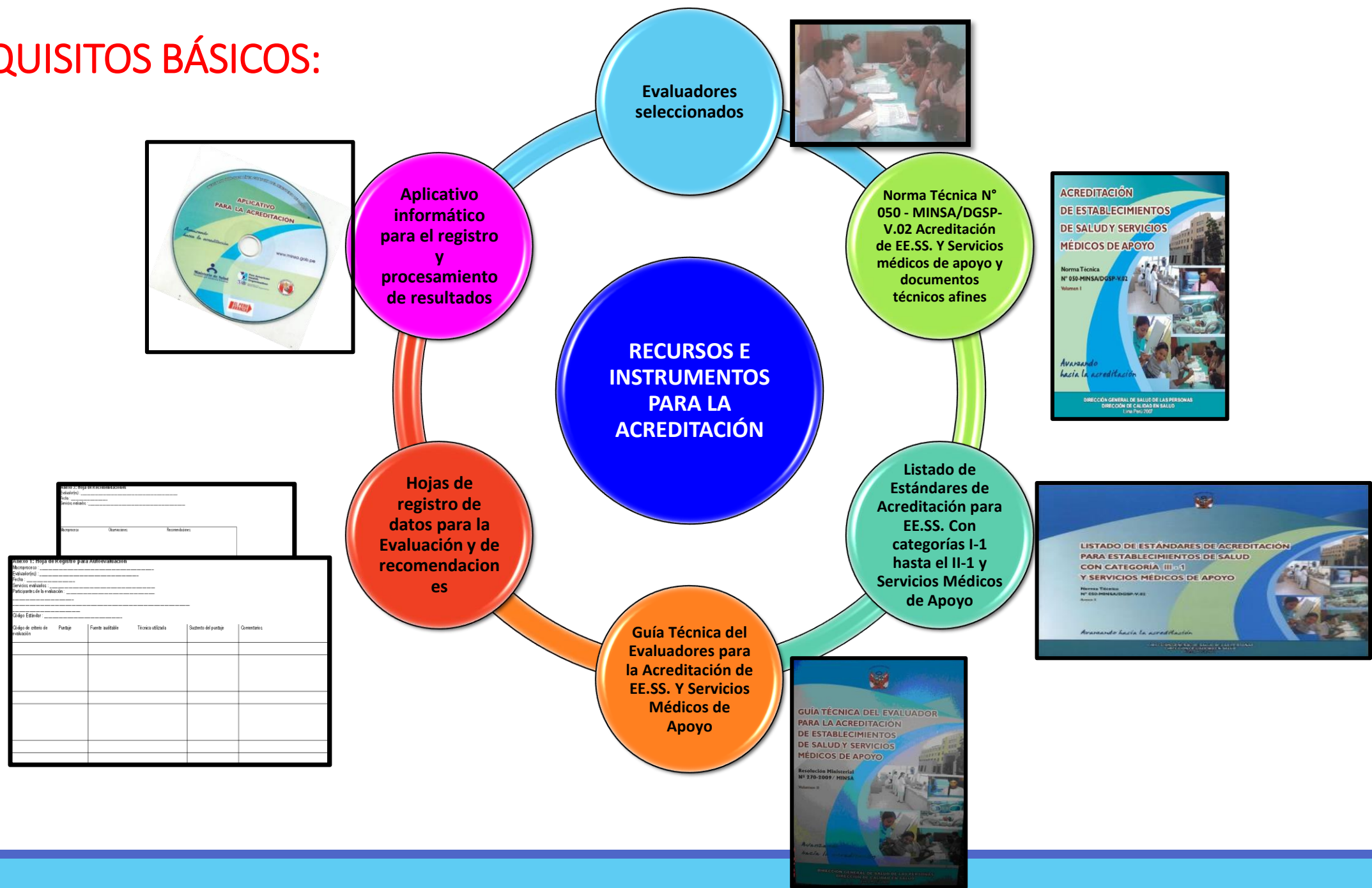
PLANIFICACION DE LA CALIDAD

- Acción que permite definir las Políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuáles se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo o implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

SISTENA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

- Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los EE.SS. 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

5.3. REQUISITOS BÁSICOS:



Hojas de registro de datos para la Evaluación y de recomendaciones

Nombre del establecimiento: _____
 Localidad: _____
 Fecha: _____
 Servicio evaluado: _____
 Participante de la evaluación: _____

Nombre: _____ Cuestiones: _____ Recomendaciones: _____

| Código Estándar: | Objeto de objeto de evaluación | Parámetro | Fuente sustitible | Técnica utilizada | Sujeto del parámetro | Comentarios |
|------------------|--------------------------------|-----------|-------------------|-------------------|----------------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

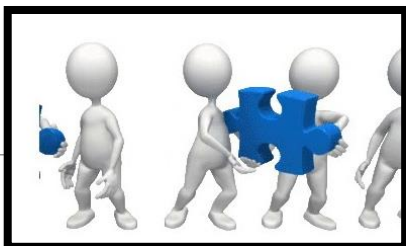
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:



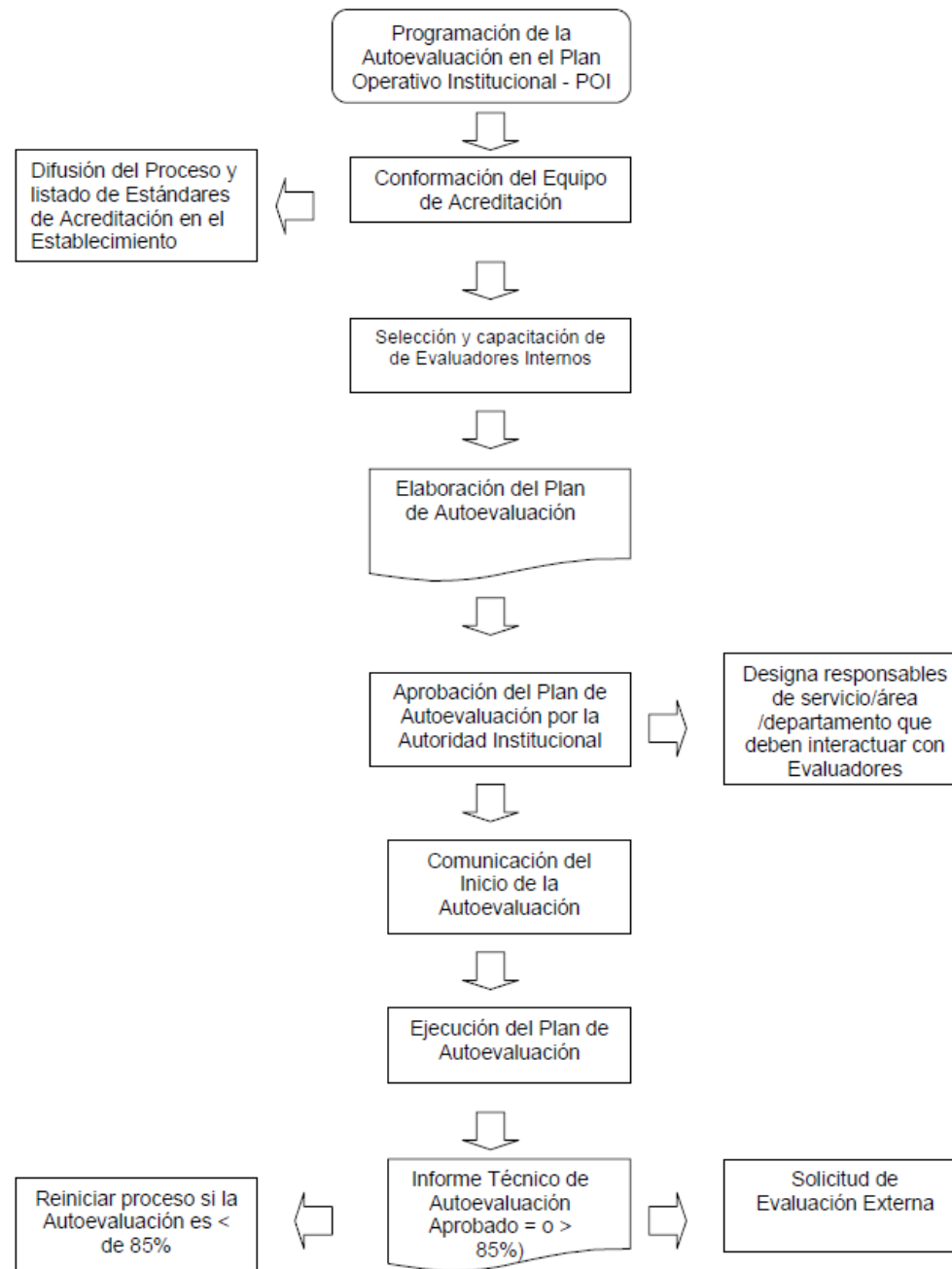
6.1. LA AUTOEVALUACIÓN:

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cuál los EE.SS., cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para EE.SS. Con Categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento

PASOS PARA LA AUTOEVALUACION:



FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:



6.2. EVALUACION EXTERNA:

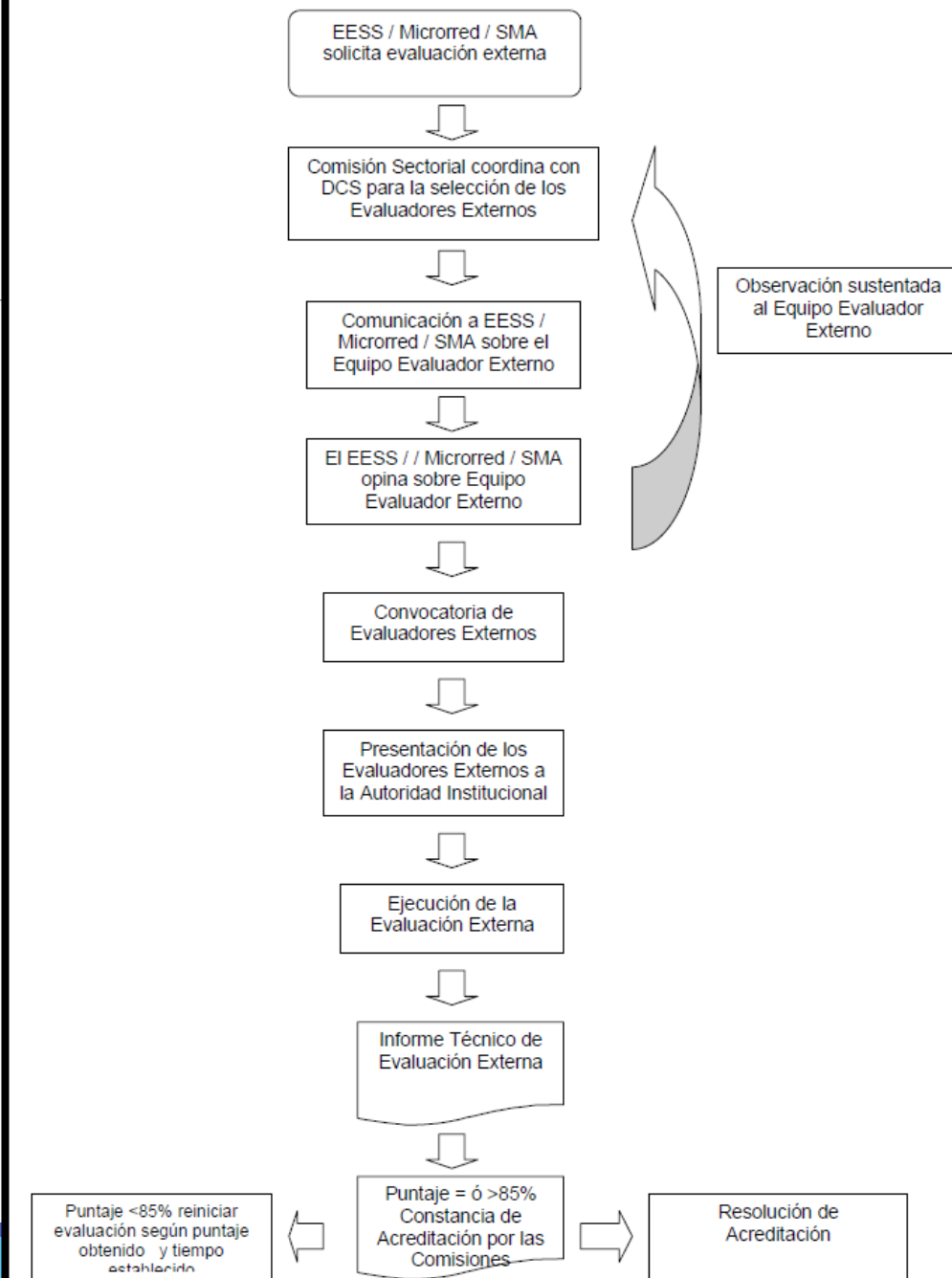
Segunda fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas de calificación preestablecida

Es una fase necesaria para acceder a la constancia de Acreditación otorgada por la Comisión Sectorial correspondiente

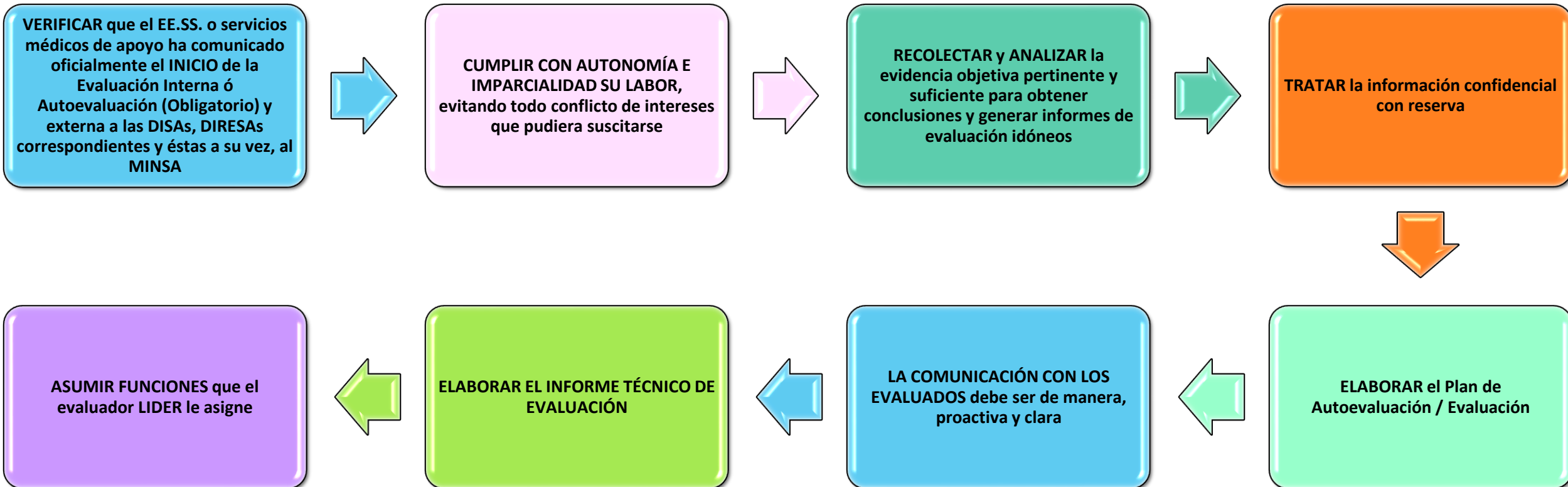
EVALUACION EXTERNA:



FLUJOGRAMA DE LA EVALUACIÓN EXTERNA



6.2.1. RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO / EXTERNO:



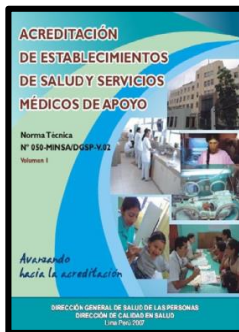
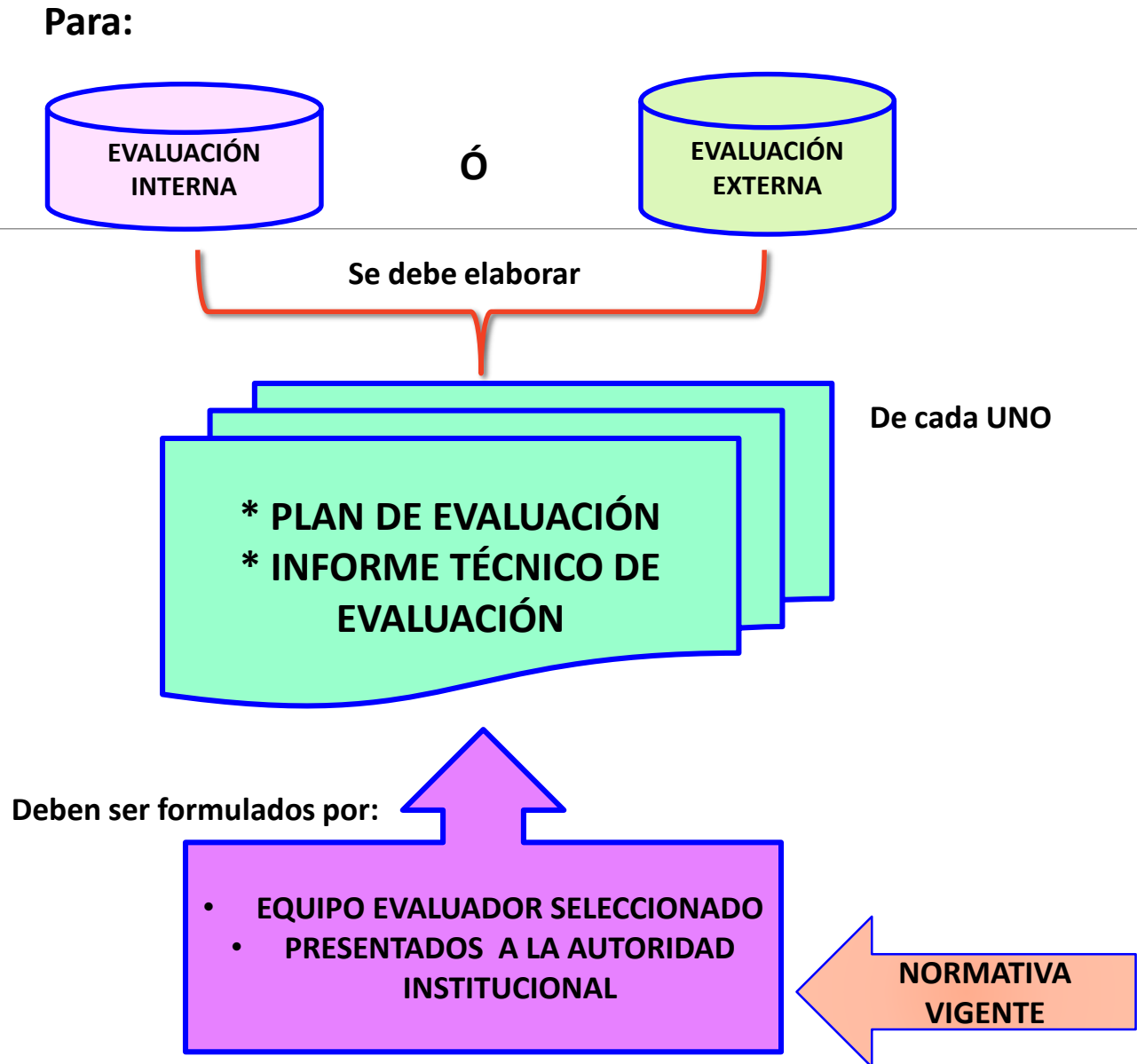
6.2.2. COMPETENCIAS DE UN EVALUADOR:

| RESPONSABILIDADES | COMPETENCIAS ESPECÍFICAS | CAPACIDADES |
|---|---|---|
| REALIZA ACCIONES DE EVALUACIÓN | Aplica técnicas de evaluación y auditoría en Instituciones Hospitalarias y de el Primer Nivel de Atención | <ul style="list-style-type: none"> • Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los Macroprocesos • Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas • Identifica posibles fuentes auditables según criterios objetivos |
| IDENTIFICA ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO | Maneja metodología de mejoramiento continuo con enfoque de procesos | <ul style="list-style-type: none"> • Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (solo evaluadores internos) |
| SISTEMATIZA Y PRECISA LOS HALLAZGOS, LAS RECOMENDACIONES Y LA OPINIÓN DE LA CALIFICACIÓN | Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del Primer Nivel de Atención | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica problemas • Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis |
| EMITE UN INFORME TÉCNICO DE CARÁCTER INSTITUCIONAL | Recopila, clasifica y ordena la información obtenida | <ul style="list-style-type: none"> • Resume hallazgos en base a evidencias objetivas • Sustenta las observaciones formuladas • Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos |

Los evaluadores siempre deben tener presente que se requiere garantizar

LA TRAZABILIDAD DE LAS EVALUACIONES

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.1. ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE EVALUACIÓN:

- a) **INTRODUCCIÓN**
- b) **JUSTIFICACIÓN**
- c) **OBJETIVO**
- d) **ALCANCE**
- e) **BASE LEGAL**
- f) **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**
- g) **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B (Anexo N° 1)**
- h) **EQUIPO DE EVALUACIÓN (Identificación del evaluador Líder)**

6.3.1 Esquema para la elaboración del plan de evaluación

- a. Introducción
- b. Justificación
- c. Objetivo
- d. Alcance
- e. Base legal
- f. Metodología de evaluación.
- g. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B (anexo N° 1)
- h. Equipo de evaluación (identificación del evaluador líder)

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.2. PRECISIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN: El Plan de cada fase de evaluación debe asegurar lo siguiente

Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados

Que haya Quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de evaluación

Que los horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare en forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios
Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario

Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación

Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre

Que las actividades diarias relacionadas con la atención de salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución, las cuáles tendrán como duración máxima:

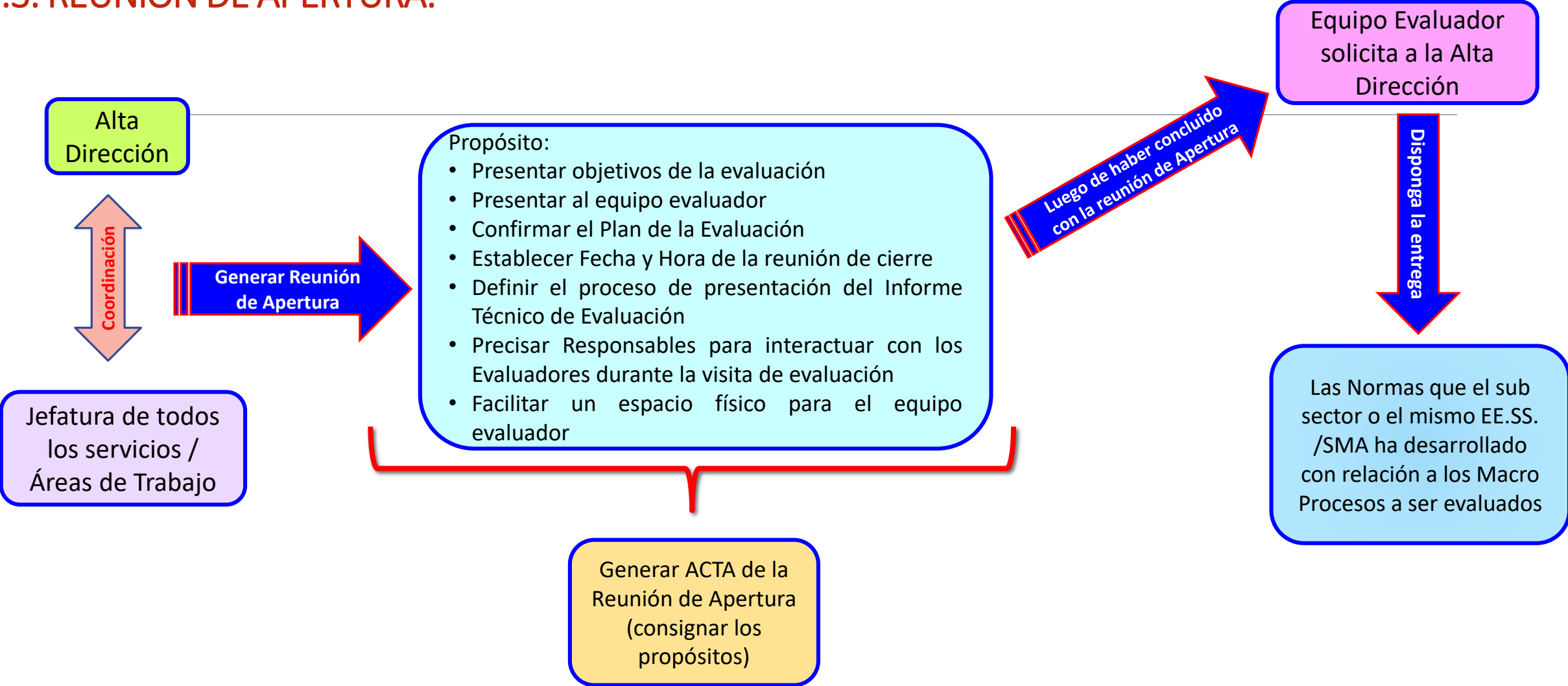
* Autoevaluación: CUATRO SEMANAS

* Evaluación Externa: DOS SEMANAS

En ambos casos, dependerá de la categoría del EE.SS.

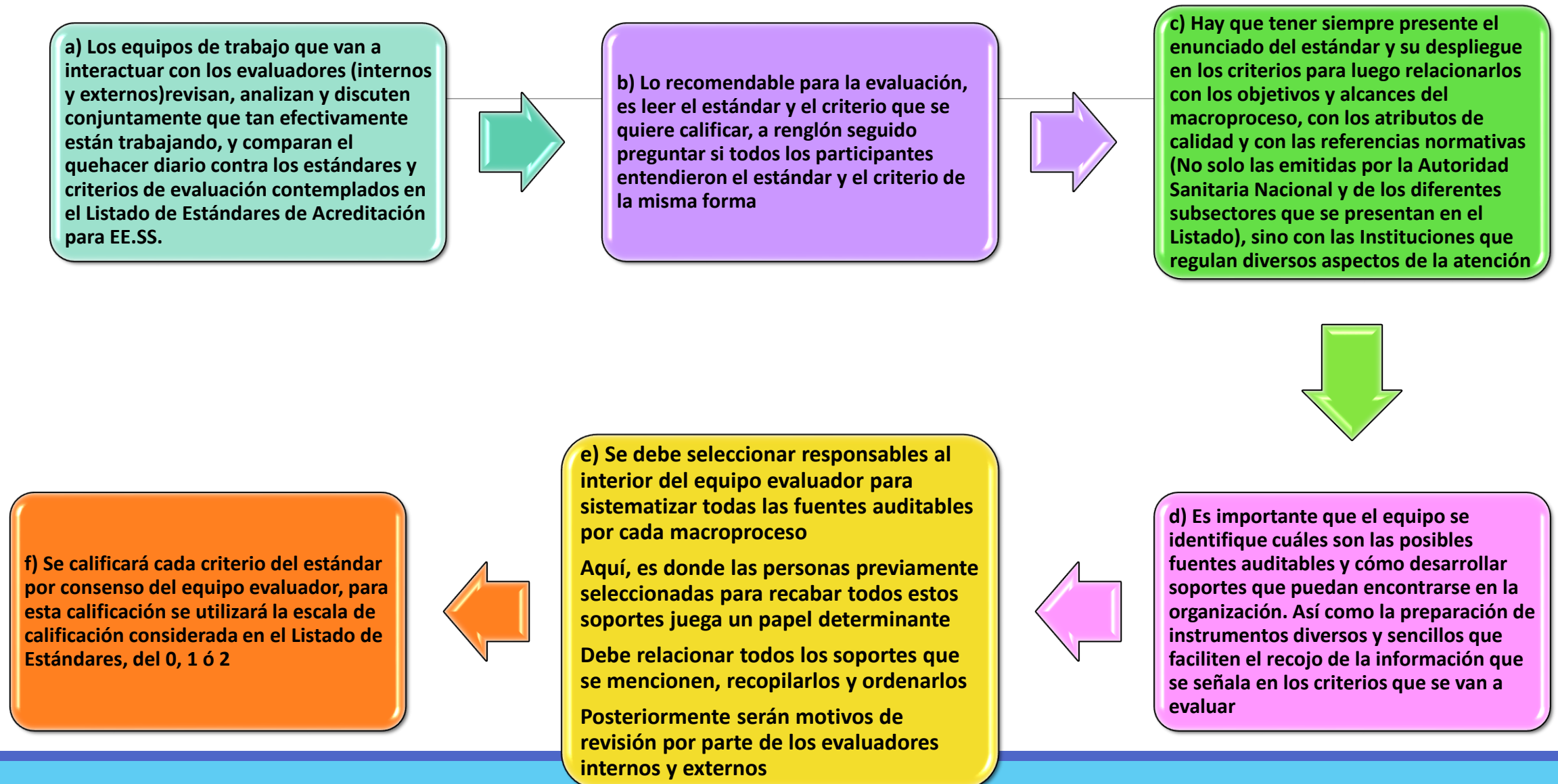
6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.3. REUNIÓN DE APERTURA:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.4. PRESENTACIÓN DEL LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN AL PERSONAL:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.5. REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR:

a) La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y macroprocesos evaluados

b) El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional

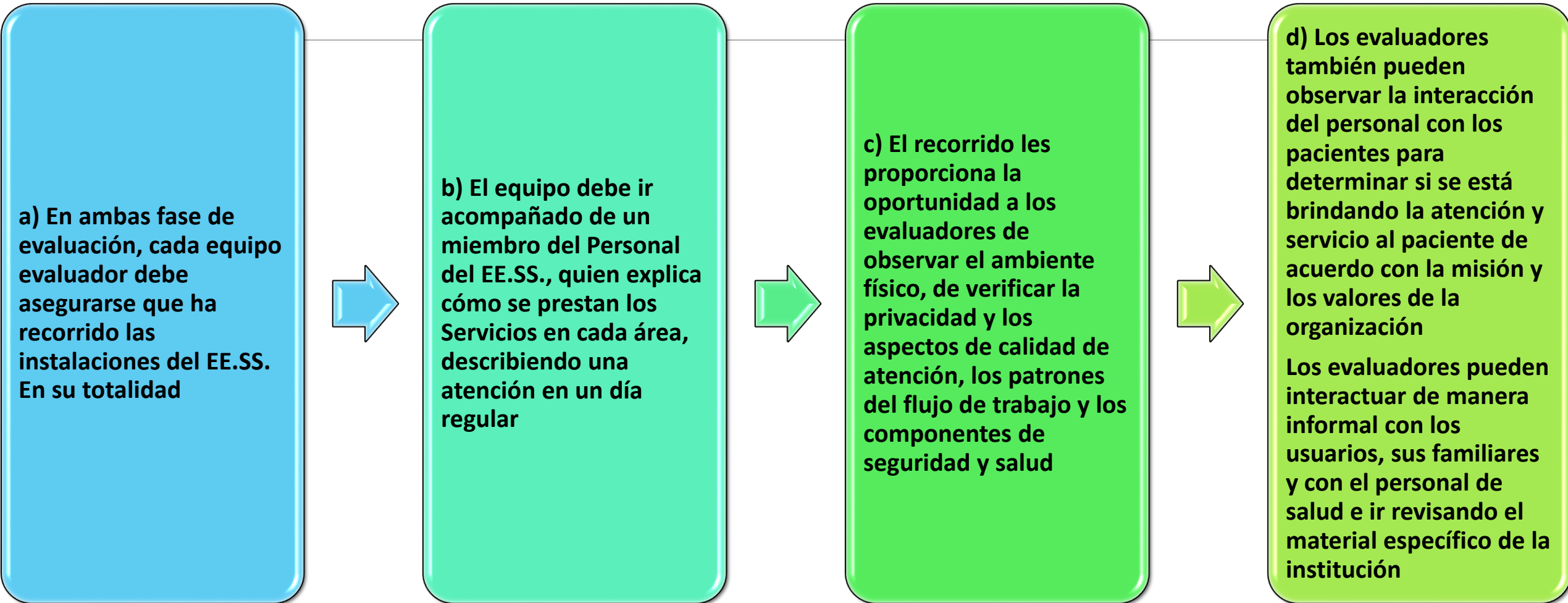
c) En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso

d) El equipo evaluador condigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, que servirá de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda

e) Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas

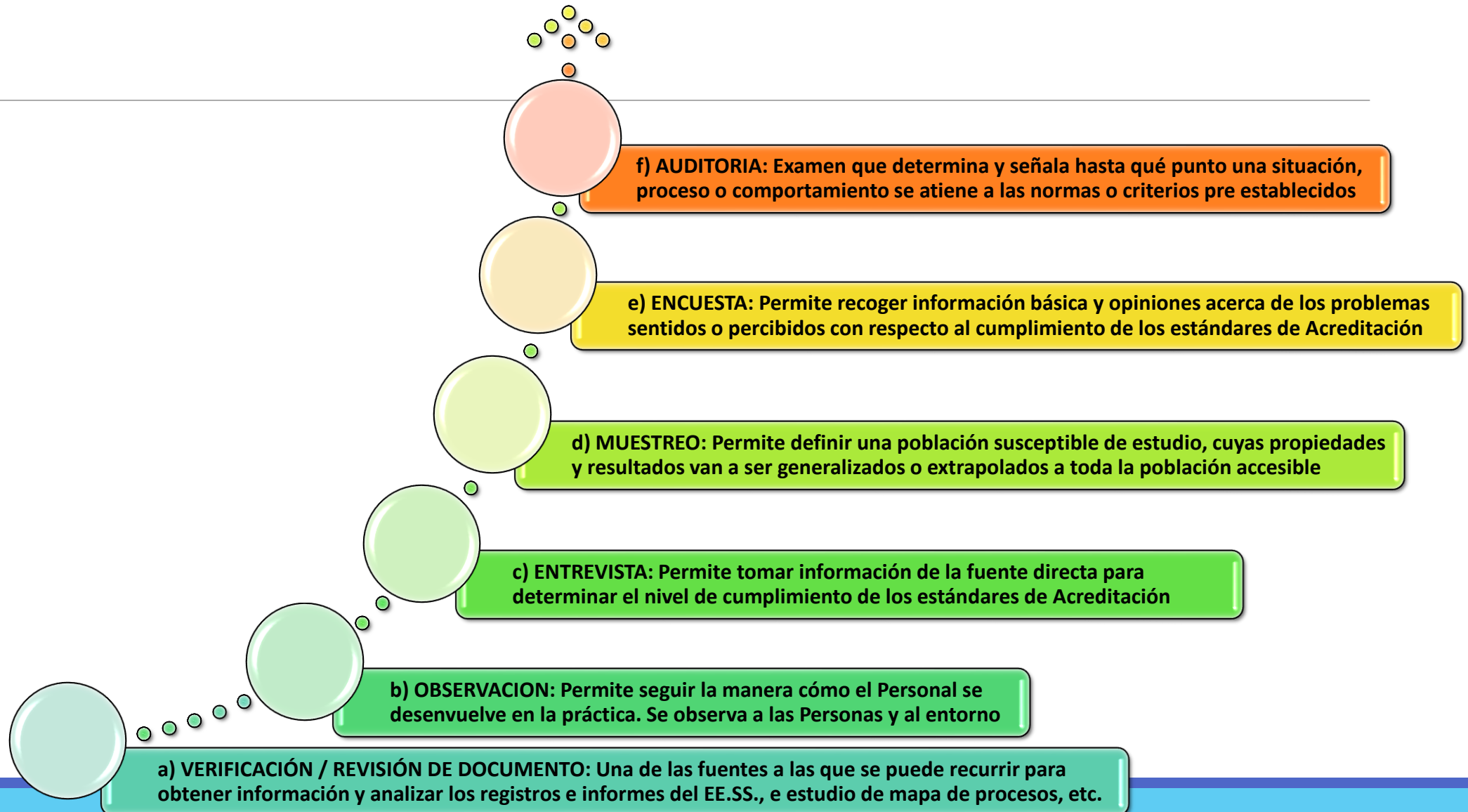
6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.6. VISITA DE LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.7. DESPLIEGUE DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

a) Listado de Estándares de Acreditación:

| Macroproceso: | | | | |
|----------------------------|-----------------|---|--|--------------------------------|
| Objetivo y alcance: | | | | |
| Código del estándar | Estándar | Atributos relacionados al estándar | Referencia normativa nacional sectorial | Criterios de evaluación |
| | | | | |
| | | | | |

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

a) Listado de Estándares de Acreditación:

Atributos relacionados: Son características o propiedades de la calidad que identifican la prestación del servicio de salud, que permiten caracterizarlo en niveles deseados y que lo relacionan con la noción de calidad para el proceso de Acreditación, considerando los siguientes:

-
- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Accesibilidad | 11. Equidad |
| 2. Aceptabilidad | 12. Ética |
| 3. Continuidad | 13. Información |
| 4. Comodidad | 14. Información completa |
| 5. Competencia Técnica | 15. Integralidad |
| 6. Confidencialidad | 16. Mejora continua |
| 7. Disponibilidad | 17. Oportunidad |
| 8. Eficacia | 18. Participación ciudadana |
| 9. Eficiencia | 19. Seguridad |
| 10. Efectividad | 20. Trabajo en equipo |
| | 21. Transparencia |

REFERENCIAS NORMATIVAS Y LAS FUENTES AUDITABLES:

Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y proceder a registrar en la hoja de registro de datos.

El evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

a) Listado de Estándares de Acreditación:

REFERENCIAS NORMATIVAS Y LAS FUENTES AUDITABLES:

Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y proceder a registrar en la hoja de registro de datos.

El evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los procesos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional
- Normas legales que regulan los procedimientos y procesos de las organizaciones de salud en cada subsector
- Directivas institucionales emitidas por cada Establecimiento Prestador

| Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica) | Macroprocesos que no aplican |
|---|--|
| I-1 | • Atención de Hospitalización • Atención Quirúrgica • Docencia e Investigación • Apoyo Diagnóstico y Tratamiento |
| I-2 | • Manejo de Nutrición de Pacientes |
| I-3 | • Atención de Hospitalización • Atención Quirúrgica • Docencia e Investigación • Manejo de Nutrición de Pacientes |
| I-4 | • Atención Quirúrgica • Docencia e Investigación • Manejo de Nutrición de Pacientes |
| II-1 | • Atención Extramural |
| II-2 | |
| III-1 | |
| Clínicas Privadas | • Atención Extramural • Docencia e Investigación (opcional) • Manejo del Riesgo Social |
| Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales | • Atención Extramural • Manejo del Riesgo Social |

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

b) Formatos para evaluación:

b. Formatos para la evaluación

1. Hojas de Registro de Datos, que incluye:

- a. Nombre del establecimiento
- b. El macroproceso evaluado
- c. Nombre de los evaluadores
- d. La fecha de la evaluación
- e. Los servicios o áreas evaluadas
- f. La identificación de los participantes/evaluados
- g. El código del estándar
- h. El código del criterio evaluado

- i. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje)
- j. Las fuentes auditables
- k. La técnica utilizada
- l. El sustento de la evaluación y/o comentarios

2. Hoja de Recomendaciones, que incluye:

- a. El nombre del evaluador líder
- b. La fecha de las recomendaciones
- c. Los servicios evaluados
- d. El macroproceso intervenido
- e. Las observaciones
- f. Las recomendaciones

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

c) Calificación de la Evaluación:

c. Calificación de la evaluación

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “aprobada” o “no aprobada”.
- La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por los equipos de acreditación y de la institución en general.
- El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

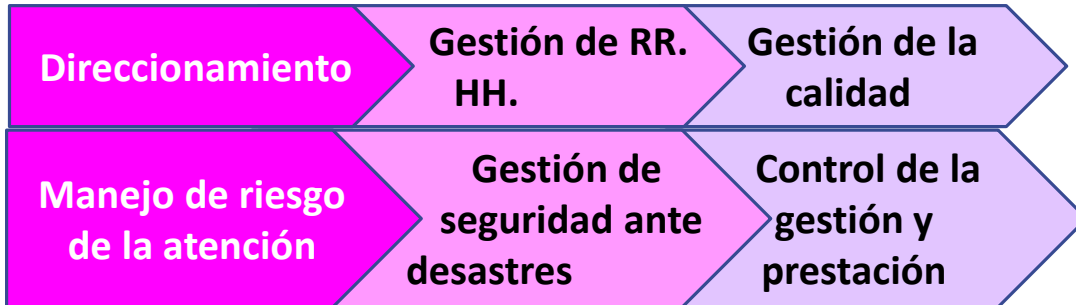
El Mapa de Macroprocesos ha contemplado veintidós macroprocesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.

6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

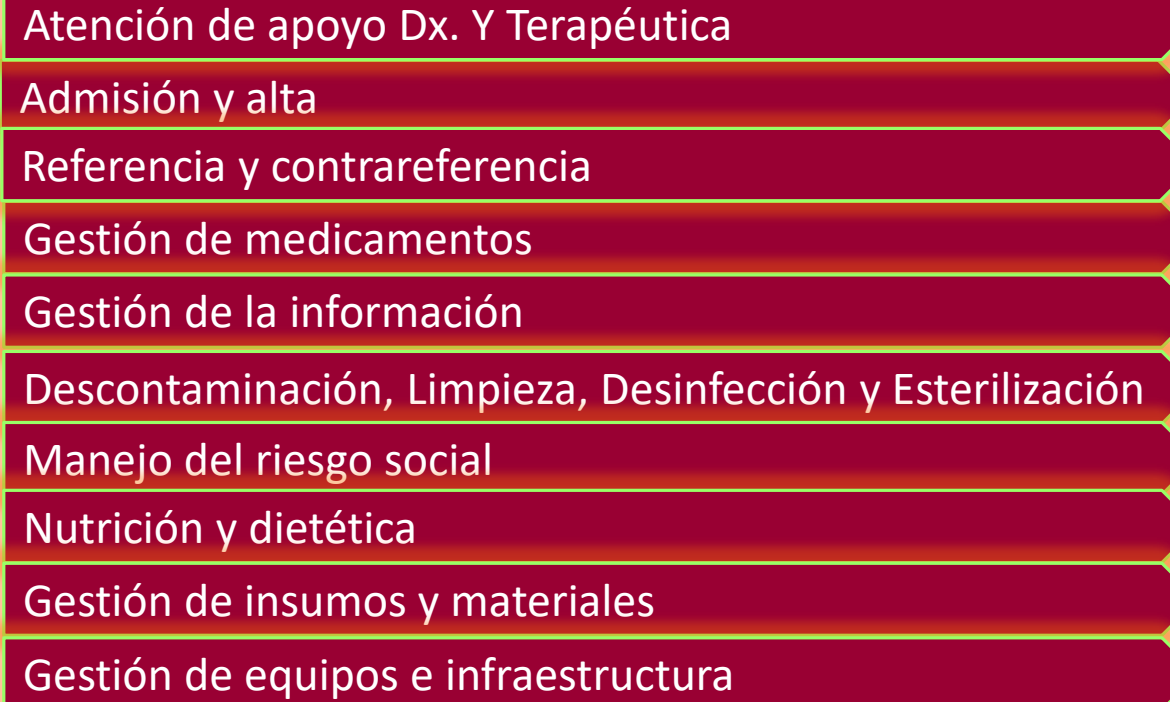
6.3.8. INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES:

c) Calificación de la Evaluación: **MACROPROCESOS**

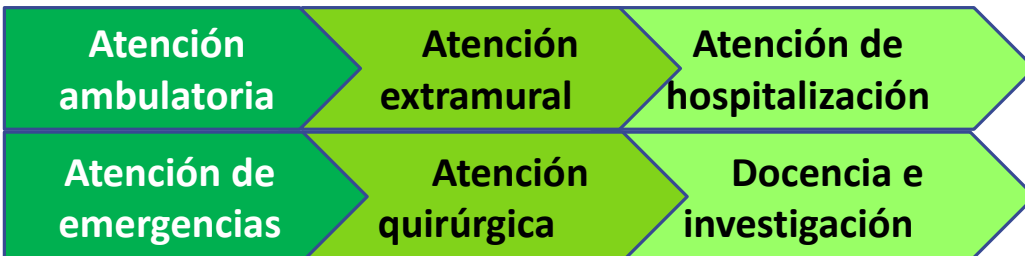
MACROPROCESOS GERENCIALES:



MACROPROCESOS DE APOYO:




MACROPROCESOS PRESTACIONALES:



6.3. PLANIFICACION DE LAS EVALUACIONES:

6.3.9. ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO:



| | |
|-----------|----------------------------------|
| 01 | Presentación |
| 02 | Objetivos |
| 03 | Alcance |
| 04 | Metodología del evaluador |
| 05 | Equipo evaluador |
| 06 | Cumplimiento del plan |
| 07 | Observaciones |
| 08 | Puntaje alcanzado |
| 09 | Recomendaciones |
| 10 | Anexos |

6.3.10. REUNIÓN DE CIERRE:

- a. Deben asistir a esta reunión las Jefaturas de todos los servicios o áreas o establecimientos (en el caso de Microrredes) según corresponda, el equipo evaluado, algunos representantes del personal de la organización (según lo considere la organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- b. El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión. Luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
- c. Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
- d. Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o dé explicaciones y presente sustentos.

6.3.10. REUNIÓN DE CIERRE:

- e. Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.
- f. El equipo evaluador debe acordar la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- g. Es de suma importancia generar un Acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

VII. RECOMENDACIONES:

Como enfocar las acciones de Mejoramiento Continuo

La acreditación tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos por los estándares y los criterios relacionados. Por ejemplo, para mejorar la calidad de la Dirección General de un establecimiento, el equipo directivo deberá poner en agenda los procesos relacionados con el direccionamiento.

La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos

Para monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar sólo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo de gestión medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificar los puntos débiles. La medición es central o prioritaria porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los usuarios.

Puede haber algunos indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos que debe ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y como resolver el problema.

VIII. ANEXOS:

Anexo N° 1: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B

Anexo N° 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Anexo N° 3: Hoja de Registro de Datos para Evaluación Externa

Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones

Anexo N° 5: Matriz de Selección

Anexo N° 6: Técnica y fórmulas de muestreo

Anexo N° 7: Ejemplos de Aplicación

Anexo N° 8: Fuentes de Verificación según Macroprocesos.

Anexo N° 1: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - A

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | ABRIL | | | | | | | | | | MAYO | | | | | | |
|--|-------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|
| | | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del Plan y designación de evaluador líder | Lic. Cavi | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Designación de responsables por cada macroproceso | Dr. Da | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a la Dirección | Dr. Ba | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de Estándares de Acreditación | Lic. Rosa | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a Jhon en servicio, persona | Dr. Te | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Macroprocesos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | Lic. Cavi | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de recursos humanos | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de la calidad | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Manejo del riesgo de atención | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Emergencias y desastres | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Control de la gestión y prestación | Dr. Da | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Atención ambulatoria | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Atención extramural | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Atención de hospitalización | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Atención de emergencias | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Docencia e investigación | Lic. Rosa | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Atención quirúrgica | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Apoyo al diagnóstico y tratamiento | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Admisión y alta | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Referencia y contra-referencia | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de medicamentos | Dr. Tu | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de la información | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Esterilización, lavado de manos y lin pieles | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Manejo del riesgo social | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Manejo de reacción de pacientes | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de insumos y materiales | Lic. Cavi | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Gestión de equipos e infraestructura | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Programación de citas | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Análisis de resultados | | Dr. Ba | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de informe preliminar | | Lic. Rosa | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del informe preliminar | Dr. Te | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión y corrección del informe | Dr. Te | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega del informe técnico | Dr. Ba | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr. Ba

Anexo N° 1: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

| Responsable por Sub-equipo | Macroprocesos | Equipos de Evaluadores Internos | Lunes 27 | Martes 28 | Miercoles 29 | Jueves 30 | Viernes 1 | Responsable(s) Evaluado/s |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|-----------|-----------|---------------------------|
| 1 Lic. Gavi | Direccionamiento | Lic. Gavi - Lic.Doris | | | Mañana | | | Sr. Gondo |
| | Gestión de recursos humanos | Lic. Gavi - Lic.Doris | Tarde | | | | | Dr. Carlos |
| | Gestión de la calidad | Lic. Gavi - Lic.Doris | Tarde | | | | | Dr. Carlos |
| | Manejo del riesgo de atención | Lic. Gavi - Lic.Doris | | Mañana | | | | Sra. Lidia |
| | Emergencias y desastres | Lic. Gavi - Lic.Doris | | | | Tarde | | Ing. Cesar |
| | Control de la gestión y prestación | Lic. Gavi - Lic.Doris | | | | | Mañana | Ing. Cesar |
| 2 Dr.Ba | Atención ambulatoria | Dr- Ba - QF. Ana | Mañana | | | | | Lic. Doris |
| | Atención extramural | Dr- Ba - QF. Ana | | Tarde | | | | Dr. Zea |
| | Atención de hospitalización | Dr- Ba - QF. Ana | | Mañana | Tarde | | | Dr. Zea |
| | Atención de emergencias | Dr- Ba - QF. Ana | | | Mañana | Tarde | | Sra. Cecilia |
| | Docencia e investigación | Dr- Ba - QF. Ana | | | | Mañana | | Dr. Zea |
| | Atención quirúrgica | Dr- Ba - QF. Ana | | | | | Mañana | Sra. Cecilia |
| 3 Lic. Rosa | Apoyo al diagnóstico y tratamiento | Dr. Carlos - Lic. Rosa | Mañana | | | | | Lic. Gloria |
| | Admisión y alta | Dr. Carlos - Lic. Rosa | | Mañana | | | | Lic. Meza |
| | Referencia y contrarreferencia | Dr. Carlos - Lic. Rosa | | | Mañana | Tarde | | QF Ana |
| | Gestión de medicamentos | Dr. Carlos - Lic. Rosa | | | | Mañana | | QF Ana |
| | Gestión de la información | Dr. Carlos - Lic. Rosa | | | | | Tarde | Lic. Lucy |
| 4 Dr.Te | Esterilización, lavandería y limpieza | Dr. Te - Lic- Betty | Mañana | | | | | Lic. Martha |
| | Manejo del riesgo social | Dr. Te - Lic- Betty | | Tarde | | | | Lic. Martha |
| | Manejo de nutrición de pacientes | Dr. Te - Lic- Betty | | | Mañana | | | Dr. Edmundo |
| | Gestión de insumos y materiales | Dr. Te - Lic- Betty | | | | Mañana | | Dr. Cruz |
| | Gestión de equipos e infraestructura | Dr. Te - Lic- Betty | | | | | Tarde | Dr. Cruz |

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr.Ba

Anexo N° 5: Matriz de selección

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

| Problemas de Interés | Frecuencia | Importancia | Vulnerabilidad | Total |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Aplicar según "Manual para la Mejora Continua de la Calidad" aprobado con R.M. N° 640-2006/MINSA.

Anexo N° 6: Técnica y Fórmula de Muestreo

Requisitos de una muestra:

- Ser representativo de la totalidad (selección aleatoria o al azar)
- Ser precisa en su estimación (tamaño muestral)

Selección aleatoria:

- Implica que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos.
- Si no es posible enumerar los eventos entonces se puede delimitar por otra característica como el tiempo.
- El azar es necesario si la población es heterogénea.

Definiciones Operativas:

- Población Infinita: contiene igual o más de 30 mil unidades de muestreo
- Población finita: contiene menos de 30 mil unidades de muestreo

Fórmulas para el Cálculo de la Muestra en una Población Finita

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = tamaño de la muestra

z = variable que para un nivel de confiabilidad del 95% equivale es igual a 1.96

e = error estándar (se asume convencionalmente 0.05)

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

N = tamaño del marco muestral

Ejemplo de Selección:

- Universo: archivo de historias clínicas
- Marco muestral: historias clínicas de cirugía
- Muestra: historias seleccionadas aleatoriamente

Anexo N° 7: Ejemplos de aplicación

Ejemplos de aplicación N° 1:

| Criterios de evaluación | |
|---|--|
| Código Criterio | Criterio |
| DIR1-1 | El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas) 0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente y no lo ha difundido; 2: Ha formulado participativamente y difundido |
| DIR1-6 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MINSA | Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud 0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados |
| DIR1-7 | La Dirección asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. 0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80% |
| DIR1-8 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MINSA | La Dirección define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual). 0: Define sus metas para menos del 50% de las estrategias; 1: Define sus metas para el 50% y 80% de las estrategias; 2: Define para más del 80% de las estrategias. |

Alcance El criterio **DIR1-1** tiene el alcance a la Dirección / Gerencia General, todos los órganos de línea de la organización, y los departamentos o áreas de atención al usuario. Adicionalmente, se debe ampliar el alcance aleatoriamente al personal operativo de los principales servicios de atención de la salud.

Aplicación El criterio **DIR1-1** es a la vez un criterio de estructura y de proceso. Encierra dos variables: disponibilidad, que establece no sólo el hecho de contar con documentos de gestión que contengan la misión, visión, políticas institucionales, metas y objetivos (estructura), eficacia, que adicionalmente haya sido difundido a los equipos de trabajo del establecimiento de salud (proceso) y demuestra algunas variables adicionales de calificación.

Descripción

| Código Criterio | Técnica a utilizar | Razón para su selección |
|-----------------|-----------------------|---|
| DIR1-1 | Revisión de documento | Se exige la verificación en físico del elemento que contiene los aspectos solicitados en el criterio. Se trata de los enunciados estratégicos que deben estar contenidos en el documento de planificación de largo plazo de la organización. |
| | Observación | La comunicación puede ser escrita, oral. En este caso se considera la escrita y se trata de observar si los enunciados están publicados al alcance para los usuarios externos e internos en los ambientes de mayor tránsito. |
| | Entrevista | Como la opción de calificación establece si es conocido por el personal, se está exigiendo aplicar entrevistas a personal del establecimiento de salud, la cual puede ser realizada con la ayuda de una guía de preguntas previamente elaborada y aprobada por el equipo evaluador. |

Ejemplos de aplicación N° 2:

| Criterios de evaluación | |
|-------------------------|--|
| Código criterio | Criterio |
| ATA2-3 | <p>El plan de trabajo contenido en las Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC)</p> <p>0: Menos del 50% del plan de trabajo de la HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.</p> |
| ATA2-4 | <p>Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados</p> <p>0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.</p> |

Alcance La evaluación del criterio **ATA2-3** tiene alcance a los servicios de Ginecología y Obstetricia u otras áreas de atención de Salud Materna.

Aplicación El **ATA2-3** es un criterio de resultado. Representa dos atributos: eficacia, que exige comparar el nivel de alcance de las actividades con lo planificado por el establecimiento de salud, y competencia técnica que exige que la atención prenatal sea estandarizada e incluya todas las actividades preestablecidas en la normatividad de la estrategia sanitaria nacional.

Descripción

| Código Criterio | Técnica a utilizar | Razón para su selección |
|-----------------|---------------------------------|--|
| ATA2-3 | Revisión de documento | Se exige la verificación en físico de los documentos de monitoreo que incluyen las trece actividades |
| | Muestreo | Para establecer el número de historias clínicas a auditar |
| | Auditoría de historias clínicas | Para verificar el cumplimiento de la atención prenatal estandarizada en la muestra de atenciones establecida |

GRACIAS

